

De cliëntenvisitatie in de GGZ

*Handboek voor kwaliteitstoetsing vanuit
cliëntenperspectief*

Drs. Trudi Nederland
Dr. Majone Steketee

September 2004

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
DEEL I DE KWALITEITSCRITERIA VAN UIT CLIËNTENPERSPECTIEF	
2 Inleiding kwaliteitscriteria	13
3 Kwaliteitscriteria psychiatrische instellingen	21
4 De kwaliteitscriteria voor de verslavingszorg	35
5 Kwaliteitscriteria beschermd wonen	51
6 Kwaliteitscriteria voor dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten	63
7 Aanzet voor het cliëntenperspectief van migrante cliënten	77
DEEL II DE KWALITEITSTOETSING CLIËNTENVISITATIE	
8 Inleiding	97
9 Stap 1: Plan van aanpak	103

10	Stap 2: Selectie van kwaliteits- criteria en de doelgroep	113
11	Stap 3: Interne toetsing	119
12	Stap 4: Visitatiecommissie	125
13	Stap 5: Verbetertraject	133
	Literatuur	137
	Bijlage 1 Afspraken met de Raad van Bestuur	139
	Bijlage 2 Voorbeeld van een begroting	145

Voorwoord

Voor u ligt de nieuwe versie van het Handboek 'De Cliënten-
visitatie in de GGZ'.

In opdracht van de Stichting LPR, de Cliëntenbond in de GGZ
en GGZ-Nederland is door het Verwey-Jonker instituut, in
samenwerking met Stichting Kwadraad de voorgaande versie
(mei 2000) van dit kwaliteitssysteem vanuit het cliëntenperspec-
tief geëvalueerd en aangepast. Suggesties ter verbetering en aan-
vulling hebben geleid tot een bijstelling van het instrument en de
gehanteerde kwaliteitscriteria. Deze suggesties zijn voornamelijk
afkomstig van cliënten en cliëntenraden in de GGZ.

Het kwaliteitsinstrument kan nu voor de gehele geestelijke
gezondheidszorg en verslavingszorg gebruikt worden, met
uitzondering van Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Voor deze laatste
sector zal een afzonderlijk instrument ontwikkeld moeten
worden.

Het kwaliteitsinstrument is in beheer van Stichting Kwadraad.
Kwadraad is een werkmaatschappij van de Cliëntenbond in de
GGZ en de Stichting LPR. Kwadraad ondersteunt cliëntenraden
bij het opzetten en uitvoeren van een kwaliteitstoetsing vanuit
cliëntenperspectief binnen hun instelling.

Sinds 1999 bestaat er een CTG-beleidsregel voor kwaliteitstoet-
sing vanuit cliëntenperspectief in de GGZ. Door de beleidsregel
beschikken cliëntenraden van GGZ-instellingen over een eigen
budget voor het uitvoeren van kwaliteitstoetsingen. Het bedrag is
geoomerkt onderdeel van het totale budget van de instelling. Het
mag alleen worden besteed door, of met toestemming van de
cliëntenraad ten behoeve van een kwaliteitstoetsing vanuit

cliëntenperspectief. Deze kwaliteitstoetsing is een onderdeel van het kwaliteits-bewakend systeem van de instelling. De basis voor de afspraken is gelegen in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). In de wet is bepaald dat de cliëntenraad van de instelling onder andere advies uitbrengt over de systematische bewaking, beheersing of verbetering van de kwaliteit van de aan cliënten te verlenen zorg.

Het instrument "Cliëntenvisitatie in de GGZ" kan cliëntenraden uitstekende handvatten bieden om gefundeerde adviezen aan de zorgaanbieder aan te bieden.

De Cliëntenbond in de GGZ en de Stichting LPR pleiten ervoor dat het cliëntenperspectief een volwaardige rol behoudt in het kwaliteitsbeleid. Ook pleiten deze organisaties voor vergelijking van resultaten zodat zowel regionaal als landelijk beleid uitgezet kan worden ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Tevens kunnen deze gegevens op termijn resulteren in consumenten-informatie en of benchmarking vanuit cliëntenperspectief.

Waar het uiteindelijk om draait is: kwalitatief goede zorg voor alle cliënten in de GGZ en verslavingszorg.

Hans van der Zee
Voorzitter bestuur Stichting Kwadraad

September 2004

1 Inleiding

De kwaliteitsbeoordeling wordt gebaseerd op basis van landelijk vastgestelde criteria, die door de cliënten/patiëntenraden zijn vastgesteld voor de psychiatrische ziekenhuizen, de verslavingszorg, beschermd wonen en de dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten.

Hoe toets je kwaliteit van de zorg

De eerst betrokkenen om de kwaliteit van de zorg te beoordelen zijn de cliënten zelf. Zij zijn immer de gebruikers van deze zorg. Maar hoe stel je vast of de geboden begeleiding of zorg van goede kwaliteit is. Want wat is immers 'goede kwaliteit'? Vaak is de beoordeling van de geboden zorg zeer individueel bepaald. Ieder mens is anders en dat betekent dat iedere cliënt andere zorg nodig heeft en andere eisen daaraan stelt.

In dit handboek staat een instrument beschreven waarbij gebruik gemaakt wordt van de cliënt als deskundige om de zorg te beoordelen. Dit gebeurt aan de hand van kwaliteitscriteria die door de cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en dagactiviteiten zijn vastgesteld. De kwaliteitscriteria vormen de norm waaraan de verschillende aspecten van de zorg of begeleiding moeten voldoen. Een tweede stap is dat er dan getoetst moet worden of de werkelijk geleverde zorg en diensten voldoen aan de gestelde normen. Dit gebeurt in dit instrument door middel van een landelijke cliëntenvisitatiecommissie.

De ontwikkeling van het kwaliteitsinstrument

Het instrument cliëntenvisitatiecommissie is niet zomaar uit de lucht komen vallen. Het borduurt voort op eerdere kwaliteitsinstrumenten. De cliëntenbeweging in de GGZ is al jaren actief met de kwaliteit van de voorzieningen in de GGZ. In 1989 heeft de LPR het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een kwaliteitsinstrumentarium ter beoordeling van de kwaliteit van de zorg in de psychiatrische ziekenhuizen vanuit het cliëntenperspectief. Dit heeft geresulteerd in een kwaliteitssysteem met cliëntenvisitatiecommissies, dat inmiddels in een aantal psychiatrische ziekenhuizen is toegepast (1993). Daarna is in 1994 het aandachtsveld verbreed naar de sector beschermd wonen en nog later naar de RIAGG's.

Een belangrijke stap in de kwaliteitstoetsing door cliënten, is dat de cliëntenraden de financiële mogelijkheden krijgen om zelf de kwaliteit te toetsen. Daarnaast verplichten de instellingen zich tot het (periodiek) laten toetsen door cliënten op het kwaliteitsaspect. Deze toetsing dient een vast onderdeel te zijn van het kwaliteitsbewakend systeem van de instelling.

Ten behoeve van de kwaliteitstoetsing door de raden hebben de LPR en de Cliëntenbond een werkmaatschappij opgericht 'Kwadraad' ter bevordering en ondersteuning van de kwaliteitstoetsing door cliëntenraden in de geestelijke gezondheidszorg. Door de LPR en GGZ Nederland is in 1990 aan het Verwey-Jonker Instituut gevraagd om een integraal kwaliteitsinstrument te ontwikkelen voor de verschillende sectoren in de GGZ¹. Hiervan is in 2000 zowel een verslag als een handboek verschenen (Steketee & Rijkschroeff, 2000).

Evaluatie van het instrument en bijstelling ervan

Afgesproken is dat het instrument na verloop van tijd geëvalueerd zou worden. Het doel is hierbij tweeledig: enerzijds het valideren van het gebruikte kwaliteitsinstrument en anderzijds een bijstelling van het kwaliteitsinstrument op basis van de ervaringen tot nu toe. De belangstelling van de cliëntenraden voor het gebruik van dit instrument blijkt groot te zijn. Een aantal cliëntenraden heeft vanaf het najaar van 2002 de kwaliteit getoetst

¹ Het onderzoek wordt gefinancierd door Zorg Onderzoek Nederland en maakt deel uit van het programma 'Kwaliteit van de GGZ'.

door middel van dit instrument. Ten behoeve van de evaluatie zijn door de onderzoekers van het Verwey-Jonker instituut interviews gehouden met de betrokken cliëntenraden. Daarnaast zijn er gesprekken gehouden met de medewerkers van Kwadraad en de onderzoeksbureaus die de interne toetsing verrichten. Daarnaast is er gebruik gemaakt van de bestaande documenten. Op basis van deze drie bronnen is het kwaliteitssysteem getoetst en bijgesteld.

Het kwaliteitsinstrument

Het instrument is zo danig bijgesteld dat het betrouwbaar en toepasbaar is. Dit handboek bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden de kwaliteitscriteria gepresenteerd. In het tweede wordt de cliëntenvisitatie beschreven.² Deze kwaliteitstoetsing bestaat uit vijf stappen. Het is belangrijk dat deze stappen precies worden gevolgd en uitgevoerd.

Indeling van deel 1

In de hier volgende stukken staan de kwaliteitscriteria voor de verschillende sectoren op een rijtje. Ze zijn het begin- en het eindpunt van de kwaliteitstoetsingen die cliëntenraden in deze sectoren kunnen opzetten om de kwaliteit van de behandeling of de begeleiding in hun instelling te verbeteren. Het gaat achtereenvolgens om de kwaliteitscriteria voor de volgende sectoren:

- Psychiatrische instellingen.
- Verslavingszorg.
- Beschermd wonen.
- Dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten.
- Migrante cliënten.

Indeling van deel 2

In deel 2 staat het kwaliteitsinstrument cliëntenvisitatie en de daarbij behorende stappen beschreven. Het doel van het toetsingsinstrument is een zo helder mogelijke beoordeling van de kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg vanuit

² Over het onderzoek is een apart verslag gemaakt. Dit verslag is bij het Verwey-Jonker Instituut te verkrijgen.

cliëntenperspectief. De toetsing van de kwaliteit vindt plaats in opdracht van de cliëntenraad.

Het instrument bestaat uit verschillende stappen die in dit handboek zijn beschreven. De volgende stappen komen achtereenvolgens aan de orde:

Stap 1 Plan van aanpak

Deze fase vormt de voorbereiding op de daadwerkelijke toetsing. Vastgelegd wordt hoe de toetsing wordt aangepakt.

Stap 2 Selectie kwaliteitscriteria

In deze fase worden de kwaliteitscriteria en afdelingen geselecteerd die van toepassing zijn voor de interne toetsing.

Stap 3 De interne toetsing

In deze fase wordt de kwaliteit van de instelling getoetst door middel van verschillende onderzoeksmethodieken.

Stap 4 Externe toetsing door middel van visitatiecommissie

Stap 5 Afspraken met de instelling over het verbetertraject

Deel I

De kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

*Voor de
Psychiatrische instellingen
Verslavingszorg
Beschermd wonen
Dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten
Migrante cliënten*

2 Inleiding kwaliteitscriteria

De kwaliteitsbeoordeling wordt gebaseerd op basis van landelijk vastgestelde criteria, die door de cliënten/patiëntenraden zijn vastgesteld voor de psychiatrische ziekenhuizen, de verslavingszorg, beschermd wonen en de dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten.

De eerste stap om de kwaliteit te toetsen is het bepalen aan welke kwaliteitseisen de zorg/hulpverlening moet voldoen om van goede kwaliteit te zijn. Maar wat is 'goede kwaliteit'? Over een aantal aspecten van de zorg is duidelijk overeenstemming, zoals: wachtlijsten zouden er niet moeten zijn; de informatie moet goed en duidelijk zijn; mensen moeten voorlichting krijgen over de bijwerking van medicatie. Andere normen zijn heel expliciet vastgelegd in wetgeving zoals privacyregels. Maar er zijn ook normen die te vaag zijn om gelijk getoetst te kunnen worden. Een voorbeeld is de kwaliteitseis 'dat de hulpverlener de cliënt respectvol bejegend'. Op zich zal iedereen dit een belangrijke kwaliteitseis vinden, maar hoe stel je vast wanneer er sprake is van een respectvolle bejegening. De kwaliteitseis 'respectvol bejegenen' is op zich geen concrete norm. Meestal wordt hier een aantal aspecten aan onderscheiden waardoor het weer mogelijk wordt om eenduidig en kwantitatief vast te stellen of hieraan voldaan wordt. Bijvoorbeeld: is er sprake van overleg; hoe worden meningsverschillen opgelost; wordt je behandeld als een kind; heb je het gevoel een nummer te zijn, etc.

De totstandkoming van de kwaliteitscriteria

Bij het eerste kwaliteitsinstrument, zoals dat ontwikkeld is in 2001, zijn er kwaliteitscriteria vastgesteld voor de gehele GGZ. Met cliëntenraden van de sectoren ambulante (RIAGG), klinisch (APZ) en verblijf/wonen (RIBW) zijn toentertijd verschillende bijeenkomsten geweest om de kwaliteitscriteria vast te stellen. Bij de kwaliteitstoetsing in de praktijk bleek echter dat de vastgestelde kwaliteitscriteria niet voldoende rekening houden met een aantal specifieke groepen, zoals de allochtone psychiatrische patiënt, cliënten in de verslavingszorg en cliënten in de dagbesteding. Daarom zijn de kwaliteitscriteria aangepast om deze omissie in de kwaliteitscriteria aan te vullen.

Met de cliëntenraden uit de verslavingszorg en de deelnemersraden van de dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten zijn bijeenkomsten georganiseerd om de kwaliteitsnormen zodanig bij te stellen dat zij voldoen aan de dagelijkse praktijk van de dagbesteding of verslavingszorg. Om recht te doen aan de verschillende hulpverleningssituaties waarin mensen verkeren is besloten om voor de verschillende sectoren aparte kwaliteitscriteria te ontwikkelen. Hierbij is wel zoveel mogelijk getracht enige uniformiteit in de criteria te handhaven. Zo zijn de criteria ten aanzien van de bejegening allemaal hetzelfde, maar zijn onderwerpen zoals diagnosestelling of indicatiestelling niet van toepassing voor cliënten in de dagbesteding en dus niet opgenomen.

Daarnaast bleek dat de cliëntenraden moeite hadden met de huidige formulering van de kwaliteitscriteria. Gekozen is voor een eenvoudige vorm van de kwaliteitscriteria. Omdat de kwaliteitscriteria criteria nogal veranderd zijn, zijn ze alsnog voorgelegd aan de voormalige leden van de LPR-werkgroepen voor de psychiatrische instellingen, RIBW en ambulante hulpverlening.

Een aparte groep zijn de cliënten met een andere etnische achtergrond. Deze blijken nauwelijks vertegenwoordigd te zijn in de cliëntenraden. Getracht is om in contact te komen met migrante cliënten. Dat is maar voor een heel klein aantal gelukt. Om toch enige aandacht te besteden aan de specifieke positie van migranten in de geestelijke gezondheidszorg is op basis van een literatuurstudie en gesprekken met hulpverleners en migrante cliënten een inventarisatie gemaakt van de criteria die migrante cliënten stellen aan een goede zorgverlening. Deze is als aparte bijlage opgenomen in deel 1.

De kwaliteitscriteria

De volgende indeling van de kwaliteitscriteria is gehanteerd. Er is voor gekozen om de kwaliteitscriteria te laten aansluiten bij de verschillende fasen in de behandeling/begeleiding zoals die in de praktijk wordt geboden. Te weten:

1. *De toegang van de zorg:* dit omvat de aanmelding, de intakeprocedure, onderzoek, diagnostiek, de indicatiestelling en de zorgtoewijzing.
2. *De uitvoering van de zorg:* dit omvat het behandelplan, de geboden zorg/behandeling, evaluatie, vervolgzorg en specifiek voor cliënten die 24- uur in de instelling verblijven het aspect wonen.
3. *Afsluiting en uitkomsten van de behandeling:* omvat de eindevaluatie van de behandeling, uitkomsten van behandeling, het ontslag en de nazorg.

Door de raden is naar voren gebracht dat het vooral belangrijk is dat cliënten respectvol behandeld en bejegend worden. Centraal uitgangspunt bij de kwaliteitscriteria is, dat cliënten een volwaardig burger van deze samenleving zijn en als zodanig benaderd worden. Aangezien dit uitgangspunt voor het gehele hulpverleningsproces geldt, van aanmelding tot en met de afsluiting van de zorg, is dit als apart item opgenomen.

Schema 1 Indeling kwaliteitscriteria in de volgende domeinen

De cliënt als individu		
<ul style="list-style-type: none"> • Zelfbeschikkingsrecht • Respect • Verantwoordelijkheid cliënt • Medezeggenschap 		
Toegang tot de zorg <ul style="list-style-type: none"> • Informatie • Toegankelijkheid • Intake/probleem-definiëring • Onderzoek/diagnosestelling • Indicatie / zorgtoewijzing 	Uitvoering van de zorg <ul style="list-style-type: none"> • Behandelplan • Hulpverlening/begeleiding • Professionaliteit personeel • Ervaringsdeskundigheid • Wonen/verblijf • Tussentijdse evaluatie • Vervolgzorg 	Afsluiting en uitkomsten van de zorg <ul style="list-style-type: none"> • Eindevaluatie • Tevredenheid uitkomsten • Ontslag • Nazorg

Begripsbepaling kwaliteitsdomein, kwaliteitsaspect en kwaliteitsnorm

Binnen de verschillende domeinen wordt telkens een aantal kwaliteitsaspecten gekoppeld. Zoals bijvoorbeeld bij het domein (onderwerp) informatie zijn verschillende kwaliteitsaspecten onderscheiden.

1. Informatie
 - De informatie is volledig.
 - Specifieke informatie per afdeling.
 - Beschikbaarheid van de informatie.
 - Informatie is afgestemd op de cliënt
 - Begrijpelijkheid van de informatie.

In de schema's worden een aantal termen gehanteerd die we hier zullen toelichten:

Ten eerste de term *domein*: hieronder verstaan we een bepaald terrein van de geboden zorg. Een specifiek onderdeel van zorg

waarop men zich in de kwaliteitstoetsing richt; zoals de informatie die de instelling aan cliënten geeft.

Ten tweede de term *kwaliteitsaspect*: hieronder verstaan we de aandachtspunten die bij dat bepaalde domein van belang zijn voor het vaststellen van de kwaliteit. Zoals beschikbaarheid, begrijpelijkheid en volledigheid van de informatie, afstemming op cliënten, afspraken over het verstekken van informatie aan derden.

Ten derde de term *kwaliteitsnorm*: hieronder verstaan we de norm waaraan de zorg moet voldoen wil er sprake zijn van kwalitatief goede zorg. Bijvoorbeeld: wanneer de cliënt dat wenst, kunnen familie of andere naasten worden geïnformeerd over de situatie van de cliënt en eventueel bij de behandeling betrokken worden of optreden als zaakwaarnemer of vertegenwoordiger.

Deel I

De kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

voor de

Psychiatrische instellingen

3 Kwaliteitscriteria psychiatrische instellingen³

Centraal uitgangspunt bij de kwaliteitscriteria is dat cliënten respectvol behandeld en bejegend worden. Cliënten zijn volwaardige burgers van deze samenleving en worden als zodanig benaderd. Aangezien dit uitgangspunt voor het gehele hulpverleningsproces geldt, van aanneming tot en met de nazorg, is dit als apart item opgenomen.

Bij de indeling van de kwaliteitscriteria is er voor gekozen om de kwaliteitscriteria te laten aansluiten bij de verschillende fasen in de praktijk van de zorg. Het zijn de volgende drie fasen:

1. *De toegang tot de voorziening*: deze fase omvat de aanmelding, de intakeprocedure, onderzoek, diagnostiek, de indicatiestelling en zorgtoewijzing.
2. *De uitvoering van de behandeling*: deze fase omvat het behandelplan, de geboden zorg/behandeling/begeleiding, evaluatie.
3. *Afsluiting en uitkomsten van de behandeling*: deze fase omvat de evalueatie van de behandeling, beoordeling van de uitkomsten van de behandeling en de afsluiting en specifiek voor cliënten die 24 uur in de instelling verblijven het aspect wonen.

³ Hieronder vallen nu de cliëntenraden van de voormalige sectoren ambulante (RIAGG) en klinisch (APZ).

4. *Nazorg*: deze fase omvat de nazorg die geboden wordt door de instellingen zelf of de doorverwijzing naar andere instellingen voor nazorg.

In het onderstaande schema staat een overzicht van de onderwerpen van deze vier fasen van kwaliteitscriteria. Op de volgende bladzijden worden deze onderwerpen uitgewerkt.

De cliënt als individu			
<ul style="list-style-type: none"> • Respectvolle bejegening • Eigen verantwoordelijkheid cliënt • Medezeggenschap 			
1. Toegang tot de zorg	2. Uitvoering van de zorg	3. Afsluiting en uitkomsten van de zorg	4. Nazorg
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informatie ➤ Toegankelijkheid ➤ Intake/ probleemdefiniëring ➤ Onderzoek/ diagnosestelling ➤ Indicatie/ zorgtoewijzing ➤ Afstemming van de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Behandelplan ➤ Behandeling ➤ Professionaliteit personeel ➤ Ervaringsdeskundigheid ➤ Tussentijdse evaluatie ➤ Wonen en verblijf 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eindevaluatie ➤ Uitkomsten ➤ Afsluiting 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanbod ➤ Begeleiding

De cliënt als individu

1. Respectvolle bejegening

- **Respect voor de cliënt als persoon:** De cliënt wordt behandeld als een uniek persoon met een eigen leven, niet als iemand met een stoornis.
- **Cliënt als mondig individu:** De cliënt wordt als een mondig en serieus te nemen persoon gezien.
- **Vriendelijke en correcte houding:** De cliënt wordt vriendelijk en correct bejegend en te woord gestaan.
- **Gelijkwaardigheid:** De hulpverleners benaderen de cliënt op voet van gelijkwaardigheid. Er is geen betutteling.

2. Eigen verantwoordelijkheid cliënt

- **Zelfbeschikkingsrecht:** Uitgaande van de menselijke waardigheid dienen de persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt gewaarborgd te worden.
- **Stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid:** De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt staat centraal, hetgeen inhoudt dat er een appèl op wordt gedaan.
- **Ervaringsdeskundig:** De ervaringsdeskundigheid van de cliënt wordt benut tijdens de behandeling en begeleiding.

3. Medezeggenschap⁴

- **Inspraak op afdelings- en instellingsniveau:** De cliënten beschikken op afdelings-, instellingsniveau en binnen projecten individueel en als groep over meerdere mogelijkheden tot medezeggenschap.
- **Taken en bevoegdheden van de cliëntenraad zijn vastgelegd:** De taken en bevoegdheden van de cliëntenraad zijn bedoeld als medebepaler van het beleid en als behartiger van de belangen van cliënten. Individuele cliënten worden in staat gesteld aan de cliëntenraad deel te nemen en om zowel binnen als buiten de instelling

⁴ De bevoegdheden van de cliëntenraad zijn vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

(plaatselijk, regionaal en landelijk) aan belangenbehartiging te doen.

- **Ondersteuning van de cliëntenraad:** Om de belangenbehartiging door cliëntenraden mogelijk te maken is financiële, materiele en personele ondersteuning nodig.

Fase 1: DE TOEGANG TOT DE VOORZIENING

1. Informatie

- **Volledige informatie:** De instelling zorgt ervoor dat de cliënten alle informatie krijgen die van belang is voor hun situatie⁵.
- **Specifieke informatie:** Voor de verschillende sectoren en afdelingen wordt de specifieke informatie verstrekt. De cliënt ontvangt de huis- en instellingsregels of wordt er op attent gemaakt.
- **Beschikbaar:** De genoemde informatie is op schrift gemakkelijk voor de cliënt beschikbaar en er is sprake van regelmatige herhaling, indien nodig.
- **Afgestemd op de cliënt:** De informatie is samen met de cliëntenraad ontwikkeld en is afgestemd op de cliënt die de informatie nodig heeft.
- **Begrijpelijk:** De instelling verschaft informatie die toegankelijk is voor mensen die een andere taal dan Nederlands spreken of minder gewend zijn informatie te lezen. De informatie is (zo nodig) toegankelijk voor mensen met een auditieve of visuele handicap.

2. Toegankelijkheid

- **Bereikbaar:** De locaties van de instelling bevinden zich op een centrale locatie en zijn goed bereikbaar met het openbaar vervoer.
- **Toegankelijk voor gehandicapten:** De instelling is goed bereikbaar en toegankelijk voor gehandicapten.

⁵ De informatie betreft in ieder geval de volgende onderwerpen: de organisatie van de instelling, procedures (regels en protocollen); het zorg- en behandelaanbod; het activiteitenaanbod; de rechtspositie; de klachtenprocedure; de financiële zaken, verzekeringen, cliëntenparticipatie, medezeggenschap; visie/missie van de instelling; mogelijkheid tot second opinion; eventuele wachtlijsten.

- **Bereikbaarheid buiten kantooruren:** De instelling dient te regelen dat de instelling ook buiten kantooruren bereikbaar is voor mensen in een crisissituatie.
- **Geen wachtlijsten en wachttijden:** De instelling heeft de inspanningsverplichting om de aangemelde cliënten binnen zo kort mogelijke periode te woord staan.

3. Intake/ probleemdefiniëring

- **Actieve houding wat betreft de wensen van de cliënt:** De hulpverlener informeert bij de intake naar de wensen en verwachtingen van de cliënt en dient deze serieus te nemen. Als de hulpvraag van de cliënt niet duidelijk is, wordt de cliënt ondersteund bij het formuleren van de hulpvraag.
- **Cliënt krijgt de tijd en ruimte:** De hulpverlener biedt de cliënt de tijd en ruimte om zijn/haar wensen en verwachtingen kenbaar te maken.
- **Cliënt kan bijgestaan worden:** Als een cliënt dat wenst, kan hij/zij bij de indicatiestelling bijgestaan worden door een persoon naar eigen keuze. De cliënt krijgt vooraf te horen dat deze mogelijkheid er is.
- **Afspraken over informatie-uitwisseling:** Wanneer de cliënt dat wenst, kunnen familieleden of andere naasten geïnformeerd worden over de situatie van de cliënten en eventueel bij de behandeling betrokken worden of optreden als zaakwaarnemer of vertegenwoordiger.
- **Schriftelijke toestemming opvragen van informatie:** Zonder schriftelijke toestemming van de cliënt mag er geen informatie worden opgevraagd bij verwijzers of anderen.
- **Bijstelling probleemdefiniëring:** Na verloop van tijd moet een tussentijdse bijstelling van de hulpvraag mogelijk zijn.

4. Onderzoek diagnosestelling

- **Instemming cliënt:** Indien onderzoek nodig en gewenst is, vraagt de hulpverlener de cliënt hiervoor schriftelijk om toestemming.
- **Recht op second opinion:** De cliënt heeft recht op een second opinion, dat wil zeggen dat de cliënt een behan-

delaar naar keuze mag vragen om ook een diagnose te stellen⁶.

- **Analyse op alle levensgebieden:** De diagnose betreft het brede terrein van de verschillende levensgebieden waarop men problemen kan hebben.
- **Verslag aan de cliënt:** Over de resultaten van het onderzoek wordt door de hulpverlener verslag uitgebracht aan de cliënt.

5. Indicatiestelling / zorgtoewijzing

- **Aanbod van zorg is helder:** Het moet voor de cliënt helder en duidelijk zijn welke zorg de cliënt kan verwachten.
- **Keuzemogelijkheid van zorg en instelling:** Er is sprake van een gevarieerd en flexibel aanbod van zorg waaruit de cliënt kan kiezen.
- **Betrokkenheid cliënt bij indicatiestelling:** De cliënt heeft inspraak bij de invulling van de indicatiestelling en de uiteindelijke hulp die hij/zij ontvangt.
- **Instemming cliënt:** De cliënt geeft schriftelijk zijn/haar instemming met de indicatiestelling en invulling van de behandeling.

6. Afstemming van de zorg

- **Integraal aanbod:** Binnen de psychiatrie en de verslavingszorg is veelal sprake van problemen op verschillende levensgebieden, zoals huisvesting, financiën, opvoedingsproblemen, gezondheid. Cliënten moeten gebruik kunnen maken van zowel het aanbod in de verslavingszorg als het hulpaanbod in andere sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg of het maatschappelijk werk.
- **Ketenkwaliteit:** Cliënten die een beroep doen op verschillende instellingen voor de (geestelijke) gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dan wel op verschillende voorzieningen binnen één instelling, kunnen rekenen op samenwerking en een op elkaar afgestemd zorgaanbod. Een combinatie aan problemen (de

⁶ Conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

zogeheten dubbele diagnose) zoals verslaving en psychische problemen, mag geen reden zijn om iemand niet in behandeling te nemen.

- **Ketenregie:** Gedurende de behandeling is er één hulpverlener verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de behandeling die de cliënt ontvangt.
- **Continuïteit van zorg:** De instelling zorgt ervoor dat er sprake is van continuïteit van zorg. De verschillende stappen en fasen in het hulpverleningsproces dienen op elkaar aan te sluiten. De instelling is verantwoordelijk voor een vervangend zorgaanbod als de hulp niet op elkaar aansluit en er wachtlijsten zijn.

Fase 2: FASE VAN UITVOERING VAN ACTIVITEITEN

1. Behandelplan

- **Informatie over de behandeling:** De hulpverlener informeert de cliënt over de behandeling, de mogelijkheden aan therapievormen en zorg, medicatie (eventuele bijwerkingen), en over mogelijke alternatieve vormen van hulp.
- **Keuze voor (sekse) en verandering van hulpverlener:** De cliënt moet de voorkeur voor een hulpverlener kunnen uiten. Cliënten moeten kunnen kiezen voor een man of vrouw als hulpverlener en indien nodig van hulpverlener kunnen veranderen.
- **Inspraak behandeling / therapie:** De cliënt krijgt de ruimte om wensen en doelen wat betreft de behandeling kenbaar te maken. De hulpverlener en cliënt stellen in onderling overleg zijn/haar behandelplan op.
- **Mogelijkheid tot laten bijstaan:** De cliënt krijgt ruimte om wensen en doelen wat betreft de behandeling kenbaar te maken en kan zich hierbij laten bijstaan door een ervaringsdeskundige.
- **Zelfbeschikking begeleidingsplan:** De cliënt stelt, indien hij/zij dat wenst, zelf zijn/haar begeleidingsplan op.
- **Helder behandelplan:** Het behandelplan is opgesteld in voor de cliënt begrijpelijke taal.

- **Instemming cliënt:** De cliënt dient schriftelijk in te stemmen met het behandelplan of met eventuele wijzigingen.⁷
- **Inzagerecht dossier:** Cliënten hebben conform de privacywetgeving inzage in hun eigen dossier.⁸

2. Behandeling / begeleiding

- **Gevarieerd en flexibel aanbod aan behandeling/ therapie:** De instelling biedt een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden van behandeling en therapieën.
- **Alternatieven aanbod aanwezig:** Er zijn alternatieve vormen van behandeling/ therapieën aanwezig.
- **Verandering in therapie/ behandeling is mogelijk:** De cliënt kan veranderen van hulp, indien de cliënt dit nodig of wenselijk vindt.
- **Informatie herhaaldelijk beschikbaar:** de informatie over de zorg/behandeling, medicatie (bij)werkingen, e.d. wordt tijdens de behandeling herhaaldelijk gegeven.
- **Geen onnodige dwang- of vrijheidsbeperkende maatregelen:** Er worden geen dwang- of vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast zonder dat dat nodig is voor de behandeling. Cliënt wordt de mogelijkheid geboden om alternatieve vormen zoals crisiskaart of zelfbindingsovereenkomst te gebruiken.

3. Professionaliteit personeel

- **Deskundigheid personeel (seksespecifieke en transculturele hulpverlening):** De instelling zorgt voor deskundige en invoelende hulpverleners. De instelling zorgt ervoor dat het personeel seksespecifieke en transculturele deskundigheid bezit.
- **Deskundigheidsbevordering medewerkers:** De instelling zorgt voor training en deskundigheidsbevordering aan het personeel, waarbij gebruik gemaakt wordt van het bestaande scholingsaanbod zoals dat ontwikkeld is door cliënten, zoals participatietraining, cliënt als docent.

⁷ Conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

⁸ Conform de Wet bescherming persoonsgegevens.

- **Waarborging continuïteit van personeel:** De continuïteit van de hulpverlening is gewaarborgd, de instelling zorgt ervoor dat er niet onnodig veel invalkrachten zijn. Indien er sprake is van wisseling van hulpverleners wordt de cliënt hierover vooraf ingelicht en garandeert de instelling de deskundigheid van de invaller.
- **Inspraak van cliëntenraad bij aannamebeleid:** Bij het aannamebeleid van de instelling bij functies die van wezenlijk belang zijn voor cliënten, neemt een vertegenwoordiger namens de cliënten deel aan de sollicitatiecommissie.
- **Ervaringsdeskundigheid als positief selectie criterium:** Ervaringsdeskundigheid is in het aannamebeleid van de instelling een positief selectie criterium.

4. Ruimte voor ervaringsdeskundigheid

- **Benutten van ervaringsdeskundigheid:** De ervaringsdeskundigheid van de cliënt wordt benut tijdens de hulpverlening.
- **Vergroten van de weerbaarheid en mondigheid:** De hulp is erop gericht om de zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren. De cliënt wordt in staat gesteld zich zelfstandig te handhaven op de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, financiën, dagbesteding, relaties, en dergelijke.
- **Aandacht voor de sterke kanten:** De hulpverlener heeft oog voor de sterke en positieve kanten van de cliënt en benut de mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt.
- **Stimuleren cliëntgestuurde projecten:** De instellingen ondersteunen de cliëntgestuurde projecten, zoals arbeidsrehabilitatie, consumerrun, lotgenotencontact, en dergelijke.

5. Tussentijdse evaluatie behandeling/begeleiding

- **Regelmatige evaluatie:** De behandeling wordt tussentijds geëvalueerd op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld na zes weken bij kortdurende behandeling en drie maanden bij langdurige behandeling.
- **Inspraak van cliënt:** Bij de tussentijdse evaluatie van de hulpverlening wordt het plan en vastgestelde behandel-

doelen en de behandelrelatie mede getoetst aan de hand van de meningen, opmerkingen en wensen van de cliënt. Hierbij wordt het toekomstperspectief en de wensen rondom nazorg expliciet meegenomen (verleden, heden en toekomst).

- **Aandacht voor positieve zaken:** In de evaluatie is er ook aandacht voor die zaken die wel goed gaan en bereikt zijn.
- **Actieve houding wat betreft de wensen en behoefte van cliënt:** De hulpverlener geeft de cliënt ruimte diens mening en wensen kenbaar te maken.
- **Instemming cliënt bij bijstelling behandeling:** Als het nodig is dat het plan wordt bijgesteld, gebeurt dit met (schriftelijke) instemming van cliënt.

6. Wonen en verblijf

- **Flexibel en gevarieerd woonaanbod:** De intramurale instellingen bieden een gevarieerd en flexibel aanbod aan wonen, dagbesteding, recreatie, sociaal netwerkbegeleiding en financiële begeleiding.
- **Scheiding wonen en behandelen:** De behandeling wordt gescheiden van de woonvoorziening gegeven.
- **Woonrecht:** De instelling streeft ernaar om mensen die langdurig verblijven in de instelling woonrecht te bieden.
- **Stimuleren tot reïntegratie:** De instellingen streven ernaar om mensen die langdurig verblijven in de instelling, begeleiding te bieden in het reïntegratieproces (bijvoorbeeld woonbegeleiding).
- **Somatische zorg aanwezig:** Cliënten krijgen deskundige somatische zorg indien nodig.
- **Mogelijkheid tot privacy:** De intramurale instellingen garanderen de privacy van cliënten. Bijvoorbeeld de mogelijkheid hebben om je terug te kunnen trekken met je eigen partner.
- **Veiligheid gewaarborgd:** De instellingen garanderen de veiligheid van cliënten. Met betrekking tot de veiligheid op de afdeling of woonvorm:
 - respecteren de hulpverleners en de cliënten de algemene omgangsvormen en de fatsoensnormen;
 - zijn ze samen verantwoordelijk voor de sfeer/sociale veiligheid;

- ontwikkelen ze met elkaar beleid op het gebied van de sociale veiligheid;
- zijn ze actief betrokken bij het waarborgen en bewaken van de sfeer en de sociale veiligheid (geen geweld en agressie). Leiding en hulpverleners vervullen hierbij een voortrekkersrol. De cliëntenraad toetst en onderneemt zo nodig stappen.

Fase 3: AFSLUITING EN UITKOMSTEN VAN DE BEHANDELING

1. Eindevaluatie hulpverlening behandeling

- Inbreng cliënt bij eindevaluatie: Bij de eindevaluatie van de hulpverlening wordt het plan mede getoetst aan de hand van de mening, opmerkingen en wensen van de cliënt.
- Instemming cliënt: De hulpverlener maakt een helder en voor de cliënt begrijpelijk verslag. De cliënt stemt hiermee schriftelijk in.

2. Uitkomsten van de behandeling

- **Vermindering van klachten:** De cliënt is van mening dat de behandeling heeft bijgedragen aan het verminderen van de klachten waarvoor de cliënt in behandeling is gekomen.
- **Zelfredzaamheid is vergroot:** De kracht en het vermogen van de cliënt om zelfstandig te functioneren zijn toegenomen.
- **Weerbaarheid en mondigheid toegenomen:** De cliënt is mondiger en weerbaarder geworden, kan voor zichzelf opkomen en neemt eigen beslissingen.
- **Zelfstandigheid is toegenomen:** De cliënt is in staat zich zelfstandiger te handhaven op gebieden als wonen, werken, dagbesteding, financiën, relaties, en dergelijke.

3. Afsluiting behandeling

- **Instemming van cliënt:** De cliënt stemt schriftelijk in met de afsluiting van de behandeling.

- **Toestemming voor informatieoverdracht:** De cliënt geeft schriftelijk toestemming voor een eventuele verwijzing en de overdracht van gegevens.
- **Nazorg is geregeld:** De behandeling wordt pas afgesloten als de nazorg is geregeld.

Fase 4 NAZORG

1. Aanbod

- **Flexibel en gevarieerd aanbod voor nazorg:** De instelling is verantwoordelijk voor het realiseren van de nazorg. Indien nazorg niet door andere instellingen geboden wordt, moet de instelling zelf de nazorg bieden.
- **Informatie over de mogelijkheden voor nazorg:** De hulpverlener informeert cliënt over de keuzemogelijkheden aan nazorg.
- **Instemming cliënt welke nazorg:** De cliënt bepaalt welke nazorg hij/zij nodig heeft.
- **Informatie lotgenotencontact:** De instelling geeft tevens informatie over zelfhulpgroepen of lotgenotencontacten.

2. Begeleiding

- **Aandacht voor maatschappelijke participatie in de nazorg:** Begeleiding in het traject naar maatschappelijke participatie is een belangrijk onderdeel van nazorg.
- **Heldere afspraken over de begeleiding:** Er worden heldere afspraken gemaakt tussen cliënt en hulpverlener, bijvoorbeeld over een jaarlijkse evaluatie van de stand van zaken.

Deel I

De kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

voor de

Verlavingszorg

4 De kwaliteitscriteria voor de verslavingszorg

Het centrale uitgangspunt van de kwaliteitscriteria is dat cliënten *volwaardig* individu van deze samenleving zijn en als zodanig benaderd worden. Aangezien dit uitgangspunt voor het gehele hulpverleningsproces geldt, is dit als eerste en algemene onderwerp gekozen.

De daarop volgende criteria sluiten aan bij de verschillende fasen in de zorg/behandeling die in de praktijk worden geboden. Het zijn de volgende vier fasen:

1. De toegang van de zorg.
2. Uitvoering van de zorg.
3. Afsluiting en uitkomsten van de zorg.
4. Nazorg.

In het onderstaande schema staan per onderdeel alle onderwerpen waarover cliënten uit de verslavingszorg criteria hebben opgesteld. De uitwerking hiervan is op de volgende bladzijden te vinden.

De cliënt als individu			
<ul style="list-style-type: none"> • Respectvolle bejegening • Eigen verantwoordelijkheid cliënt • Medezeggenschap 			
1. Toegang tot de zorg	2. Uitvoering van de zorg	3. Afsluiting en uitkomsten van de zorg	4. Nazorg
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informatie ➤ Toegankelijkheid ➤ Intake/ probleemdefiniëring ➤ Onderzoek/ diagnosestelling ➤ Indicatie/ zorgtoewijzing ➤ Afstemming van de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Behandelplan ➤ Behandeling ➤ Professionaliteit personeel ➤ Ervaringsdeskundigheid ➤ Tussentijdse evaluatie ➤ Wonen en verblijf 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eindevaluatie ➤ Uitkomsten ➤ Afsluiting 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanbod ➤ Begeleiding

De cliënt als individu

1. Respectvolle bejegening

- **Respect voor de cliënt als persoon:** De cliënt wordt behandeld als een uniek persoon met een eigen leven, niet als iemand met een stoornis.
- **Cliënt als mondig individu:** De cliënt wordt als een mondig en serieus te nemen persoon gezien.
- **Vriendelijke en correcte houding:** De cliënt wordt vriendelijk en correct bejegend en te woord gestaan.
- **Gelijkwaardigheid:** De hulpverleners benaderen de cliënt op voet van gelijkwaardigheid. Er is geen betutteling.

2. Eigen verantwoordelijkheid cliënt

- **Zelfbeschikkingsrecht:** Uitgaande van de menselijke waardigheid dienen de persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt te worden gewaarborgd
- **Stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid:** De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt staat centraal, hetgeen inhoudt dat er een appèl op wordt gedaan.
- **Ervaringsdeskundig:** De ervaringsdeskundigheid van de cliënt wordt benut tijdens de behandeling en begeleiding.

Het uitgangspunt van de cliënt als individu, die respectvol bejegend wordt, heeft binnen de verslavingszorg een specifiek karakter. Een onderscheid dient gemaakt te worden tussen de behandeling en de benadering van mensen met een verslaving. De benadering dient respectvol te zijn en uit te gaan van de eigen verantwoordelijkheid.

Conform de WGBO moet de cliënt instemmen met het behandelplan en dit ondertekenen. In sommige instellingen voor de verslavingszorg is het gebruikelijk dat de cliënten zelf hun eigen behandelplan schrijven. Instemming met het behandelplan is wettelijk verplicht. Waar mogelijk en volgens de cliënt wenselijk zal de verantwoordelijkheid voor de invulling van het behandelplan zo veel mogelijk bij de cliënt liggen.

3. Medezeggenschap⁹

- **Inspraak op afdelings- en instellingsniveau:** De cliënten beschikken op afdelings-, instellingsniveau en binnen projecten individueel en als groep over meerdere mogelijkheden tot medezeggenschap.
- **Taken en bevoegdheden van de cliëntenraad zijn vastgelegd:** De taken en bevoegdheden van de cliëntenraad zijn bedoeld als medebepaler van het beleid en als behartiger van de belangen van cliënten. Individuele cliënten worden in staat gesteld aan de cliëntenraad deel te nemen en om zowel binnen als buiten de instelling (plaatselijk, regionaal en landelijk) aan belangenbehartiging te doen.

⁹ De bevoegdheden van de cliëntenraad zijn vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen.

- **Ondersteuning van de cliëntenraad:** Om de belangenbehartiging door cliëntenraden mogelijk te maken is financiële, materiële en personele ondersteuning nodig.

Fase 1 DE TOEGANG TOT DE ZORG

1. Informatie

- **Volledige informatie:** De instelling zorgt ervoor dat de cliënten alle informatie krijgen die van belang is voor hun situatie.¹⁰
- **Specifieke informatie:** Voor de verschillende sectoren en afdelingen wordt de specifieke informatie verstrekt. De cliënt ontvangt de huis- en instellingsregels of wordt er op attent gemaakt.
- **Beschikbaar:** De genoemde informatie is op schrift gemakkelijk voor de cliënt beschikbaar en er is sprake van regelmatige herhaling, indien nodig.
- **Afgestemd op de cliënt:** De informatie is samen met de cliëntenraad ontwikkeld en is afgestemd op de cliënt die de informatie nodig heeft.
- **Begrijpelijk:** De instelling verschaft informatie die toegankelijk is voor mensen die een andere taal dan Nederlands spreken of minder gewend zijn informatie te lezen. De informatie is (zo nodig) toegankelijk voor mensen met een auditieve of visuele handicap.
- **Informatie over andere behandelmogelijkheden buiten de eigen instelling:** Naast informatie over het eigen behandelaanbod geeft de instelling ook informatie over andere behandelmogelijkheden.

¹⁰ De informatie betreft in ieder geval de volgende onderwerpen: de organisatie van de instelling, procedures (regels en protocollen); het zorg- en behandelaanbod; het activiteitsaanbod; de rechtspositie; de klachtenprocedure; de financiële zaken, verzekeringen, cliëntenparticipatie, medezeggenschap; visie/missie van de instelling; mogelijkheid tot second opinion; eventuele wachtlijsten.

2. Toegankelijkheid

- **Bereikbaar:** De locaties van de instelling bevinden zich op een centrale locatie en zijn goed bereikbaar met het openbaar vervoer.
- **Toegankelijk voor gehandicapten:** De instelling is goed bereikbaar en toegankelijk voor gehandicapten.
- **Bereikbaarheid buiten kantooruren:** De instelling dient te regelen dat de instelling ook buiten kantooruren bereikbaar is voor mensen in een crisissituatie.
- **Geen wachtlijsten en wachttijden:** De instelling heeft de inspanningsverplichting om de aangemelde cliënten binnen zo kort mogelijke periode te woord staan.

3. Intake/ probleemdefiniëring

- **Inspraak:** De hulpvraag van de cliënt is het uitgangspunt voor de probleemdefiniëring.
- **Actieve houding wat betreft de wensen van de cliënt:** De hulpverlener informeert bij de intake naar de wensen en verwachtingen van de cliënt en dient deze serieus te nemen. Als de hulpvraag van de cliënt niet duidelijk is, wordt de cliënt ondersteund bij het formuleren van de hulpvraag.
- **Cliënt krijgt de tijd en ruimte:** De hulpverlener biedt de cliënt de tijd en ruimte om zijn/haar wensen en verwachtingen kenbaar te maken. In het begin van de behandeling kan de hulpvraag vooral gedomineerd worden door de verslavingsproblematiek. Cliënten moeten de tijd en de rust krijgen om een weloverwogen keuze voor behandeling te maken.
- **Cliënt kan bijgestaan worden:** Als een cliënt dat wenst, kan hij/zij bij de indicatiestelling bijgestaan worden door een persoon naar eigen keuze. De cliënt krijgt vooraf te horen dat dit mogelijk is.
- **Afspraken over informatie-uitwisseling:** Wanneer de cliënt dat wenst, kunnen familieleden of andere naasten geïnformeerd worden over de situatie van de cliënten en eventueel bij de behandeling betrokken worden of optreden als zaakwaarnemer of vertegenwoordiger.
- **Schriftelijke toestemming opvragen van informatie:** Zonder schriftelijke toestemming van de cliënt mag er

geen informatie worden opgevraagd bij verwijzers of anderen.

- **Bijstelling probleemdefiniëring:** Na verloop van tijd moet een tussentijdse bijstelling van de hulpvraag mogelijk zijn.

4. Onderzoek diagnosestelling:

- **Instemming cliënt:** Indien onderzoek nodig en gewenst is, vraagt de hulpverlener de cliënt hiervoor schriftelijk om toestemming.
- **Recht op second opinion:** De cliënt heeft recht op een second opinion, dat wil zeggen dat de cliënt een behandelaar naar keuze mag vragen om ook een diagnose te stellen.¹¹
- **Analyse op alle levensgebieden:** De diagnose betreft het brede terrein van de verschillende levensgebieden waarop men problemen kan hebben.
- **Verslag aan de cliënt:** Over de resultaten van het onderzoek wordt door de hulpverlener verslag uitgebracht aan de cliënt.

5. Indicatiestelling / zorgtoewijzing

- **Aanbod van zorg is helder:** Het moet voor de cliënt helder en duidelijk zijn welke zorg de cliënt kan verwachten.
- **Keuzemogelijkheid van zorg en instelling:** Er is sprake van een gevarieerd en flexibel aanbod van zorg waaruit de cliënt kan kiezen.
- **Betrokkenheid cliënt bij indicatiestelling:** De cliënt heeft inspraak bij de invulling van de indicatiestelling en de uiteindelijke hulp die hij/zij ontvangt.
- **Instemming cliënt:** De cliënt geeft schriftelijk zijn/haar instemming met de indicatiestelling en invulling van de behandeling.

¹¹ Conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

6. Afstemming van de zorg

- **Integraal aanbod:** Binnen de verslavingszorg is veelal sprake van problemen op verschillende levensgebieden, zoals huisvesting, financiën, opvoedingsproblemen, gezondheid. Cliënten moeten gebruik kunnen maken van zowel het aanbod in de verslavingszorg als het hulpaanbod in andere sectoren zoals de geestelijke gezondheidszorg of het maatschappelijk werk.
- **Ketenkwaliteit:** Cliënten die een beroep doen op verschillende instellingen voor de verslavingszorg, de (geestelijke) gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening dan wel op verschillende voorzieningen binnen één instelling, kunnen rekenen op samenwerking en een op elkaar afgestemd zorgaanbod. Een combinatie aan problemen (de zogeheten dubbele diagnose) zoals verslaving en psychische problemen, mag geen reden zijn om iemand niet in behandeling te nemen.
- **Ketenregie:** Gedurende de behandeling is er één hulpverlener verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de behandeling die de cliënt ontvangt.
- **Continuïteit van zorg:** De instelling zorgt ervoor dat er sprake is van continuïteit van zorg. De verschillende stappen en fasen in het hulpverleningsproces dienen op elkaar aan te sluiten. De instelling is verantwoordelijk voor een vervangend zorgaanbod als de hulp niet op elkaar aansluit en er wachtlijsten zijn.

Fase 2 UITVOERING VAN DE ZORG

1. Behandelplan

- **Informatie over de behandeling:** De hulpverlener informeert de cliënt over de behandeling, de mogelijkheden aan therapievormen en zorg, medicatie (eventuele bijwerkingen), en over mogelijke alternatieve vormen van hulp.
- **Keuze voor (sekse) en verandering van hulpverlener:** De cliënt moet de voorkeur voor een hulpverlener kunnen uiten. Cliënten moeten kunnen kiezen voor een man of vrouw als hulpverlener en indien nodig van hulpverlener kunnen veranderen.

- **Inpraak behandeling / therapie:** De cliënt krijgt de ruimte om wensen en doelen wat betreft de behandeling kenbaar te maken. De hulpverlener en cliënt stellen in onderling overleg zijn/haar behandelplan op.
- **Mogelijkheid tot laten bijstaan:** De cliënt krijgt ruimte om wensen en doelen wat betreft de behandeling kenbaar te maken en kan zich hierbij laten bijstaan door een ervaringsdeskundige.
- **Zelfbeschikking begeleidingsplan:** De cliënt stelt, indien hij/zij dat wenst, zelf zijn/haar begeleidingsplan op.
- **Helder behandelplan:** Het behandelplan is opgesteld in voor de cliënt begrijpelijke taal.
- **Instemming cliënt:** De cliënt dient schriftelijk in te stemmen met het behandelplan of met eventuele wijzigingen.¹²
- **Inzagerecht dossier:** Cliënten hebben conform de privacywetgeving inzage in hun eigen dossier.¹³

2. Behandeling / begeleiding

- **Gevarieerd en flexibel aanbod aan behandeling / therapie:** De instelling biedt een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden van behandeling en therapieën.
- **Alternatieven aanbod aanwezig:** Er zijn alternatieve vormen van behandeling / therapieën aanwezig.
- **Verandering in therapie/ behandeling is mogelijk:** De cliënt kan veranderen van hulp, indien de cliënt dit nodig of wenselijk vindt.
- **Informatie herhaaldelijk beschikbaar:** De informatie over de zorg/behandeling, medicatie (bij)werkingen, e.d. wordt tijdens de behandeling herhaaldelijk gegeven.
- **Geen dwang- of vrijheidsbeperkende maatregelen:** Er worden geen sancties, dwang- of vrijheidsbeperkende maatregelen in de verslavingszorg toegepast.¹⁴

¹² Conform de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

¹³ Conform de Wet bescherming persoonsgegevens.

¹⁴ Conform de richtlijnen Patiëntenvertrouwenspersoon.

3. Professionaliteit personeel

- **Deskundigheid personeel (seksespecifieke en transculturele hulpverlening):** De instelling zorgt voor deskundige en invoelende hulpverleners. De instelling zorgt ervoor dat het personeel voldoende kennis heeft over de verslavingszorg, en seksespecifieke en transculturele deskundigheid bezit.
- De hulpverlener stelt zich open en eerlijk op naar de cliënt, opdat de cliënt zich vertrouwd en veilig kan voelen in de relatie met de hulpverlener. De hulpverlener neemt voldoende tijd voor de cliënt, is betrokken en is niet veroordelend naar de cliënt.
- **Deskundigheidsbevordering medewerkers:** De instelling zorgt voor training en deskundigheidsbevordering aan het personeel, waarbij gebruik gemaakt wordt van het bestaande scholingsaanbod zoals dat ontwikkeld is door cliënten, zoals participatietraining, cliënt als docent.
- **Waarborging continuïteit van personeel:** De continuïteit van de hulpverlening is gewaarborgd, de instelling zorgt ervoor dat er niet onnodig veel invalkrachten zijn. Indien er sprake is van wisseling van hulpverleners wordt de cliënt hierover vooraf ingelicht en garandeert de instelling de deskundigheid van de invaller.
- **Inspraak van cliëntenraad bij aannamebeleid:** Bij het aannamebeleid van de instelling bij functies die van wezenlijk belang zijn voor cliënten, neemt een vertegenwoordiger namens de cliënten deel aan de sollicitatiecommissie.
- **Ervaringsdeskundigheid als positief selectie criterium:** Ervaringsdeskundigheid is in het aannamebeleid van de instelling een positief selectie criterium.

4. Ruimte voor ervaringsdeskundigheid

- **Benutten van ervaringsdeskundigheid:** De ervaringsdeskundigheid van de cliënt wordt benut tijdens de hulpverlening.
- **Vergroten van de weerbaarheid en mondigheid:** De hulp is erop gericht om de zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren. De cliënt wordt in staat gesteld zich zelfstandig te handhaven op de verschillende levensgebieden.

den zoals wonen, werken, financiën dagbesteding, relaties, en dergelijke.

- **Aandacht voor de sterke kanten:** De hulpverlener heeft oog voor de sterke en positieve kanten van de cliënt en benut de mogelijkheden en vaardigheden van de cliënt.
- **Stimuleren cliëntgestuurde projecten:** De instellingen ondersteunen de cliëntgestuurde projecten, zoals arbeidsrehabilitatie, consumerrun, lotgenotencontact, en dergelijke.

5. Tussentijdse evaluatie behandeling/begeleiding

- **Regelmatige evaluatie:** De behandeling wordt tussentijds geëvalueerd op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld na zes weken bij kortdurende behandeling en drie maanden bij langdurige behandeling.
- **Inspraak van cliënt:** Bij de tussentijdse evaluatie van de hulpverlening wordt het plan en vastgestelde behandel-doelen en de behandelrelatie mede getoetst aan de hand van de meningen, opmerkingen en wensen van de cliënt. Hierbij wordt het toekomstperspectief en de wensen rondom nazorg expliciet meegenomen (Verleden, heden en toekomst).
- **Aandacht voor positieve zaken:** In de evaluatie is er ook aandacht voor die zaken die wel goed gaan en bereikt zijn.
- **Actieve houding wat betreft de wensen en behoefte van cliënt:** De hulpverlener geeft de cliënt ruimte diens mening en wensen kenbaar te maken.
- **Instemming cliënt bij bijstelling behandeling:** Als het nodig is dat het plan wordt bijgesteld, gebeurt dit met (schriftelijke) instemming van cliënt.

6. Wonen en verblijf

- **Flexibel en gevarieerd woonaanbod:** De intramurale instellingen bieden een gevarieerd en flexibel aanbod aan wonen, dagbesteding, recreatie, sociaal netwerkbegeleiding en financiële begeleiding.
- **Stimuleren tot reïntegratie:** De instellingen streven ernaar om mensen die langdurig verblijven in de instel-

ling, begeleiding te bieden in het reïntegratieproces (bijvoorbeeld woonbegeleiding).

- **Somatische zorg aanwezig:** Cliënten krijgen deskundige somatische zorg indien nodig.
- **Mogelijkheid tot privacy:** De intramurale instellingen garanderen de privacy van cliënten. Bijvoorbeeld de mogelijkheid hebben om je terug te kunnen trekken met je eigen partner.
- **Veiligheid gewaarborgd:** De instellingen garanderen de veiligheid van cliënten. Met betrekking tot de veiligheid op de afdeling of woonvorm:
 - respecteren de hulpverleners en de cliënten de algemene omgangsvormen en de fatsoensnormen;
 - zijn ze samen verantwoordelijk voor de sfeer/sociale veiligheid;
 - ontwikkelen ze met elkaar beleid op het gebied van de sociale veiligheid;
 - zijn ze actief betrokken bij het waarborgen en bewaken van de sfeer en de sociale veiligheid (geen geweld en agressie). Leiding en hulpverleners vervullen hierbij een voortrekkersrol. De cliëntenraad toetst en onderneemt zo nodig stappen.

Fase 3 AFSLUITING EN UITKOMSTEN VAN DE BEHANDELING

1. Eindevaluatie hulpverlening behandeling

- **Inbreng cliënt bij eindevaluatie:** Bij de eindevaluatie van de hulpverlening wordt het plan mede getoetst aan de hand van de mening, opmerkingen en wensen van de cliënt.
- **Instemming cliënt:** De hulpverlener maakt een helder en voor de cliënt begrijpelijk verslag. De cliënt stemt hiermee schriftelijk in.

2. Uitkomsten van de behandeling

- **Vermindering van klachten:** De cliënt is van mening dat de behandeling heeft bijgedragen aan het verminderen

van de klachten waarvoor de cliënt in behandeling is gekomen.

- **Zelfredzaamheid is vergroot:** De kracht en het vermogen van de cliënt om zelfstandig te functioneren zijn toegenomen.
- **Weerbaarheid en mondigheid toegenomen:** De cliënt is mondiger en weerbaarder geworden, kan voor zichzelf opkomen en neemt eigen beslissingen.
- **Zelfstandigheid is toegenomen:** De cliënt is in staat zich zelfstandiger te handhaven op gebieden als wonen, werken, dagbesteding, financiën, relaties, en dergelijke.

3. Afsluiting behandeling

- **Instemming van cliënt:** De cliënt stemt schriftelijk in met de afsluiting van de behandeling.
- **Toestemming voor informatieoverdracht:** De cliënt geeft schriftelijk toestemming voor een eventuele verwijzing en de overdracht van gegevens.
- **Nazorg is geregeld:** De behandeling wordt pas afgesloten als de nazorg is geregeld.

Fase 4 NAZORG

1. Aanbod

- **Flexibel en gevarieerd aanbod voor nazorg:** De instelling is verantwoordelijk voor het realiseren van deze nazorg. Indien nazorg niet door andere instellingen geboden wordt, moet de instelling zelf de nazorg bieden.
- **Informatie over de mogelijkheden voor nazorg:** De hulpverlener informeert cliënt over de keuzemogelijkheden aan nazorg.
- **Instemming cliënt welke nazorg:** De cliënt bepaalt welke nazorg hij/zij nodig heeft.
- **Informatie lotgenotencontact:** De instelling geeft tevens informatie over zelfhulpgroepen of lotgenotencontacten.

2. Begeleiding

- **Aandacht voor maatschappelijke participatie in de nazorg:** Begeleiding in het traject naar maatschappelijke participatie is een belangrijk onderdeel van nazorg.
- **Heldere afspraken over de begeleiding:** Er worden heldere afspraken gemaakt tussen cliënt en hulpverlener, bijvoorbeeld over een jaarlijkse evaluatie van de stand van zaken.
- **Afstemming van de nazorg:** Bij de nazorg is het belangrijk dat men er rekening mee houdt dat er sprake is van een cyclisch proces. Dat wil zeggen dat cliënten bij mogelijke terugval weer gebruik kunnen maken van het behandelaanbod van de instelling.
- **Bij heropname een versnelde procedure:** Bij heropname komt de cliënt in een versnelde procedure en hoeft hij/zij niet de hele opnameprocedure opnieuw te doorlopen.

Deel I

De kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

voor de sector

Beschermd wonen

5 Kwaliteitscriteria beschermd wonen

Centraal uitgangspunt bij de kwaliteitscriteria is dat bewoners respectvol behandeld en bejegend worden. Bewoners zijn volwaardige burgers van deze samenleving en worden als zodanig benaderd. Aangezien dit uitgangspunt voor het gehele hulpverleningsproces geldt, van aanneming tot en met de nazorg, is dit als apart item opgenomen.

Bij de indeling van de kwaliteitscriteria is er voor gekozen om de kwaliteitscriteria te laten aansluiten bij de verschillende fasen in de praktijk van beschermd wonen. Het zijn de volgende vier fasen:

1. De toegang tot de voorziening.
2. De uitvoering van de begeleiding: deze fase omvat het behandelplan, de geboden zorg/behandeling/begeleiding, evaluatie.
3. Afsluiting en uitkomsten van de begeleiding.
4. Nazorg.

In het onderstaande schema staat een overzicht van de onderwerpen van deze vier fasen van kwaliteitscriteria. Op de volgende bladzijden worden deze onderwerpen uitgewerkt.

De bewoner als individu			
<ul style="list-style-type: none"> • Respectvolle bejegening • Eigen verantwoordelijkheid cliënt • Medezeggenschap 			
1. Toegang tot de zorg	2. Uitvoering van de zorg	3. Afsluiting en uitkomsten van de zorg	4. Nazorg
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informatie ➤ Toegankelijkheid ➤ Intake/ probleemdefiniëring ➤ Indicatie/ zorgtoewijzing ➤ Afstemming van de zorg 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Begeleidingsplan ➤ Begeleiding ➤ Professionaliteit personeel ➤ Ervaringsdeskundigheid ➤ Tussentijdse evaluatie ➤ Wonen en verblijf 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eindevaluatie ➤ Uitkomsten ➤ Afsluiting 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aanbod ➤ Begeleiding

De bewoner als individu

1. Respectvolle bejegening

- **Respect voor de bewoner als persoon:** De bewoner wordt behandeld als een uniek persoon met een eigen leven, niet als iemand met een stoornis.
- **Bewoner als mondig individu:** De bewoner wordt als een mondig en serieus te nemen persoon gezien.
- **Vriendelijke en correcte houding:** De bewoner wordt vriendelijk en correct bejegend en te woord gestaan.
- **Gelijkwaardigheid:** De hulpverleners benaderen de bewoner op voet van gelijkwaardigheid. Er is geen betutteling.

2. Eigen verantwoordelijkheid bewoner

- **Zelfbeschikkingsrecht:** Uitgaande van de menselijke waardigheid dienen de persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de bewoner gewaarborgd te worden.
- **Stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid:** De eigen verantwoordelijkheid van de bewoner staat centraal, hetgeen inhoudt dat er een appèl op wordt gedaan.
- **Ervaringsdeskundig:** De ervaringsdeskundigheid van de bewoner wordt benut tijdens de behandeling en begeleiding.

3. Medezeggenschap¹⁵

- **Inspraak op afdelings- en instellingsniveau:** De bewoners beschikken op afdelings-, instellingsniveau en binnen projecten individueel en als groep over meerdere mogelijkheden tot medezeggenschap.
- **Taken en bevoegdheden van de bewonersraad zijn vastgelegd:** De taken en bevoegdheden van de bewonersraad zijn bedoeld als medebepaler van het beleid en als behartiger van de belangen van bewoners. Individuele bewoners worden in staat gesteld aan de cliëntenraad deel te nemen en om zowel binnen als buiten de instelling (plaatselijk, regionaal en landelijk) aan belangenbehartiging te doen
- **Ondersteuning van de cliëntenraad:** Om de belangenbehartiging door bewonersraden mogelijk te maken is financiële, materiële en personele ondersteuning nodig.

¹⁵ De bevoegdheden van de cliëntenraad zijn vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen.

1. Informatie

- **Volledige informatie:** De instelling zorgt ervoor dat de bewoner alle informatie krijgt die van belang is voor hun situatie.¹⁶
- **Specifieke informatie:** Voor de verschillende woonvormen wordt de specifieke informatie verstrekt. De bewoner ontvangt de huis- en instellingsregels of wordt er op attent gemaakt.
- **Beschikbaar:** De genoemde informatie is op schrift gemakkelijk voor de bewoner beschikbaar en er is sprake van regelmatige herhaling, indien nodig.
- **Afgestemd op de bewoner:** De informatie is samen met de bewonersraad ontwikkeld en is afgestemd op de bewoner die de informatie nodig heeft.
- **Begrijpelijk:** De instelling verschaft informatie die toegankelijk is voor mensen die een andere taal dan Nederlands spreken of minder gewend zijn informatie te lezen. De informatie is (zo nodig) toegankelijk voor mensen met een auditieve of visuele handicap.

2. Toegankelijkheid

- **Bereikbaar:** De woonvormen bevinden zich op een centrale locatie en zijn goed bereikbaar met het openbaar vervoer.
- **Toegankelijk voor gehandicapten:** De woonvorm is goed bereikbaar en toegankelijk voor gehandicapten.
- **Bereikbaarheid buiten kantooruren:** De instelling dient te regelen dat de instelling ook buiten kantooruren bereikbaar is voor mensen in een crisissituatie.
- **Geen wachtlijsten en wachttijden:** De instelling heeft de inspanningsverplichting om de aangemelde bewoner binnen zo kort mogelijke periode te woord staan.

¹⁶ De informatie betreft in ieder geval de volgende onderwerpen: de organisatie van de instelling, procedures (regels en protocollen); het zorg- en behandelaanbod; het activiteitsaanbod; de rechtspositie; de klachtenprocedure; de financiële zaken, verzekeringen, cliëntenparticipatie, medezeggenschap; visie/missie van de instelling; mogelijkheid tot second opinion; eventuele wachtlijsten.

3. Intake/ probleemdefiniëring

- **Actieve houding wat betreft de wensen van de bewoner:** De hulpverlener informeert bij de intake naar de wensen en verwachtingen van de bewoner en dient deze serieus te nemen. Als de hulpvraag van de bewoner niet duidelijk is, wordt de bewoner ondersteund bij het formuleren van de hulpvraag.
- **Bewoner krijgt de tijd en ruimte:** De hulpverlener biedt de bewoner de tijd en ruimte om zijn/haar wensen en verwachtingen kenbaar te maken.
- **Bewoner kan bijgestaan worden:** Als een bewoner dat wenst, kan hij/zij bij de indicatiestelling bijgestaan worden door een persoon naar eigen keuze. De bewoner krijgt vooraf te horen dat dit mogelijk is.
- **Afspraken over informatie-uitwisseling:** Wanneer de bewoner dat wenst, kunnen familieleden of andere naasten geïnformeerd worden over de situatie van de bewoner en eventueel bij de behandeling betrokken worden of optreden als zaakwaarnemer of vertegenwoordiger.
- **Schriftelijke toestemming opvragen van informatie:** Zonder schriftelijke toestemming van de bewoners mag er geen informatie opgevraagd worden bij verwijzers of anderen.
- **Bijstelling probleemdefiniëring:** Na verloop van tijd moet een tussentijdse bijstelling van de hulpvraag mogelijk zijn.

Fase 2 FASE VAN UITVOERING VAN ACTIVITEITEN

1. Begeleidingsplan

- **Informatie over de begeleiding:** De begeleider informeert de bewoner over de begeleiding, de mogelijkheden aan activiteiten en zorg, medicatie (eventuele bijwerkingen), en over mogelijke alternatieve vormen van hulp.
- **Keuze voor (sekse) en verandering van begeleider:** De bewoner moet de voorkeur voor een begeleider kunnen uiten. Bewoners moeten kunnen kiezen voor een man of vrouw als begeleider en indien nodig van begeleider kunnen veranderen.

- **Inpraak begeleiding:** De bewoner krijgt de ruimte om wensen en doelen wat betreft de begeleiding kenbaar te maken. De begeleider en bewoner stellen in onderling overleg zijn/haar begeleidingplan op.
- **Mogelijkheid tot laten bijstaan:** De bewoner krijgt ruimte om wensen en doelen wat betreft de begeleiding kenbaar te maken en kan zich hierbij laten bijstaan door een ervaringsdeskundige.
- **Zelfbeschikking begeleidingsplan:** De bewoner stelt, indien hij/zij dat wenst, zelf zijn/haar begeleidingsplan op.
- **Helder behandelplan:** Het begeleidingsplan is opgesteld in voor de bewoner begrijpelijke taal.
- **Instemming bewoner:** De bewoner dient schriftelijk in te stemmen met het begeleidingsplan of met eventuele wijzigingen.¹⁷
- **Inzagerecht dossier:** Bewoners hebben conform de privacy-wetgeving inzage in hun eigen dossier.¹⁸

2. Begeleiding

- **Gevarieerd en flexibel aanbod aan begeleiding:** De instelling biedt een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden van begeleiding.
- **Stimuleren tot reïntegratie:** De begeleiding streeft ernaar om mensen te stimuleren en ondersteuning te bieden in het reïntegratieproces.
- **Aandacht voor maatschappelijke participatie in de nazorg:** Begeleiding in het traject naar maatschappelijke participatie is een belangrijk onderdeel van nazorg.
- **Heldere afspraken over de begeleiding:** Er worden heldere afspraken gemaakt tussen bewoner en begeleider, bijvoorbeeld over een (half) jaarlijkse evaluatie van de stand van zaken.

¹⁷ Conform de WGBO.

¹⁸ Conform de Wet bescherming persoonsgegevens.

3. Professionaliteit personeel

- **Deskundigheid personeel (seksespecifieke en transculturele hulpverlening):** De instelling zorgt voor deskundige en invoelende begeleiders. De instelling zorgt ervoor dat het personeel seksespecifieke en transculturele deskundigheid bezit.
- **Deskundigheidsbevordering medewerkers:** De instelling zorgt voor training en deskundigheidsbevordering aan het personeel, waarbij gebruik gemaakt wordt van het bestaande scholingsaanbod zoals dat ontwikkeld is door bewoners, zoals participatietraining, bewoner als docent.
- **Waarborging continuïteit van personeel:** De continuïteit van de begeleiding is gewaarborgd, de instelling zorgt ervoor dat er niet onnodig veel invalkrachten zijn. Indien er sprake is van wisseling van begeleiders wordt de bewoner hierover vooraf ingelicht en garandeert de instelling de deskundigheid van de invaller.
- **Inspraak van bewonersraad bij aannamebeleid:** Bij het aannamebeleid van de instelling bij functies die van wezenlijk belang zijn voor bewoners, neemt een vertegenwoordiger namens de bewoners deel aan de sollicitatiecommissie.
- **Ervaringsdeskundigheid als positief selectie criterium:** Ervaringsdeskundigheid is in het aannamebeleid van de instelling een positief selectie criterium.

4. Ruimte voor ervaringsdeskundigheid

- **Benutten van ervaringsdeskundigheid:** De ervaringsdeskundigheid van de bewoner wordt benut tijdens de begeleiding.
- **Vergroten van de weerbaarheid en mondigheid:** De begeleiding is erop gericht om de zelfredzaamheid van de bewoner te stimuleren. De bewoner wordt gestimuleerd om zich zelfstandig te handhaven op de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, financiën, dagbesteding, relaties, en dergelijke.
- **Aandacht voor de sterke kanten:** De begeleider heeft oog voor de sterke en positieve kanten van de bewoner en benut de mogelijkheden en vaardigheden van de bewoner.

- **Stimuleren cliëntgestuurde projecten:** De directie van de woonvormen ondersteunt cliëntgestuurde projecten, zoals arbeidsrehabilitatie, consumerrun, lotgenotencontact, en dergelijke.

5. Tussentijdse evaluatie begeleiding

- **Regelmatige evaluatie:** De begeleiding wordt tussentijds geëvalueerd op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld in het begin zes weken en daarna elk half jaar of jaarlijks.
- **Inspraak van bewoner:** Bij de tussentijdse evaluatie van de begeleiding wordt het plan en vastgestelde begeleidingsdoelen en de begeleidingsrelatie mede getoetst aan de hand van de meningen, opmerkingen en wensen van de bewoner. Hierbij wordt het toekomstperspectief en de wensen rondom nazorg expliciet meegenomen (verleden, heden en toekomst).
- **Aandacht voor positieve zaken:** In de evaluatie is er ook aandacht voor die zaken die wel goed gaan en bereikt zijn.
- **Actieve houding wat betreft de wensen en behoefte van bewoner:** De hulpverlener geeft de bewoner ruimte diens mening en wensen kenbaar te maken.
- **Instemming bewoner bij bijstelling behandeling:** Als het nodig is dat het plan wordt bijgesteld, gebeurt dit met (schriftelijke) instemming van bewoner.

6. Wonen en verblijf

- **Flexibel en gevarieerd woonaanbod:** De woonvoorzieningen bieden een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden tot zo zelfstandig mogelijk wonen.
- **Scheiding wonen en behandelen:** De behandeling wordt gescheiden van de woonvoorziening gegeven. Als de bewoner behandeling nodig heeft wordt deze geboden door een andere instelling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, zoals een Riagg.
- **Woonrecht:** De instelling streeft ernaar om mensen woonrecht te bieden.
- **Mogelijkheid tot privacy:** De woonvormen garanderen de privacy van bewoners. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om je terug te kunnen trekken met je eigen partner.

- **Veiligheid gewaarborgd:** De instellingen garanderen de veiligheid van bewoners. Met betrekking tot de veiligheid op de woonvorm:
 - respecteren de hulpverleners en de bewoners de algemene omgangsvormen en de fatsoensnormen;
 - zijn ze samen verantwoordelijk voor de sfeer/sociale veiligheid;
 - ontwikkelen ze met elkaar beleid op het gebied van de sociale veiligheid;
 - zijn ze actief betrokken bij het waarborgen en bewaken van de sfeer en de sociale veiligheid (geen geweld en agressie). Leiding en hulpverleners vervullen hierbij een voortrekkersrol. De bewonersraad toetst en onderneemt zo nodig stappen.

Fase 3 AFSLUITING EN UITKOMSTEN VAN DE BEGELEIDING

1. Eindevaluatie begeleiding

- **Inbreng bewoner bij eindevaluatie:** Bij de eindevaluatie van de begeleiding staat de mening, opmerkingen en wensen van de bewoner centraal.
- **Instemming bewoner:** De hulpverlener maakt een helder en voor de bewoner begrijpelijk verslag van de eindevaluatie. De bewoner stemt hiermee schriftelijk in.

2. Uitkomsten van de begeleiding

- **Vermindering van klachten:** De bewoner is van mening dat de begeleiding heeft bijgedragen aan het verminderen van de klachten waardoor de bewoner in staat is om zelfstandig te wonen.
- **Zelfredzaamheid is vergroot:** De kracht en het vermogen van de bewoner om zelfstandig te functioneren zijn toegenomen.
- **Weerbaarheid en mondigheid toegenomen:** De bewoner is mondiger en weerbaarder geworden, kan voor zichzelf opkomen en neemt eigen beslissingen.

- **Zelfstandigheid is toegenomen:** De bewoner is in staat zich zelfstandiger te handhaven op gebieden als wonen, werken, dagbesteding, financiën, relaties, en dergelijke.

3. Afsluiting begeleiding

- **Instemming van bewoner:** De bewoner stemt schriftelijk in met de afsluiting van de begeleiding.
- **Toestemming voor informatieoverdracht:** De bewoner geeft schriftelijk toestemming voor een eventuele verwijzing en de overdracht van gegevens.
- **Nazorg is geregeld:** De begeleiding wordt pas afgesloten als de nazorg is geregeld.

Fase 4 NAZORG

1. Aanbod

- **Flexibel en gevarieerd aanbod voor nazorg:** De beschermde woonvorm is verantwoordelijk voor het realiseren van deze nazorg. Indien nazorg niet door andere instellingen geboden wordt, moet de instelling zelf de nazorg bieden.
- **Informatie over de mogelijkheden voor nazorg:** De begeleider informeert bewoner over de keuzemogelijkheden aan nazorg.
- **Instemming bewoner welke nazorg:** De bewoner bepaalt welke nazorg hij/zij nodig heeft.
- **Informatie lotgenotencontact:** De woonvorm geeft tevens informatie over zelfhulpgroepen of lotgenotencontacten.

Deel I

De kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

voor de

Dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten

6 Kwaliteitscriteria voor dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten

De onderstaande kwaliteitscriteria vertrekken vanuit de belangrijkste functie van de dagbesteding in dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten, namelijk het realiseren van een zinvol bestaan. Dagbesteding omvat een grote variatie aan activiteiten. Deze activiteiten hebben betrekking op werk en vrije tijd, studie en ontplooiing, recreatie, sociale contacten, rust en een thuis hebben.

Bij de indeling van de kwaliteitscriteria is er voor gekozen om de kwaliteitscriteria te laten aansluiten bij de verschillende fasen in de praktijk van de dagbesteding. Het zijn de volgende drie fasen:

1. De toegang tot de voorziening.
2. De uitvoering van de activiteiten.
3. Afsluiting van de activiteiten.

In het onderstaande schema staat een overzicht van de onderwerpen van deze drie fasen van kwaliteitscriteria. Op de volgende bladzijden worden deze onderwerpen uitgewerkt.

De deelnemer als individu		
<ul style="list-style-type: none"> • Respectvolle bejegening • Eigen verantwoordelijkheid deelnemer • Medezeggenschap 		
1. Toegang tot de activiteiten <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informatie ➤ Toegankelijkheid ➤ Introductie 	2. Uitvoering van de activiteiten <ul style="list-style-type: none"> ➤ Begeleidingsplan ➤ Het aanbod van de activiteiten ➤ Professionaliteit personeel ➤ Ervaringsdeskundigheid ➤ Beleid van het centrum ➤ Omgangsvormen in het centrum 	3. Afsluiting van de activiteiten <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eindevaluatie ➤ De afsluiting

De deelnemer als individu

1. Respectvolle bejegening

- **Respect voor de deelnemer als persoon:** De deelnemer wordt behandeld als een uniek persoon met een eigen leven, niet als iemand met een stoornis.
- **De deelnemer als mondig individu:** De deelnemer wordt als een mondig en serieus te nemen persoon gezien.
- **Vriendelijke en correcte houding:** De deelnemer wordt vriendelijk en correct bejegend en te woord gestaan.
- **Gelijkwaardigheid:** De begeleiders benaderen de deelnemer op voet van gelijkwaardigheid. Er is geen betutteling.

2. Eigen verantwoordelijkheid deelnemer

- **Zelfbeschikkingsrecht:** Uitgaande van de menselijke waardigheid dienen de persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de deelnemer gewaarborgd te worden.
- **Stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid:** De eigen verantwoordelijkheid van de deelnemer staat centraal, hetgeen inhoudt dat er een appèl op wordt gedaan.
- **Ervaringsdeskundig:** De ervaringsdeskundigheid van de deelnemer wordt benut tijdens de behandeling en begeleiding¹⁹.

3. Medezeggenschap²⁰

- **Inspraak op afdelings- en instellingsniveau:** De deelnemers beschikken op afdelings-, instellingsniveau en binnen projecten individueel en als groep over meerdere mogelijkheden tot medezeggenschap. Individuele deelnemers worden in staat gesteld aan de deelnemersraad deel te nemen en om zowel binnen als buiten de instelling (plaatselijk, regionaal en landelijk) aan belangenbehartiging te doen.
- **Taken en bevoegdheden van de deelnemersraad zijn vastgelegd:** De taken en bevoegdheden van de deelnemersraad zijn bedoeld als medebepaler van het beleid en als behartiger van de belangen van deelnemers.
- **Ondersteuning van de deelnemersraad:** Om de belangenbehartiging door deelnemersraden mogelijk te maken is financiële en materiele ondersteuning nodig.

¹⁹ Onder begeleiding wordt ook begeleiding binnen arbeidsprojecten verstaan.

²⁰ De bevoegdheden van de deelnemersraad zijn vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen.

1. Informatie

- **Volledige informatie:** De instelling zorgt ervoor dat de deelnemer alle informatie krijgt die van belang is voor hun situatie.²¹
- **Specifieke informatie:** De deelnemer ontvangt de huis- en instellingsregels of wordt er op attent gemaakt.
- **Beschikbaar:** De genoemde informatie is op schrift gemakkelijk voor de deelnemer beschikbaar en er is sprake van regelmatige herhaling, indien nodig.
- **Afgestemd op de deelnemer:** De informatie is samen met de deelnemersraad ontwikkeld en is afgestemd op de deelnemer die de informatie nodig heeft.
- **Begrijpelijk:** De instelling verschaft informatie die toegankelijk is voor mensen die een andere taal dan Nederlands spreken of minder gewend zijn informatie te lezen. De informatie is (zo nodig) toegankelijk voor mensen met een auditieve of visuele handicap.

2. Toegankelijkheid

- **Bereikbaar:** De locaties van de instelling bevinden zich op een centrale locatie en zijn goed bereikbaar met het openbaar vervoer.
- **Toegankelijk voor gehandicapten:** De instelling is goed bereikbaar en toegankelijk voor gehandicapten.
- **Geen wachtlijsten en wachttijden:** De instelling heeft de inspanningsverplichting om de aangemelde deelnemers binnen zo kort mogelijke periode te woord staan.
- **Openingstijden zijn flexibel:** De openingstijden van een dagactiviteitencentrum zijn flexibel en worden afgestemd op de behoeften van de deelnemers in overleg met de deelnemersraad. Bij ziekte van de begeleiders wordt er actief gezocht naar vervanging of worden de vrijwilligers ingeschakeld om het centrum open te houden. Na de

²¹ De informatie betreft in ieder geval de volgende onderwerpen: organisatie van de instelling, procedures; activiteitsaanbod; rechtspositie; klachtenbehandeling; financiële zaken, verzekering, deelnemersparticipatie, medezeggenschap; visie/missie van de instelling.

openingstijden is er een antwoordapparaat dat informatie geeft over de actuele openingstijden.

3. Introductie

- **Procedure voor kennismaking:** Het centrum heeft een kennismakingsprocedure voor de introductie van nieuwe deelnemers.
- De begeleiders van de dagactiviteitencentra en arbeidsprojecten vragen niet naar de diagnose of psychiatrische problematiek van de deelnemers.
- **Afspraken over informatie-uitwisseling:** Wanneer de deelnemer dat wenst, kunnen familieleden of andere naasten geïnformeerd worden over de situatie van de deelnemer en eventueel bij de behandeling betrokken worden of optreden als zaakwaarnemer of vertegenwoordiger.

Fase 2 FASE VAN UITVOERING VAN ACTIVITEITEN

1. Begeleidingsplan

- **Informatie over de begeleiding:** De hulpverlener informeert de deelnemer over de mogelijkheden aan begeleiding en activiteiten.
- **Keuze voor (sekse) en verandering van begeleider:** De deelnemer moet de voorkeur voor een begeleider kunnen uiten. Deelnemers moeten kunnen kiezen voor een man of vrouw als begeleider en indien mogelijk kan de deelnemer van begeleider veranderen.
- **Inspraak begeleidingsplan:** De deelnemer krijgt de ruimte om wensen en doelen over de begeleiding kenbaar te maken en heeft inspraak op zijn/haar begeleidingsplan.
- **Zelfbeschikking begeleidingsplan:** De deelnemer stelt, indien hij/zij dat wenst, zelf zijn/haar begeleidingsplan op.
- **Instemming deelnemer:** De deelnemer dient schriftelijk in te stemmen met het behandelplan.

2. Het aanbod van activiteiten

- **Gevarieerd en flexibel aanbod aan activiteiten:** Het centrum biedt een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden van dagbesteding.
- **Aanbod afgestemd op behoefte deelnemers:** Het aanbod volgt de vragen en de behoeften van de deelnemers. De begeleiders stimuleren de deelnemers tot deelname aan de geboden activiteiten binnen de dagbesteding.
- **Bijstelling aanbod op basis van evaluatie:** De begeleiders evalueren regelmatig met de deelnemers of het aanbod aan activiteiten, cursussen en arbeidsprojecten overeenstemt met de behoeften van de deelnemers.

3. Professionaliteit personeel

- **Deskundigheid personeel:** Het centrum zorgt voor deskundige en invoelende begeleiders. Het centrum zorgt ervoor dat het personeel seksespecifieke en transculturele deskundigheid bezit.
- **Deskundigheidsbevordering medewerkers:** Het centrum zorgt voor training en deskundigheidsbevordering aan het personeel, waarbij gebruik gemaakt wordt van de bestaande trainingsprogramma's vanuit cliëntenperspectief.
- **Waarborging continuïteit van personeel:** De continuïteit van de dagbesteding is gewaarborgd, het centrum zorgt ervoor dat er niet onnodig veel invalkrachten zijn. Indien er sprake is van wisseling van begeleiders wordt de deelnemer hierover vooraf ingelicht en garandeert het centrum de deskundigheid van de invaller.
- **Alle deelnemers worden gelijk behandeld:** Het personeel maakt geen verschil tussen mensen die hun begeleiding via een persoonsgebonden budget (PGB) zelf kopen en mensen die vanuit het centrum hun zorg of begeleiding krijgen.

4. Ruimte voor ervaringsdeskundigheid

- **Benutten van ervaringsdeskundigheid:** De ervaringsdeskundigheid van de deelnemer wordt benut tijdens de dagbesteding.

- **Vergroten van de weerbaarheid en mondigheid:** De hulp is erop gericht om de zelfredzaamheid van de deelnemer te stimuleren. De deelnemer wordt in staat gesteld voor zichzelf op te komen en eigen beslissingen te nemen op de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, financiën dagbesteding, relaties, en dergelijke.
- **Stimuleren tot deelname activiteiten:** De begeleiders stimuleren de deelnemers om als vrijwilliger een bijdrage te leveren aan de organisatie, bijvoorbeeld aan het activiteitenaanbod.
- **Stimuleren tot maatschappelijke activiteiten:** De begeleiders stimuleren de deelnemers (individueel of in groepsverband) om deel te nemen aan andere maatschappelijke activiteiten, cursussen en arbeidsprojecten. Tevens worden maatschappelijke organisaties uitgenodigd zich in het dagactiviteitencentrum te presenteren.

5. Het beleid van dagactiviteitencentrum of arbeidsproject

- **Klachtenprocedure:** Het centrum heeft een duidelijke klachtenprocedure die in overleg met de deelnemers(raad) is vastgesteld.
- **Schorsingsprocedure:** Het centrum heeft een schorsingsprocedure die in overleg met de deelnemers(raad) is vastgesteld.
- **Veiligheid is gegarandeerd:** Om de veiligheid van de deelnemers te garanderen is er een goede WA-verzekering afgesloten die ook van toepassing is voor activiteiten buiten het gebouw (arbeidsprojecten, uitstapjes e.d.).
- **Arbeidsomstandigheden conform de wetgeving:** De regels binnen de dagactiviteitencentra en de arbeidsprojecten moeten conform de Arbo-wetgeving worden gehanteerd.
- **Vrijwilligersbeleid:** Er is een goed vrijwilligersbeleid met voldoende begeleiding van de vrijwilligers. Tevens wordt door dit beleid de inzet van deelnemers gewaardeerd en gestimuleerd, ook financieel.

- 6. Omgangsvormen binnen het dagactiviteitencentrum**
- **Sociale veiligheid:**
 - De begeleiders en de deelnemers respecteren de algemene omgangsvormen en de fatsoensnormen;
 - Ze zijn samen verantwoordelijk voor de sfeer/sociale veiligheid;
 - Ze ontwikkelen met elkaar beleid op het gebied van de sociale veiligheid;
 - Ze zijn actief betrokken bij het waarborgen en bewaken van de sfeer en de sociale veiligheid (geen geweld en agressie). Leiding en begeleiders vervullen hierbij een voortrekkersrol. De deelnemersraad toetst en onderneemt zo nodig stappen.
 - **Aparte rookruimte:** Binnen het dagactiviteitencentrum en binnen de arbeidsprojecten dient een aparte rookruimte te zijn.
 - **Mogelijkheid tot afzondering:** Afhankelijk van de behoefte onder de deelnemers dient er een mogelijkheid te zijn om je terug te trekken (stilteruimte).
 - **Evaluatie van de sfeer in het centrum:** Naast het activiteitenaanbod is ook de sfeer binnen het centrum en de voorzieningen onderwerp van regelmatige evaluatie.

Fase 3 AFSLUITING VAN DE ACTIVITEITEN

1. Eindevaluatie begeleiding

- **Inbreng deelnemer bij evaluatie:** De eindevaluatie van de deelname aan de dagbesteding wordt mede getoetst aan de hand van de mening, opmerkingen en wensen van de deelnemer.
- **Instemming deelnemer:** De deelnemer stemt schriftelijk in met het eindverslag.

2. De afsluiting

- **Toegankelijk voor ex-deelnemers:** Het dagbestedingencentrum blijft toegankelijk voor ex-deelnemers.
- **Actieve houding bij deelnemers die wegblijven:** Bij plotseling wegblijven van een deelnemer wordt door de begeleiders geïnformeerd naar de reden (exit-interview).

Deel I

Aanzet voor de kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief

voor

migrante cliënten

Aanzet voor het cliëntenperspectief van migrante cliënten

*Factoren die van invloed zijn op de toegankelijkheid van
de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor migranten en
op de deelname van migranten aan cliëntenraden*

Dr. Nasrin Tabibian
Drs. Trudi Nederland

Inhoud

7.1. Inleiding

7.2. Rondgang langs GGZ-instellingen

7.3. Resultaten van de literatuurstudie

7.3.1 Factoren die de toegankelijkheid van (geestelijke) gezondheidszorg voor migranten beïnvloeden

7.3.2 Factoren die de deelname van migranten aan cliëntenraden beïnvloeden

7.4. Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria

7 Aanzet voor het cliëntenperspectief van migrante cliënten

7.1 Inleiding

Vraagsturing is tegenwoordig een belangrijk uitgangspunt in de gezondheidszorg om zorg op maat te leveren. Voor alle doelgroepen, waaronder migranten, zal dit uitgangspunt echter slechts een illusie blijven als deze groepen onvoldoende betrokken zijn bij het formuleren van het beleid en bij de inrichting van de gezondheidszorg. De afgelopen jaren is er veel aandacht voor de geconstateerde verschillen tussen etnische groepen wat betreft hun gezondheid. Ook zijn er verschillen gevonden in het gebruik van de gezondheidszorg (RIMV, 1997 en 2002). Bekend is ook dat de geestelijke gezondheidszorg moeite heeft met een multiculturele aanpak. Nog onbekend is echter wat de oorzaken hiervan zijn en welke oplossingen effectief zijn. Er is een begin gemaakt met structurele kwaliteitsverbetering. Zo zijn in de GGZ-regio Breda kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor de multiculturele preventie en zorg. Deze indicatoren betreffen toegankelijkheid, personeelsbeleid, inhoud van de zorgverlening, registratie, informatieoverdracht, kennisbevordering en aanspreekpunten (Van der Veen e.a., 2003).

Onze invalshoek was het woord te geven aan de migranten zelf. Wat vinden zij belangrijk als het gaat om de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg, of over de behandeling en zorgverlening, en over de nazorg? In een telefonische ronde door

het land langs cliëntenraden en hulpverleners van GGZ-instellingen hebben we gepoogd hierover in contact te komen met migrante cliënten. In bijlage 1 staat een overzicht van deze organisaties. Het leggen van contacten met migrante cliënten is maar voor een heel klein deel gelukt. Migranten blijken namelijk niet vertegenwoordigd te zijn in cliëntenraden. De huidige leden van cliëntenraden in de GGZ bleken overtuigd van de noodzaak migrante cliënten te betrekken bij het werk van de raden, maar hun pogingen hiertoe moesten nog beginnen. We hebben vervolgens contact gelegd met migrante hulpverleners in de GGZ-instellingen om via hen contact te krijgen met migrante cliënten. Ook dat bleek een moeizame en te tijdrovende gang. In de onderstaande tekst staat beschreven wat we door deze belronde, door de gesprekken die we gevoerd hebben met hulpverleners en migrante cliënten, en door een literatuurstudie te weten zijn gekomen over de criteria die migrante cliënten stellen aan goede zorgverlening. We kunnen hiermee echter niet het cliëntenperspectief van migrante cliënten presenteren. Daarnaast zal in de nabije toekomst meer onderzoek moeten worden gedaan.

7.2 Rondgang langs GGZ-instellingen

Het doel van de rondgang langs cliëntenraden was om, vergelijkbaar met de kwaliteitscriteria voor diverse groepen van GGZ-clieënten, te komen tot een overzicht van criteria die voor cliënten uit migrantengroepen specifiek van belang zijn. Het is echter bij een deels geslaagde poging gebleven, aangezien de rondgang door het land langs cliëntenraden liet zien dat er geen of bij uitzondering één migrant lid was van een cliëntenraad. Tevens bleek er een grote weerstand te bestaan bij de raden om uitspraken te doen over het voor hen onbekende terrein van de invloed van culturele verschillen in het perspectief op de kwaliteit van zorgverlening en behandeling.

De telefonische rondgang langs de cliëntenraden en meerdere gesprekken met diverse medewerkers bij twaalf organisaties in het land geeft echter wel enig zicht wat betreft de stand van zaken rond de medezeggenschap van migrante cliënten. Het levert een somber beeld op. In bijlage 1 hebben we de aandacht voor de medezeggenschap van migrante cliënten in een schema weergegeven. We noemen het een somber beeld. Veel organisaties melden dat ze interesse hebben voor de positie van migranten

in de GGZ, maar in de praktijk wordt er weinig ondernomen om beter zicht te krijgen op hun behoeften en om hen te betrekken bij het werk van de cliëntenraden.

Wat betreft de verbeteringen voor de toekomst wordt intercultureliseren gezien als een eerste stap in die richting.²² Uit dit onderzoek naar het cliëntenperspectief, maar ook uit andere onderzoeken²³, blijkt dat er onvoldoende draagvlak bestaat onder het management van sommige gezondheidsinstellingen en bij belangenorganisaties voor intercultureliseren. De meest genoemde redenen hiervoor zijn: gering aantal migrante cliënten, gebrek aan tijd en financiën en moeilijkheden in het vinden, motiveren en werven van migranten voor deelname aan cliëntenraden. Als gevolg hiervan is het zicht van GGZ-instellingen beperkt op het perspectief van migranten in de geestelijke gezondheidszorg en hun specifieke wensen en behoeften.

De contacten met de cliëntenraden en medewerkers van deze twaalf GGZ-instellingen leiden dus helaas niet, zoals we hadden gehoopt, tot contacten met groepen migrante GGZ-cliënten. Zaken als gebrek aan tijd, zorgen over privacy van de cliënten, interne oorzaken als reorganisatie, en de vermoedelijke onbereikbaarheid van migrante GGZ-cliënten worden door de benaderde raden en instellingen als redenen hiervoor aangevoerd.

7.3 Resultaten van de literatuurstudie

Rechtstreekse gesprekken met GGZ-cliënten uit migrantengroepen werd slechts in één geval mogelijk. Wij hebben een groepsge-sprek gehad met een groep Turkse GGZ-cliënten in Oss. De resultaten van dit gesprek zijn in paragraaf 7.3.1 verwerkt. Het perspectief van migrante cliënten op een goede kwaliteit van zorgverlening is echter noodzakelijk voor een verdere differenti-

²² Interculturalisatie wordt in het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschreven als “beleid gericht op het cultuurgevoelig maken van voorzieningen in de gezondheidszorg met het doel migranten en autochtone (potentiële) zorgvragers gelijkwaardige kwaliteit van en gelijke toegang tot de zorg te verschaffen’ (RVZ, 2000).

²³ Zie bijvoorbeeld Gorter, K. en N. Tabibian, Allochtonen in de Nierpatiëntenvereniging; interim-rapportage over de eerste onderzoeksfase en opzet van de vervolgfases; Verwey-Jonker Instituut, februari 2004.

atie in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Om toch een aantal factoren te achterhalen die voor migranten de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg en hun participatie in de cliëntenraden beïnvloeden, hebben wij een kort literatuuronderzoek gedaan. In de literatuur is er veel aandacht voor de factoren die, vooral volgens de *hulpverleners*, de toegang van migranten tot de gezondheidszorg en hun participatie in de patiënten- en consumentenorganisaties bemoeilijken. Minder vaak onderzocht, is wat migranten zelf hiervan vinden. Dit wekt weinig verbazing gezien de moeilijkheden die wij tegen zijn gekomen bij onze zoektocht naar migrante GGZ-cliënten die aan het onderzoek deel zouden kunnen nemen, of het vinden van migrante leden van cliëntenraden.

De genoemde belemmeringen behelzen zowel het terrein van chronisch zieken en gehandicapten als ook de GGZ. Het vermoeden bestaat dat toegankelijkheid van de GGZ daarnaast afhankelijk is van additionele factoren. Dit onder andere omdat psychische problemen in het algemeen ongrijpbaarder en sociaal minder aanvaardbaar blijken te zijn dan lichamelijke beperkingen of klachten. Wij gaan hieronder verder op in.

In de volgende paragraaf presenteren we de resultaten van de korte literatuurstudie naar de factoren die de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het algemeen en GGZ in het bijzonder belemmeren. De volgende paragraaf is gewijd aan de redenen voor de beperkte participatie van migranten aan cliëntenraden.

7.3.1 Factoren die de toegankelijkheid van (geestelijke) gezondheidszorg voor migranten beïnvloeden

Uit de literatuur blijkt als eerste dat de geestelijke gezondheidszorg migranten moeilijk kan bereiken. De geluiden over de positie van migranten in de GGZ in het algemeen en die in psychiatrie in het bijzonder zijn daarom ook somber. *“Als het gaat om de psychiatrie, dan blijkt dat migranten vaker gedwongen opgenomen worden. Ze zijn korter in behandeling en krijgen minder vaak psychotherapie. Vaker wordt de diagnose schizofrenie gesteld. Het lijkt erop alsof migranten in de GGZ 'dubbel gehandicapt' zijn. Ze zijn psychiatrisch patiënt én allochtoon. De GGZ kan moeilijk met hen uit de voeten. Ze passen niet in het voorgebakken vormpje. Hulpverleners voelen zich vaak onbeholpen en machteloos en schuiven vervolgens dat probleem af op de cliënt. Dat maakt hen nog kwetsbaarder. Ze bezoeken vele hulpverleningsinstellingen op zoek naar genezing, maar zien hun problemen verergeren en zich opstapelen”* (Ypsilon Nieuws, april 2000). Ypsilon karakteriseert de geestelijke gezondheidszorg voor

migranten als ‘weinig gevoelig’ en ‘weinig gastvrij’. In het groepsgesprek met de Turkse vrouwengroep van de GGZ-instelling Oost-Brabant te Oss, wordt dit beeld mede bevestigd. Deze migrantenvrouwen stellen bepaalde eisen aan de toegankelijkheid en aantrekkelijkheid van de hulpverlening en de daarbij behorende faciliteiten. De huisarts is voor hen de toegangspoort tot GGZ. Een goede *vertrouwensrelatie* met de huisarts is dan ook noodzakelijk willen de vrouwen hun psychische problemen aan hem of haar kunnen toevertrouwen. De instelling waar de hulpverlening plaatsvindt, dient, volgens deze zorggebruikers, een centrale ligging te hebben en goed *toegankelijk* te zijn met het openbaar vervoer. Ook vinden zij belangrijk dat het gebouw overzichtelijk en aantrekkelijk is. In de hulpverleningswereld is de discussie over de juiste hulpverlener voor een vrouwengroep lang aan de gang. De geïnterviewde vrouwengroep blijkt verdeeld over de vraag of de hulpverlener een man of een vrouw moet zijn. Belangrijk is wel dat zij een eigen inbreng in het hulpverleningsproces kunnen hebben en daarbij voldoende ondersteuning krijgen van de professionals. Het uitwisselen van informatie en ervaring met elkaar en het herkennen en erkennen van elkaars problemen wordt door hen zeer gewaardeerd.

Opmerkelijk is dat de uitspraken van deze cliënten vooral betrekking hebben op het proces van de hulpverlening en op de manier waarop ze bejegend willen worden. Deze invalshoek komt niet alleen bij deze groep vrouwen voor. De eerste bevindingen uit een Europees project voor geïntegreerde zorg voor ouderen (Procare) bevestigen dit beeld. Uit de nog niet gepubliceerde resultaten van het Procare-project blijkt dat de zorggebruikers in diverse Europese landen hun oordeel over de kwaliteit van de zorg vooral baseren op de resultaten daarvan. Met andere woorden, ze vinden de zorg goed als ze de zorg krijgen die ze nodig hebben, in de juiste mate en op het juiste tijdstip. Ook beoordelen zij de kwaliteit van de zorg op basis van het proces dat ze doorlopen: niet zozeer hoe de zorgverleners met elkaar omgaan en hun werk op elkaar afstemmen, maar bijvoorbeeld hoe zij met hun cliënten omgaan. Het goede resultaat van het zorgproces en de zorgstructuur wordt door de ouderen in het Procare-project als het belangrijkste criterium gezien voor hun oordeel over de kwaliteit van de zorg.

In de literatuur ziet dit beeld er anders uit. In de literatuur wordt een scala aan factoren voorgedragen die, volgens de professionals

(zorgverleners, beleidsmedewerkers en onderzoekers) belemmerend zou kunnen werken voor de toegang van migranten tot geestelijke gezondheidszorg. Uit de geraadpleegde literatuur komt naar voren dat migranten andere denkbeelden hebben over ziekten, handicap of psychische problemen dan Nederlanders. Deze verschillen zouden mede bepalend kunnen zijn voor de mate waarin (geestelijke) gezondheidszorg toegankelijk is voor migranten. Communicatie lijkt hierbij het sleutelwoord. De hieronder genoemde factoren spelen een belangrijke rol in het verloop van de communicatie tussen de hulpverlener en migrante zorggebruiker. Deze factoren hebben soms te maken met de migranten zelf, maar soms ook met het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. De belangrijkste factoren zijn: taalproblemen, de individuele benadering, de mate van de cultuurgevoeligheid van het zorgsysteem, geïnformeerde vraagsturing, kennis over de gezondheidszorg, wantrouwen, denkbeelden over ziekte en gezondheid, schaamte voor ziekte of handicap, somatiseren, uitgangspunten gezondheidszorg, verwachtingen, bovennatuurlijke verklaringen.

Taalproblemen

Goede communicatie tussen de zorggebruiker en de hulpverlener is een vereiste voor een goed toegankelijke gezondheidszorg. Bij vooral de eerste generatie migranten is de beheersing van de Nederlandse taal vaak onvoldoende om deze communicatie goed op gang te kunnen brengen en houden. Om dit probleem aan te pakken, gebruiken de hulpverleners wel eens professionele tolken. Ook nemen migranten soms familieleden of kennissen mee die voor hen kunnen tolken. In beide gevallen, lijkt het inschakelen van een tolk of familielid een goede oplossing. Er zijn echter ook nadelen aan gebonden, bijvoorbeeld mogelijke verstoringen in de therapeutische relatie tussen cliënt en hulpverlener.

Individuele benadering

De gangbare individuele benadering in de GGZ is echter een volgende belemmerende factor. Hulpverleners, ook bij GGZ, kiezen vaak voor een individuele benadering ten opzichte van de zorgvrager. Deze benadering blijkt niet adequaat te zijn voor veel migranten, vooral voor de mensen van de eerste generatie migranten (GGZ Nederland, 2002). Bij hulpverlening aan deze groep dient rekening te worden gehouden met het hechte familiesysteem onder migranten en de relaties daarbinnen.

Mate van cultuurgevoeligheid van het zorgsysteem

Interculturalisatie wordt, in de literatuur en door de mensen uit de praktijk, gezien als dé manier om gezondheidsinstellingen toegankelijk te maken voor migranten. Het doel van interculturalisatie is het cultuurgevoelig maken van zorgorganisatie zodat ze beter toegankelijk worden voor migranten. Dit concept krijgt in de praktijk op diverse manieren invulling. Soms volstaat men met het vertalen van voorlichtingsmateriaal voor het gebruik door migranten. Vaak wordt bij hulpverlening gebruik gemaakt van tolken om taalbarrières te slechten. Het aannemen van migranten in de zorgorganisaties is een manier om structureel rekening te kunnen houden met het perspectief en behoeften van migrante zorggebruikers. Hoewel veel hulpverleners in de praktijk voorstanders zijn van deze werkwijze, is het draagvlak daarvoor beperkt onder het management van veel zorgorganisaties. De resultaten van onze rondgang langs GGZ-instellingen in het kader van dit onderzoek, maar ook van de literatuurstudie en afgenomen interviews voor de Nierpatiëntenvereniging wijzen hier duidelijk op.

Geïnformeerde vraagsturing

In de westerse landen is er veel informatie over ziekten, gezondheid en gezondheidszorg te vinden in de media en via internet. De toegang tot deze informatie stelt de bevolking in staat hun medische problemen op een wijze te presenteren die goed past in de medische traditie. Van Daal en Gorter (1995) noemen dit proces van de overname van een beroepsmatige aanpak 'proto-professionalisering'. Veel migranten hebben deze mogelijkheid niet (gehad). De manier waarop zij hun ziekten presenteren is dan ook heel anders dan Nederlanders. Dit kan leiden tot onduidelijkheden in de communicatie en verwarring bij medici, behandelaars en zorgverleners.

Kennis over de gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg heeft een complexe structuur. Zelfs veel Nederlanders hebben moeite de structuur te doorgronden, terwijl ze al hun hele leven direct of indirect met die zorg te maken hebben. Migrantengroepen, zo blijkt uit de literatuur en de praktijk, hebben een informatieachterstand over het gezondheidszorgsysteem die van invloed is op de mate waarin de gezondheidszorg voor hen toegankelijk is (Struijs en Saharso, 2001).

Wantrouwen

Onbekend maakt onbemind. Onvoldoende kennis over bepaalde aspecten van de Nederlandse gezondheidszorg, vooral van GGZ, leidt bij sommige migranten tot een wantrouwen jegens organisaties en hulpverleners (GGZ, 2002).

Denkbeelden over ziekte of gezondheid

Veel migranten en vooral Turken en Marokkanen hebben de neiging om meer zwart-wit te denken over ziek of gezond zijn dan Nederlanders over het algemeen doen (Gorter en Tabibian, 2004). Je bent ofwel ziek ofwel gezond. Deze houding heeft invloed op de manier waarop sommige migranten hun gezondheid of ziekte benaderen en op de manier waarop zij hulp in de GGZ zoeken. Bij lichte aandoeningen hebben ze bijvoorbeeld de neiging om de verschijnselen te onderbelichten. Als de ziekte echter een bepaald niveau overschrijdt, hebben zij juist de neiging om hun symptomen zeer sterk te benadrukken (Ipso Facto, 1991; Van Daal en Gorter, 1995). Als migranten hun psychische klachten op deze wijze uiten kunnen problemen ontstaan. Aan de ene kant bestaat de kans dat de hulpverlener de ernst van psychische problemen onvoldoende onderkent omdat deze onderbelicht blijven. Aan de andere kant kan de hulpverlener juist concluderen dat de hevige uiting van de emoties een teken is van 'overdrijven'. Het risico bestaat dat het probleem, mede hierdoor, onvoldoende aangepakt zal worden (GGZ, 2002).

Schaamte voor ziekte of handicap

Ziekte en vooral psychische problemen gaan bij sommige migranten gepaard met gevoelens van schaamte. Deze gevoelens ontstaan mede omdat men, vanwege de ziekte, afhankelijk wordt van de omgeving (Van Daal en Gorter, 1995). Deze schaamte kan ertoe leiden dat migranten ziekte, handicap verzwijgen om verlies van status in hun gemeenschap te voorkomen (Struijs, 2001). Dit heeft vooral gevolgen voor de toegankelijkheid van de GGZ, omdat psychische problemen door migranten als sociaal onaanvaard worden beschouwd (Van Daal en Gorter, 1995).

Somatiseren

Wellicht mede in verband met de gevoelens van schaamte voor ziekten, hebben migranten ook de neiging om te 'somatiseren'. Dit betekent dat zij hun ziekte als een lichamelijke aandoening beschouwen en zoeken naar vormen van genezing voor hun lichamelijke verschijnselen. Dit verschijnsel heeft mede te maken

met de eerder genoemde stelling dat lichamelijke problemen cultureel meer aanvaardbaar zijn dan psychische klachten.

Uitgangspunten gezondheidszorg

Bij de Nederlandse gezondheidszorg zijn de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid twee belangrijke uitgangspunten. Zelfzorg en formele zorg staan hoog in het vaandel van de hulpverleners. Voor veel migranten komt echter informele zorg door familie op de eerste plaats (GGZ, 2002). Vooral de eerste generatie migranten verwacht in eigen familieverband verzorgd te worden bij ziekte en ouderdom.

Verwachtingen

Migranten hebben hoge verwachtingen van de Nederlandse gezondheidszorg. Gezien de ontwikkelingen op dit terrein en de deskundigheid van de hulpverleners, verwachten zij te genezen van al hun ziekten en kwalen. De realiteit ziet er dikwijls anders uit. Het uitblijven van (algehele) genezing, bijvoorbeeld vanwege de aard van de klacht, leidt dan tot teleurstellingen (Gorter en Tabibian, 2004).

Bovennatuurlijke verklaringen

Als de algehele genezing uitblijft of het proces te lang duurt, zoeken sommige migranten de oorzaak van hun problemen bij bovennatuurlijke verschijnselen (Van Daal en Gorter, 1995). Om van hun problemen af te komen, wenden zij zich bijvoorbeeld tot traditionele genezers. Deze manier van verklaring van de oorzaken van de ziekte kan leiden tot misverstanden en miscommunicatie tussen migranten en Nederlandse hulpverleners (Gorter en Tabibian, 2004).

7.3.2 Deelname van migranten aan patiënten- en consumentenorganisaties

Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat de participatie van migranten en vluchtelingen in de patiënten- en consumentenbeweging in Nederland zeer beperkt is (Van Daal en Gorter, 1995; Ipso Facto, 2000, Gorter en Tabibian, 2004). Ook de participatie in cliëntenraden is gering, hetgeen bijvoorbeeld bleek uit onze telefonische ronde langs cliëntenraden (zie bijlage 2 voor een overzicht van de medezeggenschap van migranten bij de organisaties van onze belronde). Dezelfde geringe participatie speelt in patiëntenraden van instellingen en bij de participatie van

migrante ouders in het doveninstituut waar hun kind verblijft (RVZ, 2002; Nortier et al., 1996).

Er worden diverse redenen aangedragen voor deze geringe participatie. De genoemde factoren tonen een gedeeltelijke overlap met de factoren die toegang van migranten tot (geestelijke) gezondheidszorg beïnvloeden. Dit fenomeen blijkt deels te maken hebben met het feit dat migranten onvoldoende op de hoogte zijn van de structuur van het Nederlandse zorgsysteem in het algemeen en de werking van de patiënten- en consumentenorganisaties in het bijzonder. Deze belangenorganisaties missen dus het perspectief van migranten en hun invloed op hun zorgbeleid. Uit de literatuur (zie bijvoorbeeld Gorter en Tabibian, 2004) blijkt ook dat de bestaande patiënten- en consumentenorganisaties onvoldoende initiatieven nemen om de participatie van migranten in hun organisatie te bevorderen. De resultaten van de rondgang bij de GGZ-instellingen in het huidige onderzoek bevestigt dit beeld (zie bijlage 1).

De belemmerende factoren voor participatie aan cliënten- en consumentenorganisaties doen zich voor zowel aan de kant van de migranten als aan de kant van de belangenorganisaties. De belangrijkste factoren bespreken we hier kort.

1. Factoren bij migranten

Niet gewend zijn aan deze vorm van participatie

De deelname aan belangenorganisaties is voor veel migranten onbekend. Ze zijn de Nederlandse vergadercultuur en de patiëntenlobby niet gewend. En vooral zijn ze niet of nauwelijks bekend met patiënten- en cliëntenorganisaties; ze weten niet wat ze moeten verwachten. Ook zijn de voordelen van participatie hen niet bekend. Bovendien zijn ze niet gewend om kritiek te leveren op gezondheidszorg. Veel migranten vinden dat gezondheidszorg een taak is van de professionals. In hun optiek heeft de 'gewone man' daar amper iets aan toe te voegen.

Andere prioriteiten

Veel migranten hebben het, vanwege hun lage sociaal-economische positie, zo druk met overleven dat ze geen tijd en aandacht hebben voor participatie in belangenorganisaties. Zaken als werk, inkomen, huisvesting en onderwijs van hun kinderen hebben bij hen prioriteit. Ze hebben verder weinig belangstelling voor vrijwilligerswerk.

Taalbarrière

De gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal is voor een deel van de migranten een belemmering voor hun participatie op dit terrein.

Voorkeur voor hulp binnen de familie

Hulpverlening wordt veelal verwacht van de naaste familie. Een belangenorganisatie is een vreemd concept en kan niet de plaats innemen van het eigen netwerk.

Man-vrouw houding

Bij sommige groepen zou de behoefte aan scheiding van de wereld van mannen en vrouwen kunnen bijdragen aan de lage participatie van migranten. Mannen en vrouwen vergaderen in Nederland immers samen en dat is voor sommige migranten niet acceptabel.

2. Factoren bij de patiënten- en consumentenorganisaties

In een onderzoeksrapport van Ipsos Facto (2000) worden de volgende belemmeringen toegeschreven aan de patiënten- en consumentenorganisaties.

Passieve houding

De voornaamste kritiek op de patiëntenorganisaties is dat zij zich te passief opstellen. Zij blijken nog onvoldoende oog en aandacht te hebben voor het migrantenperspectief in hun werk. Doordat zij zich profileren als behartigers van de belangen van autochtone Nederlanders bereiken zij ook geen migranten.

Participatie migranten geen prioriteit

De belangenorganisaties blijken als derde partij, naast zorgaanbieders en zorgverzekeraars, veel tijd te steken in het meedenken over het zorgbeleid in de gezondheidszorg. Te weinig tijd blijft er over om de participatie van migranten in hun organisaties te bevorderen.

Gebrek aan deskundigheid

Gesteld wordt verder dat het de patiëntenorganisaties aan deskundigheid ontbreekt om de participatie van migranten te bevorderen. Zo is er bijvoorbeeld onvoldoende kennis over de culturele en religieuze achtergrond van migranten. Een manier om hier verandering in aan te brengen is het aannemen van migranten voor beleidsfuncties.

In het rapport van een quickscan naar de stand van zaken van interculturalisatie binnen de lidorganisaties van NPCF (NIZW/NPCF, 2002) wordt dit beeld bevestigd. Uit het rapport blijkt dat

er relatief veel activiteiten worden ondernomen en projecten worden opgezet op het terrein van interculturalisatie van patiëntenorganisaties. De projectmatige en daardoor vaak *tijdelijke aard* van deze activiteiten blijkt echter schadelijk te zijn voor de continuïteit en structurele inbedding van de inspanningen. Slechts enkele patiëntenverenigingen, koepels en platforms besteden structureel aandacht aan het perspectief van migranten binnen hun organisatie. De inspanningen van deze organisaties blijken echter nog niet te hebben geleid tot *structurele participatie* van deze doelgroepen in de patiënten- en consumentenbeweging. In het rapport wordt verder geconstateerd dat er in het algemeen weinig zicht is op het migrantenperspectief op de toegang tot zorg, op de kwaliteit van de zorg en op het nut en effectiviteit van verstrekte informatie en voorlichting.

7.4 Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria

De inventarisatie van de factoren die van invloed zijn op de toegankelijkheid van de GGZ voor migranten en op hun participatie in patiënten- en consumentenorganisaties brengt ons tot de conclusie dat migrante zorggebruikers een ander beeld en andere verwachtingen hebben van de kwaliteit van de zorg dan professionals denken. Bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria voor GGZ-cliënten uit migrantengroepen is het perspectief van de cliënten zelf dus onontbeerlijk. Zonder een gedegen onderzoek naar de wijze waarop migranten naar de toegang, de behandeling en de nazorg van GGZ-instellingen kijken en naar het participeren in patiënten- en consumentenorganisaties, is het ontwikkelen van kwaliteitscriteria onmogelijk. Die extra aandacht voor de uitgangspunten van migranten zal via een directe benadering van migrante cliënten moeten gebeuren. We hebben in dit onderzoek gemerkt dat dit geen makkelijke weg is, we hebben nog maar de eerste stappen op dit pad gezet.

Bijlage 1 Stand van zaken medezeggenschap van migrante cliënten

Organisatie	Migranten als cliënt (visie van migranten)	Beleid voor interculturalisatie?	Migranten in de cliëntenraad?	Problemen met werving/houden van allochtone cliëntenraden	Problemen bij verlening medewerking aan het onderzoek
De Meren Amsterdam	Surinamers en Antillianen	<ul style="list-style-type: none"> wel interesse maar weinig tijd. Reguliere werkzaamheden gaan voor; 	In het verleden: Surinamers en Antillianen	<ul style="list-style-type: none"> ze zijn moeilijk te vinden; ze vinden een baan en vertrekken; werving erg intensief; werving kost veel tijd; beperkte bezetting organisatie. 	
APCP Amsterdam en Diemen					<ul style="list-style-type: none"> geen aparte sectie 'allochtone GGZ-cliënten'
Parnassia Den Haag					<ul style="list-style-type: none"> zelf bezig met kwaliteitscriteria; gebrek aan tijd; organisatie voor verslavingszorg en niet GGZ; onderzoeksctie moet eerst onderzoek goedkeuren;

Organisatie	Migranten als cliënt (visie van migranten)	Beleid voor interculturalisatie?	Migranten in de cliëntenraad?	Problemen met werving/houden van allochtone cliëntenraden	Problemen bij verlening medewerking aan het onderzoek
GGZ Den Bosch	<ul style="list-style-type: none"> • cliënten bestaan voor 90% uit vluchtelingen • cliënten spreken nauwelijks of geen Nederlands; • niet gewend aan de manier van vraagstelling; • durven geen negatief antwoord te geven; dat is onbeleefd; • . diverse groepen willen niet met elkaar in een groep; 		Geen migranten in de cliëntenraad; wel geprobeerd hen te werven		Weinig migranten als cliënt

Organisatie	Migranten als cliënt (visie van migranten)	Beleid voor interculturalisatie?	Migranten in de cliëntenraad?	Problemen met werving/houden van allochtone cliëntenraden	Problemen bij verlening medewerking aan het onderzoek
GGZ Midden-Brabant	<ul style="list-style-type: none"> er komt weinig uit groeps gesprekken met migranten; migranten m.n. Turken en Marokkanen praten niet over psychische problemen; GGZ wordt geassocieerd met 'gek-zijn'; migranten verkeren vaak in ontkenningfase migranten bespreken hun psychische problemen niet met elkaar of makkelijk met anderen; 	<ul style="list-style-type: none"> onderwerp interessant bevonden; onderwerp besproken met cliënten- en patiëntenorganisaties. 		<ul style="list-style-type: none"> migranten zijn moeilijk te bereiken/motiveren voor deelname aan raden; 	<ul style="list-style-type: none"> weinig tijd; bezig met opzetten van een consultatie- en adviesbureau; individuele gesprekken beter dan groeps gesprek; tegenprestatie nodig voor organisatie en deelname aan bijeenkomsten / interviews; privacyproblemen; kwaliteitscriteria is een westerse visie, migranten zitten anders in elkaar.
GGZ Oost Brabant Regio Oss					Interview afgenomen bij een Turkse vrouwengroep

Organisatie	Migranten als cliënt (visie van migranten)	Beleid voor interculturalisatie?	Migranten in de cliëntenraad?	Problemen met werving/houden van allochtone cliëntenraden	Problemen bij verlening medewerking aan het onderzoek
Basisberaad GGZ Rotterdam				<ul style="list-style-type: none"> migranten moeilijk te motiveren; er komt niet veel uit groeps gesprekken met migranten; praten niet graag in groepsverband; migranten zijn overleggen niet gewend; ze willen liever een informele bijeenkomst; gemengde groepen werken niet; geen actieve migrantenraden te vinden in het hele land; 	<ul style="list-style-type: none"> migranten moeilijk te motiveren; er komt niet veel uit groeps gesprekken met migranten;
Regioconsult GGZ		<ul style="list-style-type: none"> betrokken bij het project 'Kleur in medezeggenschapsraad'; project pas gestart, nog niet veel bereikt 			
LPR		<ul style="list-style-type: none"> betrokken bij het project 'Kleur in medezeggenschapsraad'; project pas gestart, nog niet veel bereikt 		<ul style="list-style-type: none"> cliëntenraden zijn van de goede wil maar hebben tot nu toe niet veel bereikt; men niet waarom precies. 	

Organisatie	Migranten als cliënt (visie van migranten)	Beleid voor interculturalisatie?	Migranten in de cliëntenraad?	Problemen met werving/houden van allochtone cliëntenraden	Problemen bij verlening medewerking aan het onderzoek
De Gelderse Roos		<ul style="list-style-type: none"> belangstelling voor onderwerp; betrokken bij het project 'Kleur in medezeggenschapsraad'; geen concrete aanknopingspunten gevonden. 		<ul style="list-style-type: none"> weten niet waar allochtone cliënten te vinden zijn; wordt op etniciteit geregistreerd? 	
Altrecht	<ul style="list-style-type: none"> 20% cliënten allochtoon; 	<ul style="list-style-type: none"> niemand verscheen bij themadag over interculturalisatie; 	Één persoon	<ul style="list-style-type: none"> ze zijn moeilijk te bereiken; te weinig tijd; geef migranten tegenprestatie voor participatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Te weinig tijd
Mikado	<ul style="list-style-type: none"> 5 resocialisatiegroepen voor Turkse en Marokkaanse mensen 				

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

- Stap 1: Plan van Aanpak**
- Stap 2: Selectie van kwaliteitscriteria
en de doelgroep**
- Stap 3: Interne toetsing**
- Stap 4: Visitatiecommissie**
- Stap 5: Verbetertraject**

8 Inleiding

Het kwaliteitsinstrument cliëntenvisitatie in de geestelijke gezondheidszorg is bedoeld om door cliëntenraden in de GGZ te gebruiken. Het doel is om vanuit cliëntenperspectief de kwaliteit van de geboden zorg van een instelling te toetsen en op basis daarvan verbeteringen in te brengen. Het gaat om een onafhankelijke externe kwaliteitstoetsing.

Ondanks de groeiende aandacht voor zaken als kwaliteit en medezeggenschap hebben cliënten in instellingen vaak nog onvoldoende te zeggen over de manier waarop zorg en diensten aan hen worden verleend.

Belangrijk is dat cliënten en cliëntenraden veel te bieden hebben vanuit hun specifieke deskundigheid en ervaringen met de hulpverlening. Zij hebben de hulpverlening letterlijk aan den lijve ondervonden en hebben daarmee een kennis die hulpverleners niet hebben. Daarnaast is het belangrijk dat cliënten zelf die toetsing ook uitvoeren.

Daarvoor zijn een aantal redenen:

- Cliënten kunnen de zorg heel anders beoordelen dan de betrokken hulpverleners.
- Cliënten hebben vanuit hun eigen perspectief soms een andere invalshoek en zullen de resultaten op een andere wijze beoordelen.
- Van invloed kan zijn dat een kwaliteitstoetsing vanuit de cliëntenraad andere resultaten oplevert dan vanuit de instelling.

- Kwaliteitstoetsing door cliënten geschiedt op grond van waarden die uit de patiëntenbeweging voortkomen en staan voor een gezamenlijk visie waar de geboden zorg/hulp van een instelling aan zou moeten voldoen.
- De cliëntenraden in de GGZ kunnen een centrale rol spelen bij zowel de beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg als bij het bewaken van het kwaliteitsbevorderende beleid van de instelling.

Cliëntenvisite in de GGZ

In dit deel van het handboek staat de procedure van de cliëntenvisite in de vorm van vijf stappen beschreven. Het doel van de visite is een beoordeling van de kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg vanuit het perspectief van cliënten. Er is sprake van een onafhankelijke externe toetsing, omdat de toetsing wordt uitgevoerd door (cliënt)onderzoekers die geen cliënt of medewerkers van de instelling zijn. De toetsing van de kwaliteit vindt plaats in opdracht van de cliëntenraad.

Het instrument bestaat uit vijf verschillende stappen. Van belang is dat er in de voorbereiding duidelijk afspraken gemaakt worden met de directie of Raad van Bestuur van de instelling over het traject van de kwaliteitstoetsing en het verbetertraject na afloop van de toetsing. De kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief is geen doel op zich, maar een middel om te onderzoeken op welke punten de zorg verbeterd kan worden.

De verschillende stappen zijn schematisch als volgt:

Stap 1 Plan van aanpak

Deze fase vormt de voorbereiding op de daadwerkelijke toetsing. Vastgelegd wordt hoe de toetsing wordt aangepakt.

Stap 2 Selectie kwaliteitscriteria

In deze fase worden de kwaliteitscriteria en afdelingen geselecteerd die van toepassing zijn voor de interne toetsing.

Stap 3 Interne toetsing

In deze fase wordt de kwaliteit van de instelling getoetst door middel van verschillende onderzoeksmethodieken.

Stap 4 Externe toetsing door middel van visitatiecommissie.

Stap 5 Afspraken met de instelling over het verbetertraject.

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

Stap 1: Plan van aanpak

9 Stap 1: Plan van aanpak

Inleiding

Belangrijk:

- De kwaliteitstoetsing mag niet leiden tot een overbelasting van de leden van de cliëntenraad. Daarom is ondersteuning bij de uitvoering van de toetsing een noodzakelijke voorwaarde.
- De cliëntenraad en de directie van de instelling committeren zich aan de tijdsplanning voor de kwaliteitstoetsing. De toetsing mag niet langer dan een jaar in beslag nemen.
- De cliëntenraad is verantwoordelijk voor de uitvoering van de kwaliteitstoetsing. Een aantal taken van de toetsing moet uitbesteed worden aan onafhankelijke deskundigen, zoals het verzamelen en verwerken van informatie. De cliëntenraad blijft echter eindverantwoordelijk voor de toetsing.

Dit is het kader waarin een kwaliteitstoetsing vanuit het cliëntenperspectief plaatsvindt. Als u het hiermee eens bent, kunt u beginnen met de voorbereidingen van de toetsing, want voordat u met de daadwerkelijke toetsing kunt beginnen, heeft u een plan van aanpak nodig.

De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteitstoetsing ligt bij u als cliëntenraad. Maar omdat uw andere werkzaamheden ook doorgaan, kunt u de toetsing kwaliteit ook als een speciaal project beschouwen en een werkgroep instellen om het project te

begeleiden. Hierin zitten enkele leden van uw raad, maar ook kunnen er cliënten van de te toetsen afdeling in zitten. De werkgroep kwaliteit bereidt vanaf nu de toetsing voor en begeleidt de uitvoering. Verder rapporteert de werkgroep regelmatig aan u. U krijgt het plan van aanpak ter beoordeling voorgelegd. Verder rapporteert de werkgroep over het verloop van de toetsing, of de betrokken partijen zich aan de gemaakte afspraken houden en of de uitgaven overeenkomstig de begroting zijn.

Vorbereiding plan van aanpak

Een plan van aanpak legt vast op welke wijze de kwaliteitstoetsing plaatsvindt. Het plan van aanpak wordt in overleg met de directie van de instelling vastgesteld. De toetsing dient gebaseerd te zijn op kwaliteitsopvattingen van cliënten en ontwikkeld te zijn vanuit het cliëntenperspectief. In het eerste deel staan die kwaliteitsopvattingen op een rijtje in de vorm van de kwaliteitscriteria die cliënten stellen aan een goede behandeling en begeleiding.

Een medewerker van Kwadraad biedt ondersteuning bij het schrijven van een plan van aanpak.

Zaken die in een plan van aanpak dienen te zijn uitgewerkt:

- De voorbereidingsactiviteiten: het formuleren van een doelstelling en de onderzoeksvragen, het noemen van de betrokken onderdelen of afdelingen van de instelling, afspraken over privacyregeling en interne en externe informatievoorziening tijdens en na afloop van de toetsing;
- Praktische zaken als de doorlooptijd van het onderzoek, de contactpersoon bij de cliëntenraad, en de contactpersoon bij de (cliënt)onderzoekers;
- De procedure van uitvoering van de kwaliteitstoetsing: de manier van informatieverzameling, de verwerking van de informatie, de rapportage van de resultaten;
- De openbare presentatie van de resultaten en de besluitvorming alsook het in gang zetten van de verbeterpunten in de instelling.

In het plan van aanpak dient verder duidelijk te staan op welke wijze het regiokader past bij de kwaliteitstoetsing in de instelling, en of het gekozen onderwerp regionaal als relevant gezien wordt.

Het plan van aanpak dient u namelijk voor te leggen aan het zorgkantoor in uw regio. Dit zorgkantoor kijkt of het toetsingsplan in dezelfde lijn ligt als het door de cliëntenorganisaties vastgestelde regiokader.

Als het zorgkantoor akkoord gaat met uw plan van aanpak, kan het geld worden vrijgegeven voor de uitvoering van de kwaliteitstoetsing. Het geld voor uw kwaliteitstoetsing staat op dit moment op een geblokkeerde rekening van uw instelling.

Om een plan van aanpak op te kunnen stellen moet u de volgende vragen beantwoorden:

- > Wat is de vraag- en doelstelling van de toetsing?
- > Welk onderdeel van de instelling gaat u toetsen?
- > Welke onderwerpen gaat u binnen dit onderdeel onderzoeken?
- > Welke afspraken over de toetsing en de uitkomsten heeft u met de Raad van Bestuur van uw instelling gemaakt?
- > Hoe ziet de begroting voor de kwaliteitstoetsing eruit?

Vraag- en doelstelling

Een toetsing is een bepaalde manier van onderzoek doen. Bij ieder onderzoek moet je vooraf bedenken op welke vragen je een antwoord wilt hebben. Anders kun je later moeilijk vertellen wat je door het onderzoek te weten bent gekomen.

Bij het stellen van vragen is er bijna altijd een hoofdvraag. Het is die hoofdvraag waar u als cliëntenraad antwoord op wilt krijgen. Een voorbeeld hiervan is de vraag: Krijgen cliënten hier voldoende informatie? Deze hoofdvraag moet altijd meer uitgewerkt worden door deelvragen. In dit voorbeeld gaat het bijvoorbeeld om de informatievoorziening op verschillende tijdstippen, bijvoorbeeld informatie aan het begin van de behandeling, de wijze waarop cliënten tijdens de behandeling informatie krijgen, en de vraag hoe de informatievoorziening is geregeld aan het eind van de behandeling wat betreft de nazorg en doorstroommogelijkheden.

In dit voorbeeld zijn er drie deelvragen nodig om een goed antwoord op de hoofdvraag te krijgen:

1. Krijgen cliënten voldoende informatie aan het begin van hun behandeling?

2. Worden cliënten voldoende geïnformeerd tijdens hun behandeling?
3. Krijgen cliënten voldoende informatie aan het eind van hun behandeling?

De hoofdvraag en de deelvragen zijn de basis van de toetsing. Ze geven aan wat u wilt weten en indirect ook wat niet. Ze geven uw keuzes aan. Daarom is het belangrijk dat u ze zo concreet en bondig mogelijk formuleert. Zorg er ook voor dat alle begrippen die u gebruikt, helder zijn. Dan is het voor iedereen duidelijk wat u wilt.

De doelstelling geeft aan wat u met de toetsing wilt bereiken en hoe u dat doel wilt bereiken. U wilt bijvoorbeeld een betere informatievoorziening voor cliënten, zodat zij mede de regie over hun behandeling kunnen hebben. Haal bij het formuleren van de doelstelling de kwaliteitscriteria aan die in deel 1 gaan over informatievoorziening.

Een doelstelling moet nuttig, haalbaar en vooral duidelijk zijn. Formuleer de doelstelling zo kort mogelijk, liefst in één zin. Een voorbeeld: 'Het doel van deze kwaliteitstoetsing is het beoordelen van de informatievoorziening aan cliënten in deze instelling en verbeteringen op dit vlak aangeven.'

Het onderdeel van de toetsing

De volgende vraag die u in de voorbereiding van de toetsing gaat beantwoorden is hoe u bepaalt bij welk onderdeel van uw instelling u de kwaliteitstoetsing gaat uitvoeren en hoe u die keuze motiveert.

Beschrijving van het onderdeel van de instelling

Beschrijf het gekozen onderdeel van de instelling kort. Noem bijvoorbeeld de naam van het onderdeel of de afdeling, het adres en de woonplaats, de naam en het telefoonnummer van het afdelingshoofd, en de naam en het telefoonnummer van de contactpersoon op de afdeling.

Motivering van keuze voor een onderdeel van de instelling

Signalen van uw achterban zijn over het algemeen de meest voor de hand liggende redenen om een toetsing op een bepaald

onderdeel van instelling uit te voeren. Andere redenen vindt u in het regiokader bij 'zaken die toetsing verdienen'.

Welk onderwerp gaat u binnen dit onderdeel toetsen

Bij de vraag welk onderdeel of thema u binnen het gekozen onderdeel van de instelling gaat toetsen gebruikt u de kwaliteitscriteria in deel 1. Bij de keuze is het belangrijk dat u duidelijk verwoordt waaraan volgens u de zorg moet voldoen. Aangezien de kwaliteitscriteria het belang van alle cliënten vertegenwoordigen, is het goed vanuit deze criteria te vertrekken. Voor de kwaliteitstoetsing over uw onderwerp zijn niet alle kwaliteitscriteria van even groot belang. U zult een keus moeten maken die verband houdt met de vraag- en doelstelling van de toetsing. Het is onmogelijk alle kwaliteitscriteria te toetsen. De uitvoering van de toetsing wordt veel te ingewikkeld en te kostbaar. Bovendien kan er dan alleen heel oppervlakkig onderzoek gedaan worden, waardoor de uitkomst van de toetsing geen aanwijzingen geeft voor verbeteringen. Hoe duidelijker u als raad tot overeenstemming komt waar u in de komende tijd aan wilt werken binnen de instelling, hoe meer de toetsing u daarbij kan helpen. Hou het overzichtelijk en hanteerbaar.

Afspraken met de Raad van Bestuur

Voor de uitvoering van de kwaliteitstoetsing en het daarop volgende verbetertraject is het belangrijk dat u en de Raad van Bestuur van uw instelling afspraken maken over:

1. Het belang dat de instelling hecht aan een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief.
2. De praktische medewerking die de instelling verleent bij diverse stappen van de kwaliteitstoetsing, zoals:
 - Het beschikbaar stellen van mensen en geld voor de verbetertrajecten. Dit legt de instelling vast in een intentieverklaring.
 - De bereidheid om samen met u de uitkomsten van de kwaliteitstoetsing te bespreken en als daartoe aanleiding bestaat, deze te vertalen naar uitvoerbare verbetertrajecten (voorzien van een tijdsplan).
 - Het verwerken van de uitkomsten van kwaliteitstoetsing in het beleid van de instelling en het rapporteren over de ingezette verbetertrajecten in het kwaliteitsjaarverslag.

- De medewerking van de instelling aan openbare presentaties van de resultaten van de kwaliteitstoetsing.
- De medewerking van de instelling aan de tussentijdse en de eindevaluatie van de kwaliteitstoetsing.
- Het aanstellen van een contactpersoon die tijdens de kwaliteitstoetsing fungeert als aanspreekpunt voor u.
- Het beschikbaar stellen van ruimte voor interviews, groepsgesprekken en vergaderingen.

Deze afspraken kunt u vastleggen in een overeenkomst. Een voorbeeld van zo'n overeenkomst vindt u in bijlage 1. Het is van belang dat u deze overeenkomst voorafgaand aan de start van de kwaliteitstoetsing met het bestuur overeenkomt.

Zet de afspraken met de Raad van Bestuur van uw instelling op een rij. U kunt daarvoor de voorbeeldovereenkomst gebruiken en aanpassen aan uw wensen. Zorg dat zowel de Raad van Bestuur als u als (werkgroep van de) cliëntenraad de overeenkomst tekent.

Budget en begroting

Als cliëntenraad van een AWBZ-erkende GGZ-instelling krijgt u jaarlijks een budget ter beschikking voor een externe kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief. U hoeft dit zogeheten CTG-budget niet in hetzelfde jaar te besteden. U kunt het hele bedrag of een deel ervan ook reserveren voor uitgaven in latere jaren. De GGZ-instelling en het zorgkantoor kunnen u informeren over de hoogte van het budget.

Als u weet hoeveel geld u kunt besteden, kunt u een begroting opstellen. Daarin zet u alle uitgaven op een rij, geordend naar rubriek. Een voorbeeld van een begroting vindt u in bijlage 2.

Het samenstellen van het plan van aanpak

Na al deze voorbereidende werkzaamheden kunt u het plan van aanpak opstellen dat u aan het zorgkantoor gaat voorleggen. In uw voorbereiding heeft u antwoord gekregen op de volgende zaken:

- De doelstelling en de vragen van de kwaliteitstoetsing.
- Het onderdeel van de instelling waar u gaat toetsen.
- De onderwerpen die getoetst worden aan de hand van de kwaliteitscriteria.
- De afspraken met de Raad van Bestuur over de medewerking van de instelling en de wijze waarop de instelling mee gaat werken aan verbeteringen.
- Het budget dat beschikbaar is en hoe u het budget gaat besteden.

Wat er nu nog moet worden toegevoegd om het plan van aanpak rond te krijgen zijn praktische afspraken over de volgende zaken:

- de privacyregeling;
- de doorlooptijd van het onderzoek;
- de contactpersoon bij instelling;
- de contactpersoon bij de (cliënt)onderzoeker;
- de manier van informatieverzameling van de kwaliteitstoetsing;
- de verwerking van de informatie;
- de manier van rapporteren over de resultaten;
- de manier van presenteren van de resultaten;
- de manier om het verbetertraject op gang te brengen.

Over al de onderdelen van de voorbereiding en het samenstellen van het plan van aanpak kan de cliëntenraad zich laten bijstaan en informeren door Kwadraad.

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

Stap 2: Selectie van kwaliteits- criteria en de doelgroep

10 Stap 2: Selectie van kwaliteitscriteria en de doelgroep

Inleiding

Een belangrijke stap in de kwaliteitstoetsing is het vaststellen van de kwaliteitsaspecten die men wil onderzoeken. Als het gaat om het vaststellen van wat goede zorg is, dan is eigenlijk alles belangrijk. Respectvolle bejegening is belangrijk maar ook goede informatie of misschien wel juist schone sanitaire voorzieningen. De ervaring leert dat u het terrein dat u wilt gaan onderzoeken duidelijk moet afbakenen.

In deze stap van de kwaliteitstoetsing worden de kwaliteitscriteria geselecteerd die van toepassing zijn voor de interne toetsing. Nadat in de eerste fase in het plan van aanpak is vastgesteld wat de vraag en doelstelling is van de toetsing, worden nu de kwaliteitscriteria geselecteerd die van toepassing zijn voor de daadwerkelijke toetsing van de kwaliteit.

Vaststelling kwaliteitscriteria

In het plan van aanpak is de vraag of doelstelling van de kwaliteitstoetsing vastgesteld. Deze vraagstelling vormt het uitgangspunt voor de keuze van de kwaliteitscriteria. In deel 1 van dit handboek staan alle kwaliteitscriteria. Uit deze lijst gaan de leden van de cliëntenraad die criteria zoeken die betrekking hebben op de vraagstelling in het plan van aanpak.

Voorbeeld

In het plan van aanpak staat dat u bijvoorbeeld de communicatie tussen de hulpverlener en de cliënt wilt verbeteren. In deel 1 worden alle kwaliteitscriteria geselecteerd die van toepassing zijn op de communicatie.

Dit willen we illustreren aan de hand van een voorbeeld. Een cliëntenraad wil nagaan of er voldoende aanbod is wat betreft de dagbesteding. Zijn er voldoende keuzemogelijkheden? In de lijst met kwaliteitscriteria voor de dagactiviteiten worden die criteria uitgezocht die betrekking hebben op die vraagstelling. Zo ontstaat er een lijst van criteria die mogelijk betrekking hebben op de vraagstelling.

Er zijn namelijk kwaliteitscriteria die betrekking hebben op het aanbod aan dagactiviteiten zelf, namelijk:

- **Gevarieerd en flexibel aanbod aan activiteiten:** Het centrum biedt een gevarieerd en flexibel aanbod aan mogelijkheden van dagbesteding.
- **Aanbod afgestemd op behoefte deelnemers:** Het aanbod volgt de vragen en de behoeften van de deelnemers. De begeleiders stimuleren de deelnemers tot deelname aan de geboden activiteiten binnen de dagbesteding.
- **Bijstelling aanbod op basis van evaluatie:** De begeleiders evalueren regelmatig met de deelnemers of het aanbod aan activiteiten, cursussen en arbeidsprojecten overeenstemt met de behoeften van de deelnemers.

Maar je kan je ook voorstellen dat je wilt weten of mensen zich thuis voelen in de dagactiviteiten die aangeboden worden. Dan heb je te maken met de omgangsvormen binnen het dagactiviteitencentra:

- **Sociale veiligheid:**
 - respecteren de begeleiders en de deelnemers de algemene omgangsvormen en de fatsoensnormen;
 - zijn ze samen verantwoordelijk voor de sfeer/sociale veiligheid;
 - ontwikkelen ze met elkaar beleid op het gebied van de sociale veiligheid;
 - zijn ze actief betrokken bij het waarborgen en bewaken van de sfeer en de sociale veiligheid (geen ge-

weld en agressie). Leiding en begeleiders vervullen hierbij een voortrekkersrol. De deelnemersraad toetst en onderneemt zo nodig stappen.

- **Aparte rookruimte:** Binnen het dagactiviteitencentrum en binnen de arbeidsprojecten dient een aparte rookruimte te zijn.
- **Mogelijkheid tot afzondering:** Afhankelijk van de behoefte onder de deelnemers dient er een mogelijkheid te zijn om je terug te trekken (stilteruimte).
- **Evaluatie van de sfeer in het centrum:** Naast het activiteitenaanbod is ook de sfeer binnen het centrum en de voorzieningen onderwerp van regelmatige evaluatie.

Maar je kan je ook bedenken dat juist de professionaliteit van de medewerkers, of de bejegening, of juist de aansluiting bij maatschappelijke activiteiten belangrijk is.

- **Benutten van ervaringsdeskundigheid:** De ervaringsdeskundigheid van de deelnemer wordt benut tijdens de dagbesteding.
- **Vergroten van de weerbaarheid en mondigheid:** De hulp is erop gericht om de zelfredzaamheid van de deelnemer te stimuleren. De deelnemer wordt in staat gesteld voor zichzelf op te komen en eigen beslissingen te nemen op de verschillende levensgebieden zoals wonen, werken, financiën, dagbesteding, relaties, en dergelijke.
- **Stimuleren tot deelname activiteiten:** De begeleiders stimuleren de deelnemers om als vrijwilliger een bijdrage te leveren aan de organisatie, bijvoorbeeld aan het activiteitenaanbod.
- **Stimuleren tot maatschappelijke activiteiten:** De begeleiders stimuleren de deelnemers (individueel of in groepsverband) om deel te nemen aan andere maatschappelijke activiteiten, cursussen en arbeidsprojecten. Tevens worden maatschappelijke organisaties uitgenodigd zich in het dagactiviteitencentrum te presenteren.

Zo ontstaat er een lijst van kwaliteitscriteria die in de praktijk veel te lang is om allemaal te onderzoeken. Helaas zal er een keuze gemaakt moeten worden welke kwaliteitscriteria het meest belangrijk zijn. Het is de bedoeling dat er maar zes tot tien criteria overblijven. De cliëntenraad staat voor de opgave een duidelijke keuze te maken.

De selectie van de criteria

Een manier om in één bijeenkomst van de cliëntenraad tot deze selectie te komen is de volgende methode. De methode bestaat uit de volgende onderdelen:

- In het plan van aanpak is al een eerste selectie gemaakt van de meest belangrijke kwaliteitscriteria.
- Deze lijst met criteria wordt op aparte kaarten gezet.
- Deze kaarten worden door de leden van de cliëntenraad één voor één getrokken. Na iedere trekking volgt een discussie over het belang van dit criterium.
- Na deze discussie legt het lid van de cliëntenraad de kaart op één van de twee stapels, namelijk of de stapel **belangrijk** of de stapel **zeer belangrijk**. De keuze wordt onderbouwd met argumenten. Alle leden van de cliëntenraad moeten het eens zijn met deze beslissing. Als ze er niet uitkomen wordt het knelpunt op een aparte stapel gelegd.
- Daarna worden alle knelpunten die door de cliëntenraad op de stapel zeer belangrijk zijn gelegd op een flap gezet. Die knelpunten waarover de leden van de cliëntenraad het niet eens waren worden eveneens op de flap gezet.
- Alle leden van de cliëntenraad krijgen nu vijf stickers die ze plakken bij die knelpunten waarvan zij vinden dat deze knelpunten als eerste verbeterd moeten worden door de instelling.

De tien knelpunten met de meeste stickers zijn de onderwerpen voor de interne toetsing en voor het onderzoek van de visitatie-commissie.

Van de discussie over de argumenten voor de keuze van deze tien knelpunten wordt een verslag gemaakt door Kwadraad.

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

Stap 3: Interne toetsing

11 Stap 3: Interne toetsing

Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitstoetsing door middel van visitatiecommissie is de interne toetsing zelf. Voor de geselecteerde kwaliteitscriteria zal worden nagegaan hoe het staat met de kwaliteit van de geboden zorg en begeleiding in de instelling. Voldoet de instelling aan de door cliënten vastgestelde en geselecteerde kwaliteitscriteria?

In de vorige stap van de kwaliteitstoetsing zijn een aantal kwaliteitscriteria geselecteerd. De leden van de cliëntenraad gaan aan de hand van de selecteerde kwaliteitscriteria na of de afdelingen binnen de instelling voldoen aan deze criteria. De leden van de cliëntenraad zijn immers meestal goed op de hoogte van de kwaliteit van de behandeling of het begeleidingsaanbod op de afdelingen. Het is belangrijk dat zij hun kennis over het functioneren van de instelling inbrengen.

Deze inbreng kan door het invullen van een plus of een min op de lijst met de geselecteerde kwaliteitscriteria. Welk onderdeel van de zorg of de behandeling vindt een lid van de cliëntenraad onder de maat (-) of juist wel goed (+).

Voorbeeld:

U vindt dat de informatie wel volledig is, maar niet goed is afgestemd op de informatie die cliënten nodig hebben. De informatie is ook niet toegankelijk voor mensen die geen Nederlands kunnen lezen. Verder is er bijvoorbeeld geen informatie per afdeling, maar u vindt dat ook niet wenselijk, dan vult u niet van toepassing in (nvt). U vult het schema met uw beoordeling als volgt in.

1. Informatie	score
> De informatie is volledig	+
> Specifieke informatie per afdeling`	nvt
> Beschikbaarheid van de informatie	+
> Informatie is afgestemd op de cliënt:	-
> Begrijpelijkheid van de informatie	-

Het is de bedoeling dat de leden van cliëntenraad voor de te onderzoeken afdelingen de scorelijsten invullen (deze zijn door Kwadraad opgesteld in de vorige stap). Als er van een bepaalde afdeling geen gegevens bekend zijn om een oordeel te geven over de kwaliteit, kan men ervoor kiezen om deze lijst op een groepsbijeenkomst met bewoners of cliënten van deze afdeling in te vullen. Dit heeft twee voordelen. Ten eerste biedt het de cliëntenraad de mogelijkheid om meer contact te krijgen met de afdelingen die niet vertegenwoordigd zijn in de cliëntenraad. Ten tweede krijgt de cliëntenraad informatie over deze afdelingen.

Selectie waar de interne toetsing zal plaatsvinden

De scoringslijsten worden door Kwadraad geanalyseerd. Nagegaan wordt op welke punten en welke afdelingen de instelling niet voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. Een belangrijke stap is om keuze te maken waar de interne toetsing precies zal plaatsvinden. Door alle fusies in de geestelijke gezondheidszorg zijn de instellingen zeer groot geworden en is het niet mogelijk om de gehele instelling te toetsen. Daarom zal er een keuze gemaakt moeten worden op welke afdeling of specifieke doelgroep de kwaliteitstoetsing zich richt. De vraag- en doelstelling die in het plan van aanpak gekozen is, wordt daarin medebepalend voor de keuze van de afdelingen waar de kwaliteitstoetsing gaat plaatsvinden.

De interne toetsing

Op basis van de inventarisatie zal door Kwadraad een interne toetsing plaatsvinden. Hierin zal worden nagegaan waarom de kwaliteit van de zorg op sommige punten onder maat is. Dit kan op verschillende manieren gebeuren:

- Een aantal gesprekken met medewerkers van de instelling over de gesignaleerde knelpunten ten aanzien van de kwaliteitscriteria.
- Een aantal gesprekken met cliënten over hun ervaringen ten aanzien van de gesignaleerde knelpunten.
- Daarnaast zal er een documentanalyse plaatsvinden.
- Als dit alles niet voldoende informatie oplevert, kan er eventueel een schriftelijke enquête worden gehouden. De ervaring leert echter dat deze manier van informatieverzameling veel tijd en energie kost. Andere manieren werken sneller en beter (bijvoorbeeld groeps gesprekken).

Verslaglegging van de interne toetsing

Er wordt door Kwadraad een verslag gemaakt van de interne toetsing. Het rapport geeft een weergave van de bevindingen van de toetsing. In dit verslag staat ook een verantwoording van de wijze waarop de informatie is verzameld en welke mensen zijn gesproken. Ook moet er in staan op welke afdelingen de toetsing heeft plaatsgevonden en welke doelstellingen en behandelvisie de afdeling heeft.

De belangrijkste voorlopige conclusies en knelpunten staan in het verslag vermeld. Het verslag wordt met de leden van de cliëntenraad besproken. Het uiteindelijke oordeel ten aanzien van de conclusies en knelpunten ligt bij de cliëntenraad. Indien nodig zal het verslag worden bijgesteld aan de hand van het commentaar van de cliëntenraad.

Op grond van het verslag wordt door de cliëntenraad een aantal knelpunten in de zorg of begeleiding geselecteerd die in aanmerking komen voor verbetering van de zorg. Ook deze punten worden voorgelegd aan de cliëntenvisitatiecommissie.

Indien mogelijk worden deze conclusies en knelpunten in gezamenlijk overleg met de directie geformuleerd. Dit vanwege het belang van de dialoog tussen de cliëntenraad en de directie en het commitment van de instelling. Het initiatief en het uiteindelijk oordeel ten aanzien van conclusies en knelpunten liggen bij de cliëntenraad. De verslaglegging bevat:

- Motivatie voor de geselecteerde kwaliteitscriteria.
- Verantwoording van de keuze afdeling / woongroep / locatie.
- Beschrijving van de locatie (afdeling).

- Verslag van de werkwijzen en de resultaten van de toetsing.
- Conclusie.

Activiteiten die in stap 3 verricht moeten worden:

- Kwadraad stelt een scoringslijst op met de geselecteerde kwaliteitscriteria.
- Deze scoringslijsten worden ingevuld door de leden van de cliëntenraad voor de te onderzoeken afdelingen van de instelling.
- Indien nodig gaan de leden van de cliëntenraad bij die afdelingen langs waarvan onvoldoende kennis aanwezig is om de scoringslijst in te vullen.
- Kwadraad analyseert de scoringslijsten.
- In overleg met de cliëntenraad worden die afdelingen geselecteerd waarvan duidelijk is dat er een aantal knelpunten zijn ten aanzien van de vraagstelling in het plan van aanpak.
- Kwadraad voert de interne toetsing uit. Kwadraad voert een aantal gesprekken met medewerkers en cliënten en verricht een documentanalyse.
- De resultaten worden door Kwadraad in een verslag weergegeven en besproken met de cliëntenraad.
- Door de cliëntenraad worden (eventueel in overleg met de directie) knelpunten geselecteerd die aan de visitatie-commissie worden voorgelegd.

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

Stap 4: Visitatiecommissie

12 Stap 4: Visitatiecommissie

Inleiding

Na stap 3 en 4, het interne vooronderzoek en de knelpuntselectie, volgt de stap van de cliëntenvisitatiecommissie. Deze commissie bestaat uit ervaringsdeskundigen. Zij komen bij uw instelling op bezoek. De visitatiecommissie beoordeelt de kwaliteit van zorg vanuit het cliëntenperspectief, en doet aanbevelingen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De taak van de cliëntenvisitatiecommissie bestaat als eerste uit het onderzoeken hoe de geselecteerde knelpunten door cliënten worden ervaren. De visitatiecommissie spreekt ook met vertegenwoordigers van de instelling, zoals met afdelingshoofden en managers. Na deze toetsing doet de visitatiecommissie aanbevelingen over de verbeteringen die kunnen worden gerealiseerd.

In de cliëntenvisitatiecommissie zitten geen cliënten die afkomstig zijn uit de instelling die gevisiteerd wordt. Het gaat om een externe onafhankelijke beoordeling.

De visitatiecommissie wordt samengesteld uit een landelijke visitatiepool, die bestaat uit (ex-)cliënten met ervaring in de GGZ. Deze visitatiepool is opgericht door Kwadraad. Ook de selectie, scholing en begeleiding van de leden van de visitatiepool is in handen van Kwadraad.

Een visitatiecommissie bestaat uit minimaal vier leden. De visitatiecommissie heeft de beschikking over een ondersteuner van Kwadraad.

Aan de hand van de tussenrapportage en de visitatie wordt een eindrapport geschreven dat conclusies en aanbevelingen bevat. Hierin staan niet letterlijk de verslagen van de visitaties. In het rapport van de cliëntenvisitatiecommissie geeft zij een oordeel over de verbeteringen die zij het meest waardevol acht voor betreffende afdeling of woonvorm.

De selectie van de leden van de cliëntenvisitatiecommissie

Ervaringsdeskundigen kunnen zich bij Kwadraad aanmelden om in aanmerking te komen voor deelname in de visitatiepool. Er vindt een sollicitatiegesprek plaats waarin gekeken wordt naar de volgende aspecten:

- Kan iemand zich mondeling goed uitdrukken?
- Is iemand in staat om zijn eigen ervaringen "los te laten"
- Is iemand representatief?
- Is iemand "betrouwbaar": dat wil bijvoorbeeld zeggen of iemand in staat is afspraken na te komen.

Een lid van de visitatiepool vertelt over haar ervaringen met dit gesprek: "Ik zag een advertentie bij onze eigen cliëntenraad en heb gebeld en een afspraak gemaakt voor een gesprek. In dat gesprek heb ik verteld over mijn ervaringen in de GGZ. Het gesprek verliep in een leuke sfeer. Er waren geen duidelijke eisen, hooguit of ik in teamverband kan werken."

De training van de visitatiecommissie

Na dit selectiegesprek worden de ervaringsdeskundigen die aan de selectiecriteria voldoen uitgenodigd een training te volgen. Het is een tweedaagse training die door de trainingsorganisatie Odyssee en Kwadraad wordt gegeven. Tijdens de training worden met name gespreksvaardigheden met elkaar geoefend. Ook wordt alles rondom de procedure van de kwaliteitstoetsing doorgenomen. Het omzetten van knelpunten in een GGZ-instelling naar verbeterpunten komt ook aan de orde. Jaarlijks vindt er bijscholing plaats.

Een lid van de visitatiepool herinnert zich het volgende van de trainingsdagen: "Het was heel erg leerzaam. We oefenden bijvoorbeeld om een vragende houding te hebben tijdens een interview. Dus dat je bezig bent om antwoorden op je vragen te krijgen. Ik kreeg er echt een kink van om als ervaringsdeskundigen bij elkaar te zijn, hoewel soms de ervaringen wel erg verschillend

zijn. Maar het is belangrijk om breed te leren kijken en niet alleen vanuit je eigen ervaringen te werken. Verder was het goed geregeld en was er lekker eten.”

Een ander lid plaatst een kritische kanttekening vanuit zijn ervaringen later in de visitatiecommissie: “Het waren twee hele leuke dagen. Er was een goede sturing, maar voor het oefenen van de vaardigheden was niet voldoende tijd. Niet iedereen kwam aan bod. Verder moeten we leren elkaar opbouwende kritiek te geven. Dat mis ik wel eens in de visitatiecommissie. Als je niet kritisch naar jezelf kunt kijken, dan kun je ook niet kritisch naar het onderzoek naar kwaliteit kijken. Ook tijdens het werken aan een visitatie moeten we dingen meteen uitpraten en elkaar over en weer opbouwende kritiek geven.”

Kwadraad heeft nu een visitatiepool met ongeveer 60 ervaringsdeskundigen. Als er een visitatiecommissie nodig is, dan wordt er uit de pool een aantal mensen geselecteerd. Per visitatiecommissie worden er zes mensen benaderd: drie mensen uit de zorgsoort waar het onderzoek plaatsvindt en drie uit overige zorgsoorten. Dit gebeurt in overleg met de opdrachtgever van het onderzoek. Er wordt gekeken naar de verhouding tussen het aantal mannen en het aantal vrouwen en naar ervaring met het visiteren. Ook wordt er gekeken of er genoeg mensen in zitten die de verschillende werkzaamheden goed kunnen uitoefenen, zoals woordvoerder, notulist en procesbewaker zijn. De procesbewaker zorgt voor het bewaken van de tijd en goed doorvragen tijdens visitatie.

De voorbereiding van de visitatie

Voordat de visitatiecommissie aan het werk kan gaan ligt er voor de cliëntenraad een belangrijke taak. Er moeten afspraken gemaakt worden met mensen die door de leden van de visitatiecommissie worden geïnterviewd. Vaak zijn dit vertegenwoordigers van de volgende groepen: cliënten, medewerkers, teamleiders, management en directie. In twee dagen kunnen ongeveer veertien interviews door de visitatiecommissie gehouden worden. De ondersteuner van Kwadraad geeft aan de cliëntenraad een lijst van te interviewen personen. De cliëntenraad draagt zorg voor het maken van afspraken. In deze voorbereiding zit nogal wat tijd en werk van de cliëntenraad. Ruim 6 weken voor het bezoek van de visitatiecommissie vinden deze voorbereidende werkzaamhe-

den plaats (agenda's zitten snel vol). Bij het uitnodigen van de te interviewen cliënten is een persoonlijke aanpak nodig om mensen uit te leggen wat het belang is van hun medewerking. Een briefje met een uitnodiging om mee te praten is niet voldoende om mensen te activeren hun visie, en hun wensen rond het onderwerp dat getoetst wordt, te komen vertellen. Zorg in ieder geval voor een goede vertegenwoordiging van cliënten. Bel mensen na die in eerste instantie hebben toegezegd mee te doen en ontvang mensen goed als ze aan een gesprek met de visitatiecommissie komen deelnemen. Als de hulp van een afdelingshoofd voor het zoeken naar cliënten is ingeschakeld, volg daarna dan opnieuw de persoonlijke aanpak met de cliënten die mee willen doen.

De leden van de visitatiecommissie zijn ondertussen ook hard bezig met de voorbereidingen. Alle leden van de visitatiecommissie krijgen na het interne onderzoek de tussentijdse rapportage met de selectie en de achtergronden van de knelpunten toegestuurd. Deze informatie wordt aangevuld met een folder van de instelling en andere informatie die belangrijk is.

Tijdens een eerste voorbereidingsbijeenkomst bespreken de visitatiecommissieleden hun eerste reactie op het tussentijdse rapport. Ook gaan ze aan de slag met het opstellen van vragen om tijdens de visitatiedagen te stellen.

Het gaat om vragen aan iedereen die de visitatiecommissie gaat interviewen:

- De leden van de cliëntenraad (voor de tweede voorbereidende bijeenkomst).
- Leden van de Raad van Bestuur of managers.
- Cliënten.
- Locatiehoofden.
- Medewerkers.
- Overigen (bijvoorbeeld Communicatiemedewerker/ activiteitenbegeleider).

Een volgend onderdeel is het regelen van de praktische zaken als het verdelen van de taken op de visitatiedag, de planning rond de reis en de tijdverdeling tussen de interviews.

Op de tweede voorbereidende bijeenkomst is er een afvaardiging van de cliëntenraad aanwezig.

Aan de hand van vragen van de leden van de visitatiecommissie geven de leden van de werkgroep kwaliteit een toelichting op het tussentijds rapport. Verder geven zij tips in verband met de

praktische zaken rond de visitatie. Ook wordt er afgesproken wie van de cliëntenraad tijdens de visitatiedagen gastheer of gastvrouw is.

Na het vertrek van de leden van de werkgroep kwaliteit gaat de visitatiecommissie verder met het maken van vragen voor de interviews met de diverse gesprekspartners op de visitatiedagen. Per interview worden de taken verdeeld: Wie notuleert, wie is woordvoerder en wie is 'de inbreker' (de persoon die aanvullende vragen stelt). Tot slot worden de scoreformulieren toegelicht waar de visitatieleden de scores van hun bevindingen op invullen.

De visitatiedagen

De visitatiedagen beginnen op tijd om nog een korte voorbespreking ter plaatse te hebben en in de instelling rond te kijken. Meestal wordt er om 9.30 uur afgesproken. Een lid van de visitatiepool vertelt hierover: "Het is belangrijk om goede afspraken te maken over de tijdsindeling en die na te komen. We moeten de tijd op die dag goed gebruiken. Ook de voorbespreking moet geregeld zijn. Alles moet perfect verlopen."

De visitatiecommissie wordt ontvangen door leden van de cliëntenraad. Gedurende de hele dag zorgt de gastheer of gastvrouw voor koffie/thee, de lunch enz. De dagindeling is vastgelegd. Mogelijk zijn er meerdere visitatiedagen nodig afhankelijk van de omvang van de toetsing.

Een lid van de visitatiepool heeft gemerkt dat de gastheer of gastvrouw soms bij de gesprekken aanwezig wil zijn, maar dat zou niet goed zijn: "Het moet een onafhankelijk onderzoek zijn door buitenstaanders. Het is ook belangrijk in verband met de privacy van cliënten."

Tijdens de nabespreking is er voor de leden van de visitatiecommissie ruimte om te spuien over het verloop van de gesprekken. Zo mogelijk wordt er ook inhoudelijk het een en ander doorgenomen. Een ervaren lid van de visitatiepool geeft aan waarom het inhoudelijk napraten er vaak bij inschiet: "Je bent kapot aan het eind van de dag. Te moe om echt nog dingen uit te wisselen, daarom bespreken we de inhoudelijke zaken vaak op de aparte besprekingsdagen."

De beoordeling

Na een visitatiedag scoren alle leden van de visitatiecommissie binnen één dag de scorelijsten. Deze lijsten worden bij de ondersteuner van Kwadraad ingeleverd. Ook de notulen worden zo snel mogelijk ingeleverd.

Na alle visitatiedagen worden alle notulen verzameld en ter voorbereiding van de nabespreking naar de leden van de visitatiecommissie opgestuurd.

Tijdens de nabespreking die één of twee bijeenkomsten duurt, worden de algemene conclusies getrokken. Dit gebeurt volgens een lid van de visitatiepool heel zorgvuldig. Ze vertelt: "We bespreken de verschillen in de cijfers met daarbij de motivatie en de argumenten. Het gebeurt in goed overleg en we komen steeds uiteindelijk tot een gezamenlijk inhoudelijk eindoordeel." Daarna volgt de bespreking en formulering van de aanbevelingen.

Afsluitend wordt er geëvalueerd: iedereen vertelt hoe hij of zij het zelf vond gaan (goed en minder goed) en daarna vertellen de anderen hoe ze het bij hem vonden gaan. Hier vindt een wederzijdse onderlinge beoordeling plaats. Ook wordt het hele proces geëvalueerd. Een reactie van een actief lid van meerdere visitatiecommissies: "Ik vind het ontzettend zinvol en positief om er aan mee te werken. Het zou nog mooier zijn om na een jaar weer naar die instelling toe te gaan om te kijken wat daar gebeurt." Een ander lid van de visitatiepool heeft ook nog een persoonlijke reden: "Het is leuk om bij zo'n onderzoek betrokken te zijn. Voor mij is het ook een goede opstap om uit de WAO te komen."

De afronding van de visitatie

Aan de hand van de bijeenkomsten waarin de visitatiecommissie tot een oordeel en aanbevelingen komt, wordt het eindrapport beschreven. Het tussentijdse interne rapport en het oordeel van de visitatiecommissie worden samengevoegd. Dit wordt vervolgens aan de leden van de visitatiecommissie toegestuurd voor een laatste commentaar. Dit commentaar wordt nog meegenomen. Daarna wordt het rapport verstuurd naar de cliëntenraad. In de cliëntenraad wordt het rapport nabesproken en op eventuele onjuistheden aangepast. Hierna kan de eindversie worden gemaakt en kan de presentatie van de resultaten plaatsvinden en het verbetertraject beginnen.

Deel II

De kwaliteitstoetsing cliëntenvisitatie

in 5 stappen

Stap 5: Verbetertraject

13 Stap 5: Verbetertraject

Alhoewel men kan constateren dat er steeds meer kwaliteits-toetsing vanuit cliëntenperspectief wordt verricht, is het effect van de kwaliteitstoetsing in de instelling nog zeer marginaal. Het doel van de toetsing is toch vooral het bereiken van kwaliteitsverbetering. Want onderzoeken is mooi, maar niet het doel van de oefening. Er moet wel wat mee gebeuren! Alleen als de inventarisatie van de meningen van cliënten leidt tot zichtbare verandering is de inspanning de moeite waard en anders lijkt het alleen een modegril.

Een belangrijk onderdeel van de kwaliteitstoetsing is dan ook het verbetertraject. Als alle resultaten van de visitatiecommissie er liggen is van belang om te bedenken wat je als cliëntenraad met de resultaten wil gaan doen. De resultaten van de toetsing vormen als het ware de ammunitie van de cliëntenraad om de Raad van Bestuur duidelijk te maken waar het in de instelling niet goed gaat en wat er verbeterd dient te worden. In het plan van aanpak is afgesproken dat de Raad van Bestuur bereid is om samen met de cliëntenraad de uitkomsten van de kwaliteitstoetsing te bespreken en als daartoe aanleiding bestaat, deze te vertalen naar uitvoerbare verbeteringstrajecten (voorzien van een tijdspad).

Wat willen we bereiken?

Het is belangrijk om als cliëntenraad na te denken over wat je wilt met de resultaten van de interne toetsing. Belangrijke vragen daarbij zijn:

- Welke conclusies kunnen uit de resultaten getrokken worden?
- Welke verbeterpunten zijn er geformuleerd?
- Welke prioriteiten kan je stellen?

Door de cliëntenraad wordt op basis van de rapportage een discussie gevoerd over de belangrijkste conclusies en de geformuleerde verbeterpunten. Door de cliëntenraad wordt een standpunt bepaald over prioritering van de verbeterpunten. Deze punten vormen de basis voor het verbetertraject binnen de instelling. Deze punten kunnen bijvoorbeeld als vaste agenda-punten in het overleg met de Raad van Bestuur geagendeerd worden.

Informeren van relevante medewerkers binnen de instelling

Het is belangrijk om te zorgen dat de medewerkers van de instelling op de hoogte zijn van de resultaten van de kwaliteits-toetsing vanuit cliëntenperspectief. Het is aan te raden om het rapport van de visitatiecommissie officieel aan te bieden aan de directie of Raad van Bestuur van de instelling. Dit kan bijvoorbeeld op een feestelijke gelegenheid waar cliënten en medewerkers van de instelling worden uitgenodigd.

De cliëntenraad kan bij de presentatie de Raad van Bestuur vragen een eerste reactie te geven over wat zij van plan zijn om te gaan doen met deze resultaten. Een andere mogelijkheid is dat de resultaten in het instellingsblad als artikel worden opgenomen of anders een interview met iemand van de cliëntenraad over de kwaliteitstoetsing. In het plan van aanpak is afgesproken dat de Raad van bestuur haar medewerking verleent aan openbare presentaties van de resultaten van de kwaliteitstoetsing.

Afspraken over het verbetertraject

In het overleg met de directie van de instellingen maakt men afspraken over **wat** men wil bereiken en **hoe** men het wil bereiken. In het overleg wordt vastgesteld wat de belangrijkste conclusies zijn naar aanleiding van de toetsing en welke

verbetervoorstellen de meeste prioriteit hebben (de conclusies van stap 1 vormen de basis van dit overleg). Omdat de instelling zelf de verbeteringen zal moeten realiseren is het verstandig om afspraken te maken hoe de cliëntenraad geïnformeerd wordt over de stand van zaken van de afgesproken verbetertrajecten.

- Er wordt een afspraak gemaakt met de overlegpartners van de instelling om de conclusies en verbetervoorstellen te bespreken.
- In het overleg met de directie van de instelling worden de verbeterpunten geformuleerd (wat willen we bereiken).
- En worden er afspraken gemaakt over het verbetertraject (hoe willen we het gaan doen en wanneer).
- Afspraken over de concrete verbeteracties. Afgesproken wordt wie welke actie gaat ondernemen. De cliëntenraad wordt zoveel mogelijk betrokken bij de uitwerking van de verbeterpunten.
- Afspraken over de communicatie inzake de verbetertrajecten (hoe staat het met de afspraken).

Betrokkenheid bij de beleidsontwikkeling en uitvoering van verbeteringen

Het is van belang om als cliëntenraad betrokken te blijven bij de beleidsontwikkelingen en uitvoering van het verbetertraject. Het is verstandig om in het overleg met de Raad van Bestuur de kwaliteitsverbetering als vast agendapunt op de agenda te zetten, zodat de voortgang en eventuele ontwikkelingen of veranderingen besproken kunnen worden. Dan verdwijnen de voorgestelde verbeteringen naar aanleiding van de kwaliteitstoetsing niet in een la en kan de cliëntenraad het proces volgen. De cliëntenraad kan bijvoorbeeld in het overleg met de Raad van Bestuur nagaan of de verbeteringen wel de gewenste resultaat hebben.

Herhalingsvisitatie

Het is raadzaam dat de cliëntenraad aan de cliëntenvisitatiecommissie vraagt om na een jaar of twee jaar een herhalingsbezoek af te leggen; men kan dan nagaan in hoeverre de gedane aanbevelingen gerealiseerd zijn.

Literatuur

Bokhoven, W. (1997). *Het Gehandicaptenoverleg Alkmaar en de betrokkenheid van allochtonen: een onderzoek naar maatschappelijke participatie van allochtonen bij een patiënten/consumentenorganisatie*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Daal, H.J. van & Gorter, K. (1995). *Gehandicapte allochtonen in Nederland: Onderzoeksbevindingen, leemtes, onderzoeksmogelijkheden*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Daal, H.J. van, Sönmez, N. & Brugman, M. (2003). *Speuren naar interculturele kwaliteit voor de GGZ; perspectieven voor betere kwaliteit van zorg voor vluchtelingen en migranten*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Dillen, T. van (2002). Zorg voor mensen met een lichamelijke of zintuiglijke handicap. In: J.E. Neef, H. Tenwolde, I. Mouthaan (red.). *Handboek Interculturele Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

El Fakiri, F., Sixma, H.J. & Weide, M.G. (2000). *Kwaliteit van huisartsenzorg vanuit migrantenperspectief: ontwikkeling van een meetinstrument*. Utrecht: NIVEL.

Gruijter, M.J. de (2003). *Voorlichting voor en door vluchtelingen; randvoorwaarden voor een succesvolle opzet*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

GGZ-Nederland (2002). *Interculturalisatie van de GGZ voor oudere allochtonen: Een handreiking voor zorgverleners en managers van GGZ-instellingen*. Utrecht: GGZ-Nederland.

Gorter, K. & Tabibian, N. (2004). *Allochtonen in de Nierpatiëntenvereniging; interim-rapportage over de eerste onderzoeksfase en opzet van de vervolgfases*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Köseoglu, L., Loon, C.P.M. van & Brittijn-Visscher, A.D. (2001). *Handboek De allochtone zorgvrager centraal: het RPCP-Rijnmond als brug tussen autochtonen en allochtonen*. Rotterdam: Regionaal Patiënten Consumenten Platform - Rijnmond.

Nortier, T., Hoenderkamp, E. & Knoors, H. (1996). *Oor voor allochtone ouders: onderzoek naar ouderparticipatie van allochtone ouders op scholen voor dove en slechthorende kinderen en kinderen met spraak- en taalstoornissen*. Utrecht: stichting Dienstverleners Gehandicapt (sDG).

Raghoebier, R. & Tjalsma, D. (2002). *Quickscan interculturalisatie patiënten- / consumenten-beweging*. Utrecht: NIZW, NPCF.

RVZ - Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002). *Interculturalisatie van de gezondheidszorg: Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.

Steketee, M. & Rijkschroeff, R. (2000). *Cliëntervisitatie in de GGZ*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steketee, M. & Rijkschroeff, R. (2000). *De cliënt als toetsers van de geestelijke gezondheidszorg. Handleiding voor kwaliteitstoetsing door cliëntenraad en cliëntervisitatiecommissie*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Struijs, A. & Saharso, S. (2001). *Gezondheidszorg in de multiculturele samenleving; een inleiding*, In: *Migrantenstudies*, 17, 2.

Tjoa, T.H. & Vermeulen, A. (1999). *Een gezonde kleur : op weg naar een multicultureel patiëntenperspectief*. Amsterdam : Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP), Emancipatiebureau Amsterdam.

Wersch, S.F.M. van (1995). *"Suikerziekte heb je voor een heel lange tijd": allochtone vrouwen en patiëntenorganisaties*. Utrecht: Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform, Pres Emancipatiebureau Utrecht.

Ypsilon Nieuws (april 2000). *Zorg aan allochtonen: weinig gevoelig, weinig gastvrij*.

Bijlage 1 Afspraken met de Raad van Bestuur

De cliëntenraad en de Raad van Bestuur hebben ieder een eigen rol bij de kwaliteitstoetsing. U als cliëntenraad bepaalt van welk aspect van de zorgverlening de kwaliteit getoetst wordt en hoe dat zal gebeuren. De Raad van Bestuur is verantwoordelijk voor de gang van zaken in de instelling. Voor de uitvoering van een kwaliteitstoetsing is daarom de medewerking van de Raad van Bestuur nodig.

De Raad van Bestuur bepaalt ook in belangrijke mate in hoeverre de instelling rekening houdt met de uitkomsten van de kwaliteitstoetsing. Hoe belangrijk de positie van de Raad van Bestuur ook is, dit neemt niet weg dat u bepaalt welke kwaliteitstoetsing u wil laten uitvoeren en dat de Raad van Bestuur daaraan in principe zijn medewerking hoort te verlenen. Het gaat tenslotte om kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief.

U kunt met de Raad van Bestuur afspraken over de uitvoering van de kwaliteitstoetsing vastleggen in een overeenkomst. De hierna volgende voorbeeldovereenkomst kan hierbij als handvat fungeren.

Voorbeeldovereenkomst cliëntenraad - zorgaanbieder

De (naam zorgaanbieder) te (vestigingsplaats zorgaanbieder), bij het aangaan van deze overeenkomst vertegenwoordigd door de voorzitter van de Raad van Bestuur (naam voorzitter Raad van Bestuur), hierna te noemen: 'de zorgaanbieder'

en

de cliëntenraad van (naam zorgaanbieder), bij het aangaan van deze overeenkomst vertegenwoordigd door de voorzitter, (naam voorzitter cliëntenraad), en de secretaris (naam secretaris cliëntenraad), hierna te noemen: 'de cliëntenraad'

zijn van mening dat:

het belangrijk is dat de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening, die (naam zorgaanbieder) haar cliënten biedt, vanuit cliëntenperspectief wordt getoetst,

het plan van aanpak dat de cliëntenraad op (datum) heeft vastgesteld (hierna te noemen: 'het plan van aanpak'), daarom zo goed mogelijk moet worden uitgevoerd,

en komen het volgende overeen:

Artikel 1 Medewerking zorgaanbieder

1. De zorgaanbieder verleent zijn medewerking aan de uitvoering van het plan van aanpak, voorzover dit redelijkerwijs van hem verwacht mag worden. Dit houdt tenminste in dat:
 - a. de zorgaanbieder medewerking verleent aan degene die de kwaliteitstoetsing uitvoert;
 - b. vergaderfaciliteiten ter beschikking stelt aan de cliëntenraad en degene die de kwaliteitstoetsing uitvoert;
 - c. de zorgaanbieder de cliëntenraad de faciliteiten biedt die nodig zijn om contact met de cliënten te onderhouden over de uitvoering van de kwaliteitstoetsing;

- d. de zorgaanbieders medewerkers de opdracht geeft om hun medewerking te verlenen aan de uitvoering van het plan van aanpak;
 - e. de zorgaanbieder de aanbevelingen voortkomend uit het onderzoek zal overnemen voor verbeteringen;
 - f. de zorgaanbieder een plan voor (een) verbetertraject(en) zal opstellen aan de hand van een tijdpad.
2. De wijze waarop de zorgaanbieder zijn medewerking aan de uitvoering van het plan van aanpak verleent, wordt besproken in het overleg tussen de cliëntenraad en degene die wordt genoemd in artikel 2, lid 1.

Toelichting

In dit artikel neemt de zorgaanbieder de plicht op zich om zijn medewerking te verlenen aan de uitvoering van het plan van aanpak. Bovendien worden enkele dingen genoemd die hij in dat verband tenminste moet doen. Afhankelijk van de inhoud van het plan van aanpak kunnen onderwerpen worden toegevoegd aan de tekst van lid 1. U bespreekt met degene die de zorgaanbieder heeft aangewezen als aanspreekpunt, wat de zorgaanbieder precies doet om zijn medewerking aan de uitvoering van het plan van aanpak te verlenen. Als u hierover met elkaar geen overeenstemming bereikt, dan kunt u een oplossing vinden worden door de regeling voor meningsverschillen (zie artikel 5) toe te passen.

Artikel 2 Aanspreekpunten

1. In het kader van de uitvoering van deze overeenkomst treedt (naam en functie) op als aanspreekpunt van de zorgaanbieder, bij diens afwezigheid is (naam en functie) het aanspreekpunt.
2. In het kader van de uitvoering van deze overeenkomst treedt (naam en functie) op als aanspreekpunt van de cliëntenraad, bij diens afwezigheid is (naam en functie) het aanspreekpunt.

Toelichting

In dit artikel wordt afgesproken welke medewerker van de zorgaanbieder u kunt aanspreken in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst. Dit is bij voorkeur iemand die bevoegd is om beslissingen te nemen, zodat de afspraken die hij of zij met u

maakt niet door iemand anders moeten worden goedgekeurd. Verder wordt afgesproken wie van de cliëntenraad als aanspreekpunt voor de zorgaanbieder fungeert.

Artikel 3 Overleg over uitvoering plan van aanpak

1. De uitvoering van het plan van aanpak wordt op hoofdlijnen besproken in het overleg tussen Raad van Bestuur en cliëntenraad.
2. De voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak wordt regelmatig besproken in het overleg tussen de cliëntenraad en (naam en functie genoemd in artikel 2, lid 2) Raad van Bestuur.

Toelichting

U bespreekt de uitvoering van het plan van aanpak in het overleg met u en het aanspreekpunt van de GGZ-instelling. Doel van dit overleg is het plannen en afstemmen van werkzaamheden. Daarnaast bespreekt u de uitvoering van het plan van aanpak op hoofdlijnen met de Raad van Bestuur. Dit overleg is informierend en oriënterend van aard.

Artikel 4 Uitkomsten kwaliteitstoetsing

1. De uitkomsten van de kwaliteitstoetsing worden in een openbaar eindrapport weergegeven.
2. Cliëntenraad en Raad van Bestuur bespreken de uitkomst van de kwaliteitstoetsing en de naar aanleiding daarvan te starten verbetertrajecten.
3. De Raad van Bestuur legt het verbetertraject vast, gekoppeld aan een tijdpad. Dit tijdpad is inzichtelijk en het verbetertraject wordt regelmatig in de gezamenlijke overleggen van de Cliëntenraad en Raad van Bestuur besproken.
4. De kwaliteitstoetsing, de uitkomsten daarvan en de naar aanleiding daarvan te starten verbetertrajecten, worden beschreven in het kwaliteitsjaarverslag van de zorgaanbieder.

Toelichting

Kwaliteitstoetsing is geen doel op zich, maar een middel om tot verbetering van de kwaliteit van zorg te komen. Daarom wordt in dit artikel bepaald dat de Raad van Bestuur en u de uitkomst van de kwaliteitstoetsing met elkaar bespreken. Op basis daarvan kunt u beoordelen op welke punten de zorg verbeterd moet worden en kunt u afspraken maken over wat gedaan moet worden om die verbetering te realiseren.

De GGZ-instelling schrijft jaarlijks een verslag over hoe hij een goede kwaliteit van zorg bevordert. In dit artikel wordt bepaald dat de zorgaanbieder in dat kwaliteitsjaarverslag ook aandacht besteedt aan de kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief.

Artikel 5 Meningsverschillen

1. Meningsverschillen bij de uitvoering van deze overeenkomst worden besproken in het overleg tussen cliëntenraad en Raad van Bestuur.
2. Wordt in dit overleg geen voor beide partijen bevredigende oplossing gevonden, dan wordt het meningsverschil voorgelegd aan de landelijke geschillencommissie GGZ.
3. Cliëntenraad en Raad van Bestuur beschouwen de uitspraak van de geschillencommissie als bindend.

Toelichting

Meningsverschillen over de uitvoering van overeenkomsten worden in principe aan de rechtbank voorgelegd. Omdat een rechterlijke procedure lang duurt en de kosten hoog zijn, wordt in deze overeenkomst voor een andere mogelijkheid gekozen. Meningsverschillen worden niet aan de rechter, maar aan de landelijke geschillencommissie GGZ voorgelegd. Een uitspraak van deze commissie is, op grond van dit artikel, bindend voor zowel u als de instelling.

Artikel 6 Evaluatie

1. De uitvoering van deze overeenkomst en de uitvoering van het plan van aanpak worden geëvalueerd door de cliëntenraad en door de Raad van Bestuur. Deze evaluatie wordt besproken in het overleg tussen de cliëntenraad en de Raad van Bestuur.

2. De uitvoering van de verbetertrajecten wordt, na afronding daarvan, eveneens geëvalueerd door de cliëntenraad en de Raad van Bestuur. Deze evaluatie wordt besproken in het overleg tussen cliëntenraad en Raad van Bestuur.

Toelichting

De uitvoering van het plan van aanpak, de kwaliteitstoetsing en de verbetertrajecten bespreekt u achteraf in het overleg met de Raad van Bestuur. Het doel van dit overleg is om te beoordelen of wat beide partijen ervan verwacht hadden is gebeurd. Is dit niet het geval, dan kunt u bespreken of dit alsnog kan gebeuren of dat hieruit lering kan worden getrokken voor een volgende keer.

Aldus overeengekomen op (datum) te (plaats),

Namens de cliëntenraad

Namens de zorgaanbieder

Bijlage 2 Voorbeeld van een begroting

Het beschikbare budget kunt u in grote lijnen als volgt verdelen:

Begeleiding Kwadraad (arbeidskosten, BTW, overhead etc.)	80%
Overige kosten als (onkosten)vergoeding voor vrijwilligers, materiaalkosten, en zaalhuur	20%

Bij het maken van een begroting dient u deze posten apart te begroten:

Begroting kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief voor (tijdsduur aangeven)

Begeleiding en uitvoering Kwadraad	€
Vergoedingen voor vrijwilligers	€
Materiaalkosten	€
Zaalhuur	€
Overige kosten:	€
<hr/>	
Totaal	€



Kwadraad is opgericht door de Cliëntenbond in de GGZ en de Stichting LPR. Kwadraad ondersteunt cliëntenraden bij het opzetten en uitvoeren van een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief binnen hun instelling.

Kwadraad Ondersteuning biedt ondersteuning bij het opstellen van een plan van aanpak voor een kwaliteitstoetsing. Dit plan beschrijft welk onderwerp u wilt toetsen, wat de vraagstelling van de toetsing is en hoe u dit onderzoek wilt laten uitvoeren.

Kwadraad Toetsing voert kwaliteitsonderzoeken uit en werkt onder andere volgens het kwaliteitssysteem: "Cliëntervisitatie in de GGZ", zoals in deze uitgave is beschreven.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de medewerkers van Kwadraad op telefoonnummer 030 297 08 76, e-mail secretariaat@kwadraad.info. U kunt ook kijken op de website www.kwadraad.info.



Het Verwey-Jonker Instituut is een sociaal-wetenschappelijk onderzoeksinstituut te Utrecht. Het instituut doet onderzoek naar sociale vraagstukken. Drie perspectieven staan centraal in dit onderzoek: dat van burgers, instellingen en overheden. De uitkomsten van onderzoek zijn bruikbaar voor aanpassingen in het beleid van organisaties en overheden. Het instituut wil met behulp van onderzoek de sociale participatie van burgers bevorderen en bijdragen aan de aanpak van maatschappelijke problemen.