

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Ontwikkeling van indicatoren in het kader van
doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020**

Marcia Poelman
Prof. dr. Koen Hermans
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>
Publicatie nr. 2011/08
SWVG-Rapport 19

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Titel rapport: Ontwikkeling indicatoren in het kader van pact 2020
Onderzoeker: Marcia Poelman
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Co-promotor: Dr. Koen Hermans
Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Lieve Van Cauwenberghe, Manuela Schröder

Samenstelling van de stuurgroep: Joost Bronselaer, voorzitter (Kenniscentrum WVG), Lut Vandendoer (Kenniscentrum WVG), Bea Buysse (Agentschap Kind en Gezin), Dany Dewulf (VAPH), Herwin De Kind (Agentschap Zorg en Gezondheid), Christophe Cousaert (VIPA), An Oosterlinck (Zorginspectie), Katrien Mortelmans (Afdeling Beheersmonitoring, Departement WVG), Koenraad Jacob (Datawarehouse, Kenniscentrum WVG), Lut Vandendoer (Kenniscentrum WVG) Marijke Enghien (Afdeling Welzijn en Samenleving), Koen Devroey (Afdeling Welzijn en Samenleving), Dirk Moons (Studiedienst Vlaamse Regering) Koen Hermans (Steunpunt WVG), Chantal Van Audenhove (Steunpunt WVG)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG
Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde
Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen
Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenten klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levensloopspsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Rapport 19

ONTWIKKELING VAN INDICATOREN IN HET KADER VAN DOELSTELLING 12 'ZORG' VAN HET PACT 2020

Onderzoeker: Marcia Poelman
Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Co-promotor: Prof. dr. Koen Hermans

Samenvatting

Vlaanderen in Actie (ViA) is het toekomstproject voor Vlaanderen. De uitvoering van dit plan moet er toe leiden dat Vlaanderen tegen 2020 in Europa uitmunt als een economisch innovatieve, duurzame en sociaal warme samenleving. De Vlaamse overheid heeft in het Pact 2020 ook indicatoren geformuleerd die moeten toelaten de uitvoering van het plan en dus de realisatie van de doelstellingen te monitoren. Over deze indicatoren wordt jaarlijks gerapporteerd. Deze studie focust op doelstelling 12 'Zorg' van dit Pact en heeft twee onderzoeksdoelen: het evalueren van de huidige kernindicatoren en het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. De centrale vraag hierbij is of de beschikbare indicatoren toelaten om de realisatie van de doelstellingen te meten en of er andere indicatoren kunnen ontwikkeld worden die hiertoe een essentiële bijdrage kunnen leveren?

1. Het onderzoeksproces

In het eerste hoofdstuk van dit rapport wordt stilgestaan bij de definitie en het ontwikkelingsproces van indicatoren. De literatuur onderscheidt drie types van beleids- of performantie-indicatoren: (1)

- *Structuurindicatoren* geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt geleverd
- *Procesindicatoren* geven informatie over processen die worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Ze meten op welke manier en hoe (vaak) iets is gedaan
- *Resultaatsindicatoren* geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen voor alle stakeholders (de gebruikers en de ruimere samenleving)

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een theoretische en pragmatische benadering van indicatorontwikkeling. Bij de theoretische benadering worden eerst de meest valide en betrouwbare indicatoren geformuleerd om vervolgens procedures te ontwikkelen om het benodigde cijfermateriaal te bekomen. De pragmatische benadering start van het beschikbaar cijfermateriaal en tracht op basis hiervan indicatoren te

ontwikkelingen die voldoende valide en betrouwbaar zijn om de doelstellingen of de concepten te meten.

Dit onderzoek vertrekt vanuit een pragmatische benadering, omdat de indicatoren moeten opgenomen kunnen worden in de volgende metingen in het kader van Pact 2020. Traditioneel worden vijf fasen in het ontwikkelingsproces onderscheiden:

1. Het bepalen van SMART-doelstellingen en van de scope van de monitoring
2. Selecteren en opstellen van een longlist indicatoren.
3. Ontwikkel shortlist van indicatoren:
4. Pilootfase in beperkte setting om indicatoren te berekenen.
5. Implementatie op grote schaal

Gezien de duur van dit project worden enkel de eerste drie fasen doorlopen worden. Er wordt geopteerd voor een agentschap-specifieke aanpak. Dit betekent dat per agentschap performantie-indicatoren worden ontwikkeld. Per agentschap worden hiervoor drie focusgroepen georganiseerd. De eerste focusgroep staat in het teken van het verfijnen en operationaliseren van de zeven centrale concepten in Pact 2020: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. In de tweede focusgroep leggen de onderzoekers hun longlist met mogelijke indicatoren voor. Deze longlist is gebaseerd op de internationaal beschikbare indicatoren, de lijst met indicatoren afkomstig uit de CBGS-studie en een verkenning van de beschikbare registratiesystemen. Tijdens de derde samenkomst wordt de weerhouden shortlist ter discussie voorgelegd. De onderzoekers overlopen samen met de deelnemers de kwaliteitscriteria en de definitie.

2. Evaluatie van de huidige kernindicatoren

Hoofdstuk twee zet de vaststellingen bij de huidige kernindicatoren op een rijtje. Ten eerste gaan de huidige kernindicatoren slechts een beperkt deel van de subdoelstellingen na. De focus ligt daarbij vooral op de toereikendheid van het aanbod. Effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden nauwelijks afgedekt door de huidige kernindicatoren. Het zijn bovendien voornamelijk structuur- en procesindicatoren die toelaten om de output te meten.

Ten tweede kan er in de officiële documenten weinig info gevonden worden over de internationale vergelijkbaarheid van de huidige kernindicatoren. Dit is nochtans relevant, aangezien Vlaanderen in 2020 wil behoren tot de top vijf van de meest succesvolle regio's in Europa.

3. Internationaal vergelijkbare indicatoren?

Het overzicht van de huidige internationaal vergelijkbare performantie-indicatoren leidt tot de volgende vaststellingen. In de eerste plaats blijkt dat internationale vergelijkingen tussen zorgsystemen en dus tussen scores op indicatoren met de nodige omzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden omwille van verschillende meetprocedures en gezondheids- en welzijnssystemen. Daar komt nog bij dat voor welzijnsdiensten opvallend minder internationaal vergelijkbare indicatoren beschikbaar zijn. Bovendien zijn de meeste OECD-indicatoren enkel voor België beschikbaar. Hier ligt nog een onontgonnen terrein om deze indicatoren specifiek voor Vlaanderen te berekenen.

Een tweede vaststelling is de groeiende aandacht voor resultaatsindicatoren. Tegelijkertijd vraagt het werken met resultaatsindicatoren veel inspanningsvereisten bij het werkveld op de benodigde data te verzamelen.

Ten derde neemt de aandacht toe voor de kwaliteitsbeleving vanuit het perspectief van de gebruiker/patiënt als toetssteen van de de zorg. Dit wordt gelegitimeerd vanuit het belang van 'patient-centredness'. Dit betekent ook dat nieuwe meetprocedures nodig zijn om gebruikerservaringen op een geobjectiveerde wijze te meten.

Een laatste meer overkoepelend besluit betreft het grote aantal indicatoren dat ontwikkeld wordt om (onderdelen) van de zorg te monitoren. In het kader van Pact 2020 wordt ernaar gestreefd om het aantal indicatoren zo beperkt mogelijk te houden. Gezien de veelheid aan sectoren die door doelstelling 12 van het Pact 2020 gedekt worden, stelt zich de vraag of het werken met enkele indicatoren er niet toe leidt dat essentiële onderdelen van dat functioneren buiten beeld blijven.

4. Intersectorale inzichten op basis van de focusgroepen

Een eerste algemene vaststelling is dat de concept "kwaliteitsvol" niet eenvoudig te operationaliseren valt. Er is de neiging om de andere concepten (effectiviteit, efficiëntie...) naar voor te schuiven als dimensies van het containerbegrip "kwaliteitsvol", net zoals dit ook bij de EU en de OESO gebeurt. Met het kwaliteitsdecreet van de tweede generatie komt de focus te liggen op de kwaliteit van het eindproduct en op de resultaten van de zorg. Deze verschuiving kan niet onderschat worden. Zo is het tekenend dat er in de CBGS-studie van 2003 weinig of geen aandacht ging naar de effecten van zorg als toetssteen van de kwaliteit. Dit zorgt ervoor dat kwaliteit en effectiviteit naar mekaar opschuiven. Er komt nog bij dat al de agentschappen bezig zijn met het formuleren van een referentiekader 'kwaliteit van zorg', in samenspraak met het werkveld. Dit zorgt mogelijks op relatief korte termijn tot nieuwe sporen voor indicatorenontwikkeling.

Ten tweede lokt het concept "kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker" wisselende respons uit bij de agentschappen. Eén van de bezorgdheden is in welke mate het subjectieve oordeel van de gebruiker als toetssteen beschouwd kan worden, zeker wanneer dat subjectieve oordeel gemeten wordt via een tevredenheidsmeting.

Een derde vaststelling heeft te maken met de aanbeveling dat beleidsindicatoren betrekking moeten hebben op processen waarop de overheid een impact kan hebben. Gezien de specifieke bevoegdheidsverdeling in België is dit verre van evident. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling is er bij de agentschappen wel terughoudendheid vast te stellen om indicatoren te ontwikkelen waarop de Vlaamse overheid slechts deels impact heeft.

Een vierde vaststelling is dat er in de focusgroepen voortdurend verwezen wordt naar de ontwikkelingen omtrent e-Health en het GEWIN-decreet. Dit decreet wenst de Vlaamse overheid in 2011 te finaliseren. Welke koppelingen tussen gegevenssystemen mogelijk zullen zijn, zal afhangen van het al dan niet tot stand komen van dit decreet. Koppelingen tussen databanken zijn bovendien enkel mogelijk door middel van een unieke cliëntidentificator. Indien dit grootschalig traject zou gerealiseerd worden, zijn er veel meer mogelijkheden qua beleidsmonitoring.

Een zesde bedenking betreft de houding van de agentschappen ten aanzien van indicatoren. Zij verwijzen in de eerste plaats naar de VRIND-indicatoren en de indicatoren die in de beheersovereenkomsten zijn opgenomen en die politiek gevalideerd zijn. Wanneer we de indicatoren uit de beheersovereenkomst overlopen, valt op dat er relatief weinig resultaatsindicatoren zijn opgenomen.

5. Agentschapspecifieke indicatoren

In de studie worden 32 nieuwe indicatoren voorgesteld. Voor een grondige omschrijving van de indicatoren verwijzen we naar de metafiches van de weerhouden indicatoren. De volgende kenmerken worden daarin beschreven: benaming, definitie, relevantie, berekeningswijze, bron en leverancier, tijds kader, streefwaarde, validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid.

6. Aanbevelingen

Er is op dit moment geen instantie verantwoordelijk die de bestaande registratiesystemen kunnen linken op een wijze die de privacy van de gebruiker waarborgt, naar analogie met de Federale Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Het onderzoeken van het linken van registratiesystemen is een waardevolle piste om de mate van overlap tussen de verschillende 'sectorale' doelpopulaties te kunnen inschatten. Dit koppelen van databanken kan bijvoorbeeld aantonen hoe groot het 'intersectoraal' zorggebruik is. Hiervoor is er wel minstens een **unieke cliëntidentificator** nodig om de databanken te kunnen koppelen.

Op dit moment stellen we uiteenlopende praktijken vast tussen de verschillende agentschappen, vooral dan in het gebruik van resultaatsindicatoren. Er is de laatste jaren binnen het beleidsdomein WVG geïnvesteerd in de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie op monitoring die onder andere tot uiting komt in de creatie van de vier departementale dashboards (zorgaanbod, gebruik, kostprijs en personeel). De vraag is welke plaats resultaatsindicatoren hierin zullen innemen.

Een volgende aanbeveling betreft het meten van de **kwaliteit vanuit oogpunt** van de gebruiker. Vlaanderen heeft in tegenstelling tot Nederland weinig ervaring met het bevragen van gebruikers. In Nederland neemt het meten van cliëntervaringen een belangrijke rol in bij het beoordelen van de prestaties van de gezondheidszorg. Het gaat hier niet om continue registraties, maar om jaarlijkse metingen.

Een laatste discussiepunt is het aantal indicatoren. Er zijn op dit moment 10 kernindicatoren opgenomen die vooral in het teken staan van het meten van de toereikendheid van het aanbod. Aan deze indicatoren zijn per agentschap een aantal indicatoren toegevoegd die toelaten om ook de andere doelen van het Pact 2020 te meten. Het internationaal overzicht maakt echter duidelijk dat het in feite moeilijk mogelijk is om door middel van één indicator het functioneren van een hele sector te vatten. In feite staat men voor een fundamentele keuze. Ofwel opteert men om slechts één toetscriterium te monitoren (bv. toereikendheid) ofwel gaat men voor alle criteria maar dan is **een shortlist van tien kernindicatoren te beperkt** om over alle sectoren valide uitspraken te kunnen doen.

Inhoudsopgave

Inleiding	11
Hoofdstuk 1 Prestatie-indicatoren gedefinieerd	13
1 Definitie van prestatie-indicatoren	13
2 Types van indicatoren	15
2.1 Drie types van prestatie-indicatoren	15
2.2 Indicatoren gerelateerd aan de beleids- en beheerscyclus	16
2.3 Vergelijking tussen beide indelingen	18
2.4 Resultaten van zorg verder ontrafeld	19
2.5 Koppeling met kwaliteitszorg	20
2.6 Focus op resultaatsindicatoren?	23
3 De ontwikkeling van indicatoren	24
3.1 Een stappenplan	25
3.2 Aandachtspunten bij het ontwikkelen van indicatoren	29
3.3 Valkuilen bij het werken met indicatoren	30
3.4 Een checklist voor indicatoren	31
4 Metafiche	32
4.1 De concepten metadata en metafiche nader omschreven	32
4.2 Een overzicht van kenmerken en dimensies	34
4.3 Naar een synthese van deze richtlijnen	36
4.4 Selectie van een checklist en een metafiche	36
4.4.1 Checklist	36
4.4.2 Metafiche	37
5 Besluit	39
Hoofdstuk 2 Doelstelling 12 van het Pact 2020	41
1 Zes subdoelstellingen over zorg in het Pact 2020	41
2 Tien kernindicatoren in het Pact 2020	44
3 Kernindicatoren versus beleidsindicatoren in Departement WVG	46
4 Indicatoren in de beheersovereenkomsten	55
4.1 Kind en Gezin	55
4.2 Jongerenwelzijn	56
4.3 VAPH	57
4.4 Zorg en Gezondheid	58

5	Besluit met betrekking tot de beheersovereenkomsten	60
	Hoofdstuk 3 Het meten van de kwaliteit van zorg	61
1	Internationale definities van kwaliteit van zorg	62
1.1	Institute of Medicine	62
1.2	OECD: Health Care Quality Indicators Project	63
1.3	Het kwaliteitskader voor sociale dienstverlening van de EU	64
1.4	Kwaliteit van zorg: resultaat- en gebruikersgerichtheid	65
2	Bestaande kwaliteitsindicatoren ter inspiratie	66
2.1	Indicatoren op internationaal en Europees niveau	66
2.1.1	Prestatie-indicatoren van de OECD	67
2.1.2	EU-indicatoren	68
2.2	Specifieke indicatoren bij nationale overheden	71
2.2.1	CBGS-studie: Indicatoren in het kader van het Pact van Vilvoorde	71
2.2.2	KCE-studie: Prestaties van de gezondheidszorg	73
2.2.3	De Nederlandse zorgbalans	73
2.3	Nederlandse prestatie-indicatoren in ouderenzorg, jeugdzorg en GGZ	75
3	Besluit	78
	Hoofdstuk 4 Onderzoeksmethode	81
1	Onderzoeksopzet	81
2	Focusgroepen als onderzoeksmethode	82
2.1	Invulling van de eerste focusgroep	82
2.2	Invulling van de tweede focusgroep	83
2.3	Invulling van de derde focusgroep	84
3	Terugblik op de focusgroepen	84
	Hoofdstuk 5 Ontwikkelen van agentschap-specifieke indicatoren	87
1	Intersectorale bevindingen en beschouwingen	87
2	Agentschap Kind en Gezin	90
2.1	Beleidsprioriteiten en scope van de monitor	90
2.2	Bespreking van de longlist	95
2.3	Van longlist naar shortlist	99
2.4	Besluit	102
3	VAPH	102
3.1	Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties	103

3.2	Bespreking van de longlist	106
3.3	Van longlist naar shortlist	113
3.4	Besluit	117
4	Jongerenwelzijn	117
4.1	Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties	117
4.2	Bespreking van de longlist	120
4.3	Van longlist naar shortlist	124
4.4	Besluit	127
5	Afdeling Welzijn en Samenleving	127
5.1	Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties	127
5.2	Van longlist naar shortlist	132
6	Agentschap Zorg en Gezondheid	133
6.1	Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties	133
6.2	Van longlist naar shortlist	139
7	Zorginspectie	142
8	VIPA	144
9	Besluit	146
	Hoofdstuk 6 Conclusies en aanbevelingen	147
1	Situering van doelstelling 12 'Zorg' van Pact 2020	147
2	Het ontwikkelen van indicatoren	148
3	Onderzoeksmethode	149
4	Evaluatie van de huidige kernindicatoren	150
5	Internationaal vergelijkbare indicatoren?	151
6	Agentschap-specifieke shortlisten	152
6.1	Intersectorale inzichten op basis van de focusgroepen	153
6.2	Agentschapspecifieke indicatoren	154
7	Terugblik en aanbevelingen	158
	Bibliografie	161
	Bijlage 1. Metafiches van de weerhouden indicatoren	167

Lijst Tabellen

Tabel 1. Pact 2020 doelstellingen voor zorg en hun overeenkomstige indicatoren	46
Tabel 2. VRIND-indicatoren 2011	48
Tabel 3. Definities van kwaliteit van zorg	65
Tabel 4. OECD-kwaliteitsindicatoren Geestelijke Gezondheidszorg	67
Tabel 5. Penetratie van het elektronisch dossier bij de huisarts	69
Tabel 6. Kwaliteitsdimensies en -indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg	70
Tabel 7. Beleidsindicatoren in het kader van het Pact van Vilvoorde	72
Tabel 8. Kind-staf ratio in formele kinderopvang 0-3 jarigen (OECD, 2010)	96
Tabel 9. Samenhang tussen vrouwelijke tewerkstelling en budget voor de kinderopvang in 2007	97
Tabel 10. Shortlist prestatie-indicatoren Kind en Gezin	100
Tabel 11. Longlist van prestatie-indicatoren voor het VAPH	107
Tabel 12. Shortlist Prestatie-indicatoren VAPH	113
Tabel 13. Aandeel leerlingen en scholieren met een handicap die bijkomende ondersteuning genieten naar type onderwijs in 2003	115
Tabel 14. Aandeel leerlingen met leerproblemen tijdens de schoolloopbaan naar type van onderwijs in 2003	116
Tabel 15. Shortlist Afdeling Welzijn en Samenleving	132
Tabel 16. De huidige 10 beleidsindicatoren voor de CGG	138
Tabel 17. Shortlist Zorg en Gezondheid	142
Tabel 18. Pact 2020: doelstellingen 'Zorg en kernindicatoren'	151
Tabel 19. Prestatie-indicatoren Kind en gezin	155
Tabel 20. Prestatie-indicatoren VAPH	156
Tabel 21. Prestatie-indicatoren Jongerenwelzijn	156
Tabel 22. Prestatie-indicatoren Zorg en Gezondheid	157
Tabel 23. Prestatie-indicatoren Welzijn en Samenleving	157
Tabel 24. Shortlist VIPA	158

Lijst Figuren

Figuur 1: EFQM Model voor zelfevaluatie (EFQM 2011)	16
Figuur 2: Beleids- en beheercyclus als open systeemmodel	17
Figuur 3: Uitkomstenkwadrant van Walburg (2003)	19
Figuur 4: Stappenplan ontwikkeling van indicatoren	26
Figuur 6: SMART-criteria toegepast om doelstelling 12 'Zorg' van Pact 2020	43
Figuur 7. Stof voor discussie: prestatie-indicatoren voor de jeugdzorg	77

Inleiding

Met 'Vlaanderen in actie' stelde de Vlaamse overheid een toekomstplan op voor Vlaanderen. De 7 grote doorbraken die men voor ogen heeft, worden vertaald in 20 doelstellingen in het Pact 2020. Deze doelstellingen dienen als leidraad om Vlaanderen naar de top van Europa te leiden. Met betrekking tot doelstelling 12 'zorg' bevat het Pact 2020 zes subdoelstellingen:

- In 2020 voorziet Vlaanderen in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.
- Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan in 2020 efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.
- Eerstelijnszorg en thuiszorg zijn in 2020 versterkt.
- Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.
- In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er in 2020 voldoende aanbod gecreëerd.
- Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden in 2020 formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.

Om de doelstellingen van het Pact 2020 goed te kunnen opvolgen, rapporteert de Studiedienst van de Vlaamse Regering jaarlijks over een hele reeks indicatoren. Om de realisatie van de subdoelstellingen voor doelstelling 12 'Zorg' kwaliteitsvol op te volgen, is er nood aan een evaluatie van de huidige kernindicatoren die gehanteerd worden in de nulmeting en aan het uitwerken van nieuwe indicatoren. Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeuren gaf de opdracht aan het Steunpunt WVG om binnen het kader van een ad hoc project de bestaande indicatoren te evalueren en nieuwe indicatoren te ontwikkelen. Hiertoe worden verschillende onderzoeksmethoden gehanteerd: literatuurstudie, interviews en focusgroepen met experts uit het departement WVG en uit de verschillende agentschappen.

De opbouw van het rapport ziet er als volgt. Hoofdstuk 1 definieert prestatie-indicatoren en beschrijft het ontwikkelingsproces en het gebruik van metafiches. Hoofdstuk 2 bekijkt de doelstellingen en indicatoren uit het Pact 2020 rond zorg van naderbij. Een kernbegrip dat hierin aan bod komt is 'kwaliteit' van zorg. Dit concept wordt in een derde hoofdstuk verder geëxpliciteerd. We geven internationale voorbeelden ter inspiratie van de operationalisering van dit begrip. Bijzondere aandacht gaat hierbij naar internationaal gevalideerde prestatie-indicatoren in de zorg. Hoofdstuk 4 zet de methodologische lijnen uit van het empirische onderzoeksluik. Het onderzoek vertrekt van een pragmatische benadering van indicatorontwikkeling, die zich baseert op de bestaande en beschikbare data en cijfermateriaal. Dit gebeurt agentschap-specifiek. Hoofdstuk 5 geeft de weerslag van de focusgroepgesprekken met de afzonderlijke agentschappen en eindigt per agentschap met de beschrijving van een

aantal nieuwe indicatoren. Hoofdstuk 6 sluit af met de conclusies en aanbevelingen van deze studie.

Hoofdstuk 1

Prestatie-indicatoren gedefinieerd

Het overheidsmanagement kende de laatste jaren een aantal evoluties. De belangrijkste hiervan is een sterkere gerichtheid op performantie. De overheid wenst effectief en efficiënt te zijn. Ook de burger verwacht steeds meer een performante overheid die de resultaten bereikt die zij zichzelf oplegt. Het Pact 2020 is een veruitwendiging van deze trend, aangezien de Vlaamse overheid zelf aangeeft welke resultaten zij wil bereiken tegen 2020. Ook binnen het welzijns- en gezondheidsbeleid heeft deze trend zich doorgezet. Meer specifiek is er op het internationale forum bijzonder veel aandacht voor het meten en monitoren van de kwaliteit van zorg (OECD, Institute of Medicine, EU). Om de beleidsuitvoering te kunnen opvolgen zijn er binnen deze benadering beleids- of prestatie-indicatoren nodig aan de hand waarvan de overheid op geregeld tijdstip rapporteert over haar eigen prestaties. Dit hoofdstuk definieert beleids- of prestatie-indicatoren en beschrijft de wijze waarop ze het best ontwikkeld en geïmplementeerd worden. Een indicator is natuurlijk veel meer dan een cijfer of een score, maar bestaat uit een aantal kenmerken die in een metafiche gevat worden. Het laatste onderdeel van dit hoofdstuk bespreekt de onderdelen van zo'n metafiche.

1 Definitie van prestatie-indicatoren

Beleids- of prestatie-indicatoren zijn een hulpmiddel om de uitvoering van het beleid op te volgen of te monitoren. Monitoring gebeurt op een systematische wijze aan de hand van periodieke metingen of registraties (De Peuter, De Smedt et al. 2007). Een monitoringsysteem is een geheel van procedures en kanalen om gegevens te verzamelen, op te slaan, te verwerken en te rapporteren. De elementaire delen van dergelijk meetsysteem zijn indicatoren. Monitoring van beleid kan verschillende doelen dienen die gerelateerd zijn aan de verschillende fasen van de beleidsvoering: (1) het ondersteunen van plan- en beslisprocessen, (2) opvolging en verbetering van uitvoeringsprocessen en organisaties, (3) verantwoording over besteding van middelen, verloop van processen en de output van een organisatie of een beleid. Beleids- of prestatie-indicatoren zijn dus het basisingrediënt van een monitoringsysteem.

Breda et.al. (2002) omschrijft de sequentie bij de aanmaak van indicatoren als volgt:

- Op basis van systematische waarnemingen
- cijfers verzamelen die essentiële informatie bevatten
- die kunnen geordend worden in statistische tabellen, ofwel gekwantificeerd op interval/ordinaal niveau ofwel nominaal
- die verwerkt worden tot indicatoren
- die een uitdrukking geven van de structuur of de verandering in fenomenen die verband houden met wetenschappelijke en/of beleidsmatige bekommernissen.

Belangrijk in deze definitie is dat indicatoren toelaten om veranderingen in kaart te brengen. Het gaat dus om periodieke metingen van bepaalde kenmerken (bv. behoefte aan zorg, zorggebruik, kwantiteit en kwaliteit van het aanbod, effecten van de zorg...).

Indicatoren zijn samenvattende maten die een aanwijzing geven over de werking of toestand van een systeem (Pencheon, 2008). Een indicator heeft een signaalfunctie: het wijst op een bepaald aspect van presteren en helpt om een organisatie te begrijpen, te vergelijken en te verbeteren (Beersen, Kallewaard et al., 2007).

Indicatoren zijn in de afgelopen jaren een steeds belangrijker rol gaan spelen in het overheidsbeleid. Overheden worden meer en meer gevraagd om verantwoording af te leggen over hun prestaties. Prestatie-indicatoren zijn hierbij het aangewezen instrument om beleid te monitoren. Het monitoren van beleid is echter niet gelijk aan het evalueren van beleid. Indicatoren geven wel een zicht op verschuivingen, maar laten vaak onvoldoende toe om de oorzaken van de verschuivingen te verklaren. Anders uitgedrukt, -monitoring levert beschrijvende gegevens op en beantwoordt 'wat?vragen' (wat gebeurt er?, wat heeft zich voorgedaan?). Er kan eveneens een vergelijking gemaakt worden tussen wat vooropgesteld was en wat concreet gerealiseerd werd (is het doel bereikt?). Evaluatieonderzoek gaat een stap verder en zet onderzoekstechnieken en -methoden in om aan te tonen hoe verschuivingen en discrepanties verlopen en wat hiervan de oorzaken zijn (hoe- en waaromvraag; waarom werd het doel al dan niet bereikt?). Evaluatieonderzoek heeft dus nood aan een goed onderbouwd monitoringsysteem. Een dergelijk systeem is echter vaak onvoldoende om evaluatieve vragen te beantwoorden. Zo kan de overheid beslissen om de tijd die hulpverleners besteden aan face-to-face contacten te monitoren. De reden hiervoor is dat ze wil weten hoe de verhouding is qua investering in hulpverlening en in organisatorische ondersteuning. Een daling van het aantal 'face-to-face' contacten doorheen de tijd betekent niet noodzakelijk dat de hulpverlener minder efficiënt of minder hard werkt. Zo kan het bijvoorbeeld een organisatorische beleidskeuze zijn om zorggebruikers meer thuis op te zoeken. Dit is echter tijdsintensiever. Een ander voorbeeld betreft het aantal bewoners van een woonzorgcentrum met decubitus betekent niet noodzakelijk dat de kwaliteit van de zorg en de veiligheid onvoldoende is. Het kan evenzeer te maken hebben met de wijze waarop nieuwe bewoners instromen (bv. na slechte verzorging in de thuissituatie of het ziekenhuis). De verschuiving in trends die indicatoren aangeven, moeten dus altijd met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Evaluatie-onderzoek gaat op zoek naar de verklaring voor die verschuiving.

Beleids- of prestatie-indicatoren fungeren dus als een peilstok of maatstaf en hebben als doel input, inspanningen, output of resultaten van beleid meetbaar en transparant te maken. De overheid verkrijgt op die manier informatie over haar eigen prestaties en dit maakt sturing mogelijk. Indicatoren zijn tegelijkertijd slechts een indicatie van het achterliggende concept dat men wenst te meten. Ze hebben daarom eerder een signaalfunctie, maar bieden geen volledig inzicht in het achterliggende fenomeen. De Britse 'The good indicator guide' vergelijkt een indicator met een lampje op een dashboard (Pencheon, 2008, p.6)

"Imagine a car dashboard: an **indicator** is a warning light flashing on the dashboard. It is fed by one of many streams of **data** – maybe oil level, temper-

ature, etc... It flashes when all is not well, suggesting we **stop** the car. The indicator "alerts us to something worthy of further investigation"."

De indicator wijst op een verandering en vestigt hier de aandacht op, maar dat betekent niet noodzakelijk dat het ook duidelijk is wat er precies aan de hand is en wat de achterliggende processen zijn die aan de basis liggen van deze verandering.

2 Types van indicatoren

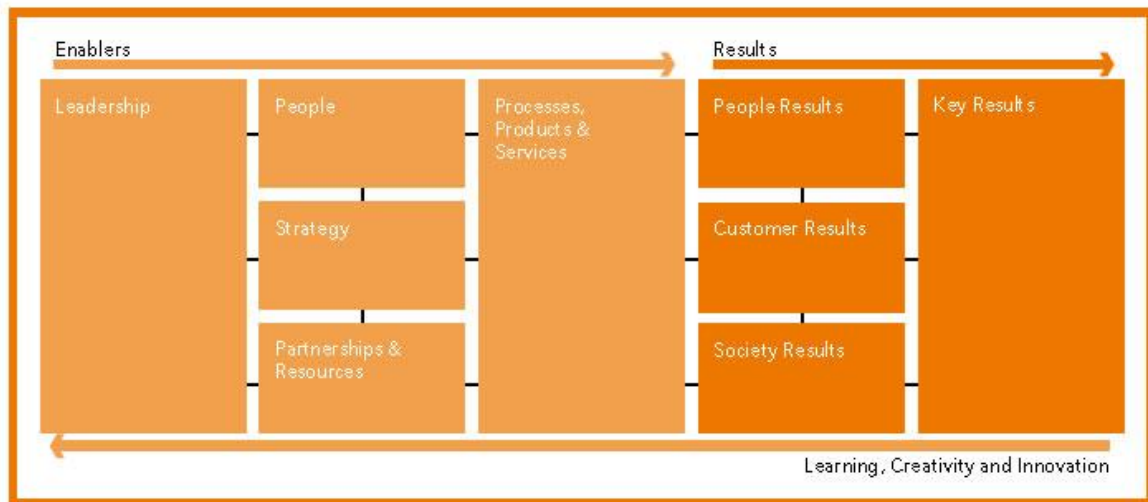
In de literatuur zijn verschillende typologieën van monitoringsystemen en bijbehorende indicatoren voorhanden. We kunnen een onderscheid maken tussen systemen op basis van de inhoudelijke focus, op basis van de fase van de beleidscyclus die opgevolgd wordt, of het om een interne of externe monitoring gaat, er worden kwalitatieve en/of kwantitatieve indicatoren ingezet, objectieve en/of subjectieve indicatoren. Deze paragraaf gaat dieper in op 2 typologieën die bruikbaar zijn bij het monitoren van prestaties in de zorg. Meer bepaald gaat het om het EFQM-model en de beleids- en beheerscyclus als open systeemmodel van het Steunpunt Bestuurlijke Organisatie Vlaanderen. De indeling van Walburg (2003) wordt als een aanvulling op deze modellen meegenomen.

2.1 Drie types van prestatie-indicatoren

Een eerste manier om verschillende types van indicatoren te onderscheiden gebeurt op basis van het EFQM-model (European Foundation for Quality Management). Dit kwaliteitsmodel is erg dominant geworden. In de welzijns- en gezondheidssector heeft het kwaliteitsdecreet er mee voor gezorgd dat voorzieningen hiermee vertrouwd zijn. EFQM is een zelfevaluatie- en kwaliteitsmodel dat aandacht vraagt voor alle aspecten van een organisatie, waaronder de structurele randvoorwaarden, de processen en de gerealiseerde uitkomsten of resultaten voor alle relevante stakeholders.

Het model schuift verschillende criteria naar voren aan de hand waarvan een organisatie naar excellentie dient te streven (Brandt 1999; EFQM 2011). Het gaat om:

- Leiderschap
- Beleid en strategie
- Medewerkers
- Partnerships & Middelen
- Processen
- Klantenresultaten
- Medewerkerresultaten
- Samenlevingsresultaten
- Sleutelprestatieresultaten



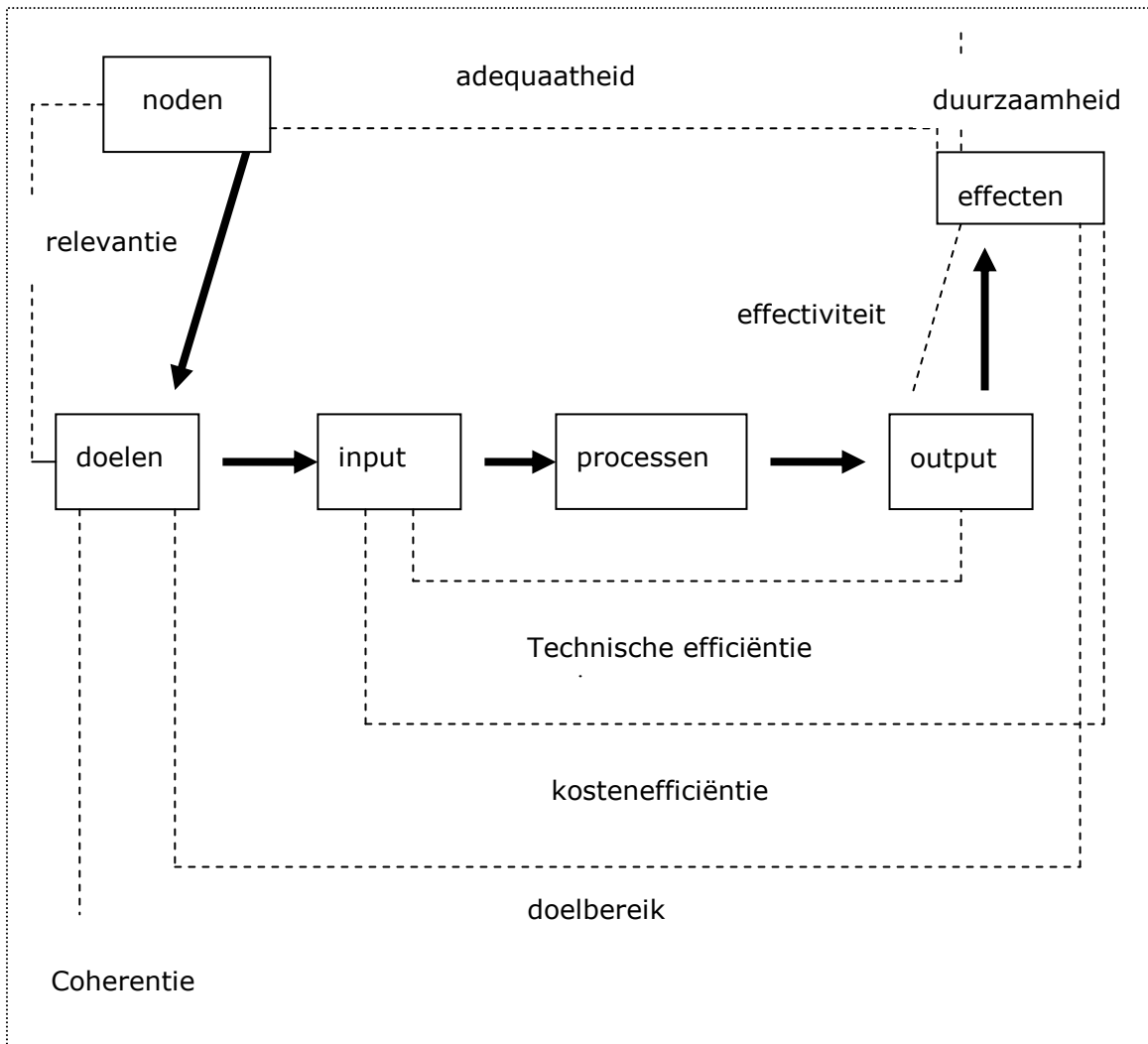
Figuur 1: EFQM Model voor zelfevaluatie (EFQM 2011)

Het model vertrekt tevens van de idee dat een organisatie voortdurend het eigen presteren op drie domeinen opvolgt en bijstuurt: structurele basisvoorwaarden, processen en resultaten (Brandt 1999; EFQM 2011). Hieraan kunnen drie types van prestatie-indicatoren gekoppeld worden. We definiëren ze specifiek voor de zorgsectoren:

- *Structuurindicatoren* geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt geleverd. Bijvoorbeeld het aantal fulltime medewerkers ten opzichte van het aantal patiënten, de competenties van het personeel, de kwaliteit van het leiderschap, de missie, de beschikbaarheid van financiële middelen.
- *Procesindicatoren* geven informatie over de handelingen en processen die binnen het primaire zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Kenmerkend voor procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan. Bijvoorbeeld het aantal gesprekken per patiënt, de specifieke acties die ondernomen zijn, de aangeboden hulpverleningsvorm.
- *Uitkomst- of resultaatsindicatoren* geven informatie over de uitkomsten van de zorgprocessen. In de eerste plaats wordt hiermee verwezen naar de gebruikers en de ruimere samenleving, maar ook de resultaten voor de medewerkers kunnen opgevolgd worden. Uitkomsten zijn van vele factoren afhankelijk en daardoor vaak moeilijk louter toe te schrijven aan de geleverde zorg. Uitkomsten verwijzen dus naar de effecten, bijvoorbeeld op de levenskwaliteit van gebruikers.

2.2 Indicatoren gerelateerd aan de beleids- en beheerscyclus

Het Steunpunt Bestuurlijke Organisatie Vlaanderen hanteert figuur 2 om de beleids- en beheerscyclus voor te stellen (De Peuter et al., 2007). Dit model vertrekt van de noden die zich stellen in de samenleving en die aanleiding geven tot het formuleren van doelen. Vervolgens wordt input vrijgemaakt om processen op gang te brengen die op hun beurt resulteren in output. Deze output genereert een aantal gewenste en mogelijks ook ongewenste effecten.



Figuur 2: Beleids- en beheercyclus als open systeemmodel

Aan de verschillende onderdelen van de beleidscyclus worden in totaal acht evaluatiecriteria verbonden:

- Beleidsrelevantie: komen de doelstellingen tegemoet aan de maatschappelijke noden en behoeften?
- Coherentie en consistentie van beleid: vormen de doelstellingen een samenhangend geheel en zijn ze compatibel met de doelstellingen in andere domeinen?
- Doelbereik: de mate waarin de doelstellingen gehaald worden.
- Technische efficiëntie: is de verhouding tussen input en output?
- Effectiviteit: zijn de geobserveerde effecten toe te schrijven aan het beleid?
- Kosteneffectiviteit: wat is de verhouding tussen input en effect?
- Adequaatheid van effecten: in welke mate komen de effecten tegemoet aan maatschappelijke noden?
- Duurzaamheid van effecten: in welke mate blijven de effecten bestaan bij stopzetting beleid?

De doelen moeten relevant zijn gezien de noden die zich stellen. Daarnaast dienen ze coherent en consistent geformuleerd te zijn. Technische efficiëntie verwijst naar de verhouding tussen input en output: hoeveel output wordt gerealiseerd met de beschikbare input? Bijvoorbeeld, hoeveel gebruikers worden bereikt door het inzetten van een bepaald aantal hulpverleners en verschilt dit naar gelang van de sector, regio, voorziening? Effectiviteit verwijst naar de effecten die de output van het beleid creëert. Die effecten kunnen vastgesteld worden bij de doelgroep (bv. verhoogde levenskwaliteit, langere goede gezondheid...) of bij de ruimere samenleving (bv. lagere jeugdcriminaliteit, minder overlast door jongeren,...). Kostenefficiëntie zet de input af tegen de effecten die bereikt worden. Dit gaat dus een stap verder dan effectiviteit. Ook de kostprijs van de input wordt hierbij ingebracht. Zo kan de ene interventie weliswaar dezelfde resultaten opleveren als een andere, maar er wordt toch geopteerd voor één van beide omdat de kostprijs lager is. Duurzaamheid verwijst naar de mate waarin de effecten blijvend zijn: bijvoorbeeld kan gemonitord worden of uitgestroomde jongeren uit de bijzondere jeugdzorg al dan niet terug in aanraking komen met deze sector. Ook moeten effecten gerelateerd worden aan de oorspronkelijke doelstellingen die aan een beleidsprogramma verbonden werden (adequaatheid). Beleidsevaluatie is binnen deze benadering dus veel ruimer dan enkel ex-post evaluatie die tracht de effecten van beleid na de uitvoering vast te stellen.

Het is duidelijk dat per fase (noden-input-proces-output-effect) specifieke beleidsindicatoren kunnen ontwikkeld worden die toelaten om scores op de verschillende evaluatiecriteria te meten. Deze figuur is dus ook bruikbaar om verschillende types van indicatoren te onderscheiden. Een monitoringsysteem kan periodieke, kwantitatieve informatie aanleveren over de verschillende componenten van dit schema: de noden en de kenmerken van de doelgroep, de input of middelen, de processen, de output en de effecten.

2.3 Vergelijking tussen beide indelingen

Een vergelijking tussen beide indelingen leidt tot de volgende resultaten. In het EFQM-model is er geen verwijzing naar indicatoren die gerelateerd zijn aan de behoeften die zich stellen in de samenleving. Er is enkel de abstracte notie van 'sociale verantwoordelijkheid opnemen'. Binnen het kader van dit project kan het relevant zijn om ook contextindicatoren mee te nemen die informatie geven over de noden die zich stellen in de samenleving. Deze kunnen verwijzen naar specifieke demografische processen zoals vergrijzing, vruchtbaarheid, maar ook naar specifieke behoeften zoals het aantal personen met een langdurige functionele beperking. Dit gebeurt ook bij internationaal gevalideerde sets van beleidsindicatoren (zie verder).

Met betrekking tot de input kan een onderscheid gemaakt worden tussen financiële middelen, materiële middelen en personeel. Structuurindicatoren omvatten dit ook, maar gaan in het EFQM-model een stuk verder omdat ook meer kwalitatieve en moeilijker meetbare aspecten worden meegenomen zoals leiderschap, visie en strategie, samenwerkingsverbanden.

Uitkomst- of effectindicatoren worden in de beleidscyclus niet nader gedefinieerd. Er wordt wel een dimensie toegevoegd, met name kosteneffectiviteit, die betrekking

heeft op de relatie tussen input en effecten. Efficiëntie verwijst in dit schema enkel naar de relatie tussen input en output.

2.4 Resultaten van zorg verder ontrafeld

Er zijn binnen de zorg heel wat modellen voorhanden om de resultaten van zorgprocessen voor gebruikers in kaart te brengen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg worden de uitkomstindicatoren door Walburg (2003) onderverdeeld in een uitkomstenkwadrant.

- Klinische uitkomsten geven de waarneembare veranderingen in de symptomen van de patiënt weer.
- Functionele uitkomsten verwijzen naar het fysiek, psychisch en maatschappelijk functioneren van de patiënt in zijn dagelijks leven.
- Patiëntwaardering is het resultaat van een proces van overweging tussen de verwachting die iemand heeft en de feitelijke zorgverlening.
- Kosten zorgproces zijn de kosten verbonden aan het zorgproces op micro-, meso- en macroniveau.

Klinische uitkomsten	Functionele uitkomsten
Patiëntwaardering	Kosten zorgproces

Figuur 3: Uitkomstenkwadrant van Walburg (2003)

Resultaten of uitkomsten kennen dus verschillende dimensies: het gaat zowel over het verminderen van het probleem als over de bijdrage die de zorg levert aan de levenskwaliteit en de maatschappelijke integratie. Ook al scoren beide mogelijks hoog vanuit het oog van de professional of het beleid, toch is dit volgens Wahlburg niet voldoende als evaluatiecriterium voor de effectiviteit van de zorg. Een derde aspect gaat over de waardering door de gebruiker van de aangeboden zorg. Dit is ruimer dan enkel de tevredenheid. Het betreft de vraag in welke mate de zorg voldoet aan de verwachtingen van de gebruiker.

Uit onderzoek in de gezondheidszorg blijkt dat er vooral indicatoren ontworpen worden op het gebied van processen en uitkomsten maar dat structuurindicatoren vaak over het hoofd worden gezien (Meyer & Massagli, 2001). Binnen de welzijnssectoren is er veel minder ervaring met het meten van effecten. Hier ligt meer het accent op proceskenmerken. Van de Geer e.a. (2008) geven een potentiële verklaring waarom in bepaalde welzijns- en gezondheidssectoren meer aandacht is voor processen terwijl andere ook effectindicatoren ontwikkelen. Volgens deze onderzoekers zijn de verschillen in gebruik van types van indicatoren toe te schrijven aan de mate van taakonzekerheid. Hoe onzekerder de resultaten van een bepaalde handeling, proces of methodiek zijn, hoe groter de kans is dat er vooral met procesindicatoren gewerkt wordt. Uit de recente Vlaamse haalbaarheidsstudie naar het intersectoraal meten van de effectiviteit en efficiëntie van de jeugdhulp bleek er heel wat vergelijkbare weerstand te bestaan

ten opzichte van het meten van effecten (Vindevogel, Vanderplasschen, Broekaert, 2008). Bovendien is het niet evident bij het meten van effecten een onderscheid te maken tussen effecten in algemene zin en effecten die voortkomen uit beleidsmaatregelen. Monitoring zonder een opvolgende beleidsevaluatie kan dergelijke causale verbanden niet vaststellen (De Peuter, De Smedt et al. 2007).

Toch ontstaat er binnen het beleidsdomein WVG geleidelijk aan een traditie om effecten te meten. Het Steunpunt WVG heeft de afgelopen jaren een aantal evaluatiestudies uitgevoerd zoals de Time-out projecten (Vanderfaeillie, 2009) en Triple P (Vanderfaeillie e.a., 2009). Daarvoor zijn er eenmalige studies naar de effecten van specifieke hulpverleningsvormen (bv. residentiële opvang (De Bie e.a., 2007), het private hulpaanbod (Grietens e.a., 2005). Het Steunpunt WVG ontwikkelde tevens een evaluatie-planningsmodel, genaamd EFeKT (Evalueren van Effecten en Kernprocessen van preventieve methodieken). Dit model biedt een stappenplan dat kan gevolgd worden bij het evalueren van preventieve methodieken (Maes et.al., 2011).. Recentelijk gaan er meer en meer geluiden op om ook effectmetingen te integreren in registratiesystemen (Barkham e.a., 2003; Veerman & Van Yperen, 2006). Er wordt vaak naar het door Veerman en Van Yperen ontwikkelde model gekeken die zich op hun beurt hebben laten inspireren door ontwikkelingen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Groot-Brittannië¹. Barkham benoemt dit type van bewijsvoering 'practice-based evidence'. Op het einde van de hulpverlening tracht de hulpverlener zicht te krijgen op vier resultaten: (1) uitval uit hulpverlening, (2) probleemvermindering, (3) realisatie van hulpverleningsdoelen en (4) patiënttevredenheid of ervaren baat. Hij registreert deze scores. Het doel is niet om de hulpverlening beter te kunnen opvolgen, controleren of beheersen, maar vooral het verbeteren van de kwaliteit staat centraal. In Vlaanderen zijn er ook zulke projecten lopende. In de eerste plaats is er het nieuwe registratiesysteem van het private aanbod in de jeugdzorg (BINC, Begeleiding in cijfers), dat volledig operationeel zal zijn vanaf 1 januari 2011. Er zijn tevens zulke experimenten in de CGG in het kader van het project 'Uitkomstenmanagement' van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg en ook in het elektronisch patiëntendossier van diezelfde sector worden er op het einde van de hulpverlening enkele effecten geregistreerd, weliswaar vanuit het perspectief van de hulpverlener.

2.5 Koppeling met kwaliteitszorg

Prestatie-indicatoren kunnen op verschillende niveaus gemeten worden. Een eerste en laagste niveau is het niveau van de gebruiker. Zo kan er bij elke gebruiker geregistreerd worden welke specifieke processen met hem doorlopen zijn en wat hiervan de resultaten zijn. Zelfs ook structuurkenmerken kunnen gemeten worden zoals het opleidingsniveau van de hulpverlener, zijn ervaring... Een tweede niveau is het niveau van de organisatie. Gegevens van en over gebruikers en hulpverleners worden geaggregeerd. Op organisatieniveau kunnen bijkomende structuurkenmerken gemeten worden: bijvoorbeeld het budget dat een organisatie vrijmaakt voor haar VTO-beleid,

¹ CORE staat voor 'Client outcomes in routine evaluation', Via dit systeem brengen hulpverleners door middel van vragenlijsten de resultaten van de hulpverlening in kaart. Voor meer info: <http://www.coreims.co.uk>

de verhouding in VTE tussen hulpverleners en ondersteunende diensten. Aggregatie leidt mogelijks tot informatieverlies. Wanneer effecten bij gebruikers worden geaggregeerd, dreigen onderlinge grote verschillen verhuld te worden in gemiddelde scores. De gegevens op organisatieniveau kunnen vervolgens geaggregeerd worden tot op sectorniveau. Er moet dan wel goed opgelet worden dat het gaat om vergelijkbare gegevens van vergelijkbare voorzieningen.

Het EFQM-model verbindt prestatie-indicatoren met organisatieverbetering en innovatie. Indicatoren leveren beleidsinformatie over de verschillende onderdelen van een organisatie en kunnen op die manier gebruikt worden in functie van zelfevaluatie en kwaliteitsverbetering. Zelfevaluatie betekent het regelmatig en systematisch doorlichten van de activiteiten en de resultaten van een organisatie teneinde de sterke kwaliteiten en de domeinen vatbaar voor verbetering te definiëren en om zodoende een actieplan op te stellen. Hierbij gaat er aandacht naar het proces (reflectie en participatie) en het product (basis voor actieplan). Dit wordt uitgevoerd door (medewerkers) van de organisatie zelf: interne expert (vb. kwaliteitsmedewerker) of een werkgroep stelt een diagnose (o.b.v. eigen kennis/indrukken, interne bevraging, interviews met sleutelfiguren, focusgroepen met medewerkers enz...). Deze zelfevaluatie kan gebeuren op basis van kwalitatieve informatie of kwantitatieve (cijfermatige) indicatoren. Deze indicatoren kunnen door de voorziening ontwikkeld zijn of door een externe organisatie (bv. de overheid) worden aangeleverd. Op basis van deze prestatie-indicatoren beoordeelt de organisatie zijn eigen functioneren en formuleert ze verbetertrajecten. Aan de hand van de indicatoren kan na de ondernomen verbeteracties gemeten worden of die acties ook resulteren in de gewenste effecten. Dit model van kwaliteitszorg kent ook zijn opmars binnen de Vlaamse overheid, aangezien het meest recente kwaliteitsdecreet ook de zelfevaluatie door de voorziening als eerste stap van de kwaliteitscyclus beschouwt. Toch wijst Pencheon (2008) dat cijfers op zich medewerkers en mogelijks ook directies weinig motiveren. Veel hangt af van de wijze waarop ze gecommuniceerd worden.

Dit type van prestatie-indicatoren heeft niet noodzakelijk enkel een interne functie, maar kan ook gebruikt worden als middel voor externe verantwoording ten aanzien van de belangrijkste stakeholders (de subsidiërende overheid en de gebruikers). Dit type van externe evaluatie kan door uiteenlopende externe experten gebeuren: consultants of via externe audits door de inspectie of het agentschap dat de voorziening erkent.

Benchmarking of normering gaat nog een stap verder. Dit is een techniek om de activiteiten en de resultaten – verkregen door zelfevaluatie en/of externe evaluatie - van verschillende organisaties met elkaar te vergelijken. De mate waarin alle resultaten bekend gemaakt worden en/of vergelijkingen mogelijk zijn, varieert. We onderscheiden zeven vormen die variëren van zelfevaluatie tot externe sanctionering²:

- Elke organisatie kan de eigen resultaten zelf situeren in een overzichtstabel met gemiddelde en mediaan.
- Er worden normen of streefcijfers opgelegd en de organisaties kunnen zelf beoordelen in welke mate deze streefcijfers gehaald worden

² Deze oplijsting gaat ervan uit dat de externe evaluatie gebeurt door de Inspectie. Het is

- De resultaten ervan worden voorgelegd aan de inspectie en de inspectie controleert en geeft aanbevelingen³
- De resultaten van elke organisatie worden extern bekendgemaakt.
- De organisaties worden gerankt op basis van hun scores (ranking).
- De overheid bepaalt op basis van de resultaten of organisaties erkend worden
- De subsidiërende overheid sanctioneert organisaties, indien ze niet de beoogde resultaten halen (pay-for-performance policy)

Benchmarking hoeft niet noodzakelijk door de overheid te gebeuren, maar kan ook door onafhankelijke instellingen gebeuren. In

In Europa wordt er binnen de welzijns- en gezondheidsdiensten op een zeer uiteenlopende manier omgesprongen met interne en externe kwaliteitscontrole (Huber e.a., 2006). In de gezondheidszorg is men qua benchmarking en accreditatie het verst gevorderd. Het onderzoek naar benchmarking en ranking toont echter aan dat de effecten ervan zeker niet eenduidig zijn (Wollersheim e.a., 2006).

Een eerste voordeel zou zijn dat dit systeem beter toelaat om goede én slechte praktijken op te sporen. Een tweede mogelijk voordeel is dat het tot onderlinge concurrentie leidt en organisaties aanzet om kwaliteitsverbeteringen aan te brengen. Net omdat elke organisatie leert in welke mate ze het streefcijfer wel of niet halen, geeft hen een injectie om nog beter te presteren.

Het nadeel ervan is dat organisaties zich vooral laten leiden tot het behalen van de resultaten, met allerlei mogelijke neveneffecten. Men gaat bijvoorbeeld bepaalde groepen van cliënten uitsluiten, omdat zij te veel inspanning vereisen. Men gaat bijvoorbeeld wachtlijsten proberen korter te maken door strengere toelatingscriteria te hanteren. Het is bijna een wetmatigheid in organisatietheorie dat resultaatsmetingen altijd leiden tot een zekere mate van corruptie (Wollersheim e.a., 2006).

Veel, of beter gezegd, alles hangt dus af van de gebruikte indicatoren en van de benchmarks (de streefcijfers zelf). Sommigen zijn van mening dat een indicator pas echt betekenis krijgt, als er ook een norm (streefniveau) is vastgesteld. Wordt er afgeweken van die norm, dan is bijsturing nodig. Dit is echter een lange-termijntraject, aangezien er eerst indicatoren moeten zijn voordat er van normering sprake kan zijn. Pas als ervaring met de indicatoren toeneemt en cijfers over grotere groepen gebruikers of cases bekend zijn, kan aan de bijregeling van de normering gewerkt worden.

Aangezien normering dus heel wat tijd kost, wordt er al snel gepleit voor minimumnormen. De achterliggende redenering is dat streefdoelen moeilijker te formuleren zijn dan minimale kwaliteitseisen waaraan voldaan moet worden. Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg van een aantal stakeholders in de Nederlandse ouderenzorg wijst op de volgende nadelen van minimale normen:

³ Op dit moment kan het Agentschap Zorginspectie aanbevelingen doen ten aanzien van de functionele entiteit. Dit kan vooralsnog niet ten aanzien van de voorzieningen.

- Minimumnormen fungeren in praktijk vaak als 'maximum norm' (bijvoorbeeld in discussies over financiering), hetgeen vervolgens weer doorwerkt in de interne sturing;
- Minimumnormen zetten een rem op verbetering en innovatie;
- Minimumnormen genereren heilloze discussies
- Discussies over minimumnormen schaden het imago van de sector;
- Minimumnormen, en al de genoemde effecten daarvan, werken buitengewoon demotiverend voor professionals en organisaties.

Door een normering te koppelen aan prestatie-indicatoren krijgt de interpretatie van deze indicatoren ook een evaluerend aspect.

Prestatie-indicatoren kunnen dus een rol spelen als intern middel om te komen tot kwaliteitsverbetering en om externe verantwoording af te leggen. De tien beleidsindicatoren die het Agentschap Zorg en Gezondheid hanteert voor de CGG zijn een stap in de richting van dit model. Op organisatieniveau wordt bijvoorbeeld de tijd gemeten die de totale organisatie spendeert aan face-to-face contacten. Dit cijfer wordt voor alle 20 erkende voorzieningen berekend en teruggekoppeld naar de sector. Er wordt hieraan echter geen normering verbonden.

2.6 Focus op resultaatsindicatoren?

De drie aangehaalde modellen (EFQM, SBOV, Walburg) leiden tot 4 types van indicatoren:

1. contextindicatoren: brengen behoeften in de samenleving in beeld
2. structuurindicatoren
3. procesindicatoren
4. uitkomstindicatoren:
 - a. op het niveau van het individu: resultaten voor gebruiker in termen van probleemvermindering, kwaliteit van leven en waardering van gebruiker
 - b. op het niveau van de samenleving: effecten voor de samenleving en kosten

Een belangrijke vraag hierbij is welk type van indicatoren de voorkeur krijgt. Donabedian (2005, p.694) die één van de grondleggers is van de operationalisering van kwaliteit van zorg naar indicatoren heeft altijd een pleidooi gedaan voor het werken met resultaatsindicatoren:

"Outcomes, by and large, remain the ultimate validators of the effectiveness and quality of medical care".

Dit vereist wel dat eerst een consensus bestaat over wat nu de gewenste resultaten zijn van de verleende zorg. In de gezondheidszorg kent men drie specificaties: algemeen herstel, herstel van specifieke functies of overleefkans. In het welzijnsaanbod en in langdurige zorg zijn deze doelstellingen mogelijk moeilijker te formuleren. Er bestaat een minder uitgesproken consensus waartoe welzijnsinterventies moeten leiden.

Eerder bleek al uit Nederlands onderzoek van Van der Geer et al. (2009) dat de mate van taakonzekerheid bepalend is of er met uitkomst- dan wel met procesindicatoren wordt gewerkt. Hun stelling luidt dat hoe onzekerder de resultaten van een bepaalde handeling, proces of methodiek zijn, hoe groter de kans is dat er vooral met procesindicatoren gewerkt wordt. Eerder werd al gewezen op de conclusies van de studie van Boeckeaert et al. (2008) over het gebrek aan consensus in Vlaanderen over de invulling van wat effectieve en efficiënte jeugdhulp is.

De meeste vraagtekens worden geplaatst bij structuurindicatoren. Deze zijn gemakkelijker te meten en geven aan dat alle noodzakelijke randvoorwaarden (personeel, financiën, uitrusting,...) aanwezig zijn. Maar dit betekent niet noodzakelijk dat de uiteindelijk geleverde zorg ook kwalitatief is (Castle & Ferguson, 2010). Toch mag hieruit geen eenzijdig pleidooi voor uitkomstindicatoren afgeleid worden. Het belangrijkste probleem bij uitkomstindicatoren is of dat het niet altijd even duidelijk is of de (afwezigheid van) effecten kan toegeschreven worden aan de zorghandelingen die ondernomen zijn. Zo wordt traditioneel in de ouderenzorg de kwaliteit van zorg gemeten aan de hand van de mate waarin decubitus optreedt bij de bewoners. Een hoge score kan te wijten zijn aan de gebrekkige kwaliteit van de zorg, maar kan ook mogelijks te maken hebben met de wijze waarop de bewoners binnenkomen in het woonzorgcentrum (bv. doorstroom van patiënten met decubitus vanuit ziekenhuizen).

De drie types van indicatoren kennen dus beperkingen. Dit betekent echter niet dat prestatie-indicatoren als geheel aan de kant geschoven moeten worden. Het uitgebreide onderzoek (vooral in de gezondheidszorg) wijst ook op de voordelen van het werken met indicatoren. Dit project bekijkt de drie types van prestatie-indicatoren. Contextindicatoren vallen buiten de scope van dit project.

3 De ontwikkeling van indicatoren

Voor de ontwikkeling van indicatoren zijn verschillende scenario's mogelijk. Gebaseerd op Jacobs et.al. (2003) kunnen we een onderscheid maken de theoretische en de pragmatische benadering.

De theoretische benadering vertrekt van de doelstellingen en operationaliseert ze in indicatoren die het best deze doelen meten. Deze benadering houdt geen of slechts in beperkte mate rekening met de beschikbaarheid van cijfermateriaal dat toelaat om de indicator te construeren. Een voorbeeld van deze derde benadering zien we in de ontwikkeling van de kernindicatoren van het Pact van Vilvoorde.

Een bijzondere invulling van de theoretische benadering is de *evidence-based benadering*. Deze benadering maakt enkel gebruik van wetenschappelijk gevalideerde indicatoren. De validiteit en betrouwbaarheid zijn dus ten gronde onderzocht. Een voorbeeld van deze benadering zijn de Nederlandse prestatie-indicatoren (PI) in de GGZ, die later nog aan bod komen.

Een pragmatische benadering volgt de omgekeerde weg. Hier vertrekt men van het beschikbaar cijfermateriaal. Op basis hiervan wordt bepaald welke zinvolle indicatoren mogelijk zijn. Vervolgens ziet men in welke mate deze indicatoren overeenstemmen met de doelen die men stelt.

Theoretische benadering: doelen → indicator → beschikbaarheid cijfermateriaal

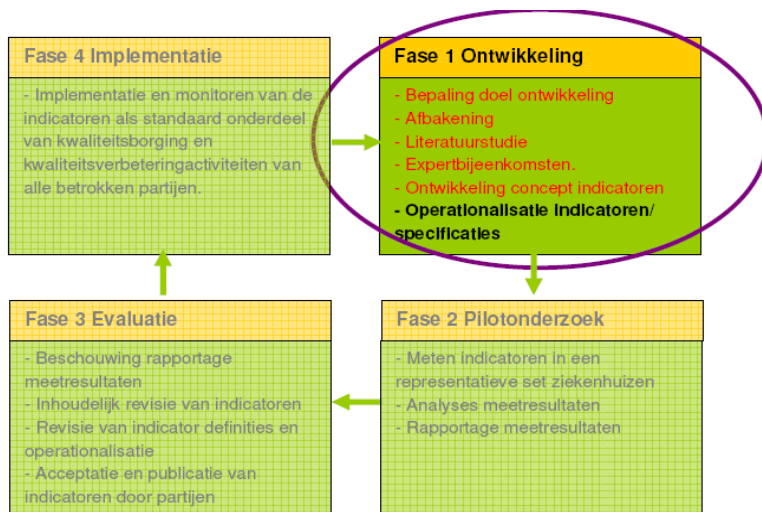
Pragmatische benadering: beschikbaar cijfermateriaal → indicator → doelstelling

Het strikt toepassen van de pragmatische of theoretische benadering stuit altijd op zijn grenzen. Een te theoretische benadering zorgt ervoor dat het ontwikkelingsproces wordt vertraagd of zelfs stilgelegd, omdat eerst het noodzakelijke cijfermateriaal moet verzameld worden. Hiervoor moeten meetprocedures, registratieroutines van hulpverleners en verwerkingsprocedures aangepast worden. Een te pragmatische benadering zorgt ervoor dat de bestaande routines bevestigd worden. Er wordt weliswaar gemeten maar het is niet duidelijk of de metingen wel datgene in kaart brengen dat in kaart gebracht moet worden.

Binnen het beleidsdomein WVG is er weinig vertrouwdheid met het meten van effecten. De interesse groeit weliswaar, maar de financiering van de voorzieningen is grotendeels gebaseerd op het voldoen aan erkenningsvoorwaarden. Voorzieningen moeten ook hierover verantwoording afleggen en veel minder over hoe ze deze middelen besteden en tot welke resultaten dit leidt. Dit zorgt ervoor dat een te pragmatische benadering niet alle aspecten van het beleid bestrijkt.

3.1 Een stappenplan

Gezien de toenemende aandacht voor prestatie-indicatoren zijn er in de literatuur handleidingen voorhanden om ze te ontwikkelen. Om een goede indicator te maken is het belangrijk om deze te ontwerpen vanuit een duidelijke strategie en met voldoende aandacht voor het ontwikkelingsproces van de indicator (Brown & Veillard, 2008). De ontwikkeling van een indicator gebeurt best in meerdere stappen, waarin er aandacht gaat naar zowel het formuleren van doelstellingen, het beoordelen van de kwaliteit van de beschikbare data, de inspanningsvereisten om nieuwe data te verzamelen en het beschrijven van meetprocedures (Bowen & Kreindler, 2008). Beersen e.a. (2007) onderscheiden 13 stappen in dit proces. Let wel, dit ontwikkelingsproces is slechts de eerste fase van een ruimer proces dat effectief leidt tot het gebruik van de ontwikkelde indicatoren. Na de ontwikkelingsfase volgt een pilootonderzoek, een evaluatie om dan tot de definitieve implementatie te komen van de ontwikkelde indicatoren.



Figuur 4: Stappenplan ontwikkeling van indicatoren

Stap 1 Vaststellen van het algemene doel van de indicatorontwikkeling

In deze eerste stap ligt de focus op het algemene doel van de indicatorontwikkeling. Dit doel bepaalt waarvoor de indicatoren gebruikt zullen worden en wie ze zal gebruiken. Indien ze gemeten worden om de doelrealisatie van beleid te meten, dan moeten die doelen in ieder geval duidelijk en meetbaar zijn. Voor de evaluatie van de doelstellingen schuift de literatuur vaak de SMART-criteria naar voren (De Peuter et al., 2007):

Specifiek: eenduidige doelstellingen, voldoende afgebakend

Meetbaar: bereiken doel kan worden nagegaan

Acceptabel: voor doelgroep en management

Realistisch: haalbaar

Tijdsgebonden: wanneer moet het doel bereikt zijn?

Doelen op beleidsniveau moeten zich bovendien situeren waar de partijen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden kennen en waar ze indien nodig verbeteringen kunnen doorvoeren (Van Yperen, 2008).

Indien de doelstellingen niet aan deze criteria beantwoorden, dienen ze alsnog SMART gemaakt te worden. Dit kan door het achterliggende veranderingsmodel van de beleidstheorie waarop ze gebaseerd zijn te reconstrueren (De Peuter et al, 2007). In deze context zou het dan raadzaam zijn terug te grijpen naar de diverse beleidsdocumenten (beleidsnota, beleidsbrief, visie-nota ...) binnen het beleidsdomein WVG. Zodoende kunnen de klemtonen van het beleid beter vertaald worden naar de doelstellingen.

Stap 2 Projectorganisatie/samenstellen werkgroep

In stap twee gebeurt de samenstelling van de werkgroep. Afhankelijk van de specifieke doelen wordt bepaald uit hoeveel leden deze werkgroep moet bestaan en wie er zeker vertegenwoordigd moet zijn. In de meeste gevallen zal een goede balans tussen vertegenwoordigers van het werkveld, beleid, en onderzoek worden nagestreefd. Ook gebruikersorganisaties kunnen hiervoor uitgenodigd worden.

Stap 3 Opnieuw vaststellen doel(en) binnen de werkgroep

Stap drie herhaalt stap 1 samen met de leden van de werkgroep zodat de doelen voor iedereen duidelijk en relevant zijn. Idealiter sluiten de doelstellingen aan op de verwachtingen van de diverse stakeholders.

Stap 4 Afbakening

In stap vier bakent de werkgroep het domein van de doelstelling af. Ze bepalen de scope van de monitoring en wat er wel dan niet gemeten zal worden. Dit doen ze voor verschillende domeinen: de doelgroep (vb. welke patiëntengroepen), het thema (vb. welke kwaliteitsdomeinen), welke aspecten (context, structuur, proces, resultaten).

Stap 5 Inventaris opmaken

Eenmaal bepaald wat de werkgroep wil meten, kijken ze welke indicatoren er reeds beschikbaar zijn op nationaal en internationaal niveau. Op basis van de beschikbaarheid van bestaande indicatoren en hun overeenkomst met de theoretische doelstellingen vindt een uitgebreide brainstorm plaats. Voor deze inventarisatie is het belangrijk de stakeholders te betrekken.

Stap 6 Groslijst potentiële factoren

Het resultaat van stap vijf is het opstellen van een overzichtlijst van mogelijke indicatoren.

Stap 7 Samenvatting potentiële factoren

De werkgroep reduceert de groslijst tot een lijst met potentiële indicatoren.

Stap 8 Uitwerking van de metafiche van de indicatoren

De werkgroep stelt per indicator een overzicht op van de metadata. De definitie van een metafiche komt uitgebreid aan bod in paragraaf 4 van dit hoofdstuk.

Stap 9 Leeswijzer

Afhankelijk van het doel en de gebruiker van de indicator, kan het nodig zijn om naast de metafiche ook nog een leeswijzer op te stellen. Deze leeswijzer legt in duidelijke taal uit wat het doel en de context van de indicator zijn en hoe de resultaten geïnterpreteerd moeten worden.

Stap 10 Toetsen van de specificaties en inschatting van de haalbaarheid

In de tiende stap worden de indicatoren getest. Dit testen is best een zo goed mogelijke afspiegeling van het echte meten in de praktijk en gebeurt best op meerdere locaties. Zodoende kan in de praktijk worden nagegaan welke variabelen in welke registratiesystemen worden gemeten

Stap 11 Formuleren van generieke specificaties

Eenmaal de haalbaarheid van de indicatoren is getoetst, is het tijd om enkele generieke specificaties te formuleren. Deze specificaties bevatten volgende gegevens:

- Een lijst met alle variabelen die voor een bepaalde set van indicatoren moeten worden verzameld.
- De beschikbare bronnen.
- Afspraken over hoe de verzamelde variabelen worden verwerkt tot indicatoren.

Stap 12 Consultatie van overige partijen en beroepsverenigingen

In de twaalfde stap vraagt de werkgroep om feedback van betrokken partijen en beroepsverenigingen. Zij krijgen een procesbeschrijving en de resultaten toegestuurd en worden gevraagd te reageren.

Stap 13 Aanpassen en vaststellen indicatoren

In deze laatste stap bestudeert de werkgroep de commentaren op de indicatoren en verfijnen deze waar nodig.

Los van de discussie over het exacte aantal stappen, maakt dit plan duidelijk dat het ontwikkelingsproces minstens uit zes onderdelen bestaat. Deze zes onderdelen zijn:

1. Het bepalen van Smart-doelstellingen.
2. Het bepalen van de scope van de monitoring: wat meten we wel en wat niet?
3. Selecteren en opstellen van indicatoren.
Betrek stakeholders.
Doe een ruime brainstorming over relevante indicatoren (los van beschikbaarheid van data).
Breng internationaal vergelijkbare indicatoren in beeld via een longlist van indicatoren.
Analyseer beschikbare data en databanken.
Vergelijk theoretische indicatoren en beschikbare data.
Ontwikkel shortlist van indicatoren.
4. Beschrijf de metadata van de indicatoren.
5. Beoordeel de kwaliteit en haalbaarheid van de shortlist met indicatoren.
6. Pilootfase in beperkte setting om indicatoren te berekenen

3.2 Aandachtspunten bij het ontwikkelen van indicatoren

In de literatuur worden een aantal aandachtspunten geformuleerd, waarmee men rekening dient te houden tijdens het ontwikkelingsproces.

- Let op voor enkelvoudige indicatoren

Veel onderwerpen hebben verschillende dimensies. Zo kan kwaliteit van zorg gaan over de efficiëntie van de geleverde zorg of eerder over de veiligheid van de zorg. Een specifieke organisatie levert deze zorg bovendien door verschillende processen waarbij een veelheid van professionals betrokken zijn. Het is dus weinig waarschijnlijk dat uit de resultaten op één indicator betekenisvolle conclusies kunnen getrokken worden over alle kwaliteitsaspecten van alle diensten (OECD, 2010). Enkelvoudige indicatoren dekken dus slechts één aspect af.

- Let op voor samenvattende maten

Om eenvoudige en duidelijke maten te kunnen presenteren kan het aantrekkelijk zijn om samengestelde indicatoren op te stellen die de resultaten van een gehele set indicatoren samenvatten. Deze samenvattende maten kunnen misleidend zijn doordat ze de zwakheden van de onderliggende indicatoren maskeren. Het gewicht dat aan de verschillende indicatoren wordt toebedeeld is bovendien vaak niet gebaseerd op empirische informatie, waardoor de berekening aan betrouwbaarheid verliest (OECD, 2010).

- Kies voor indicatoren die moeilijk te manipuleren zijn

Ook al kan het meten van uitkomsten betere prestaties aanmoedigen, toch kan dit meten ook negatieve effecten hebben (Brown & Veillard, 2008). Juist doordat mensen goed willen scoren of omdat lage scores een negatief effect kunnen hebben op de beschikbare budgetten, kan het aantrekkelijk zijn om cijfers mooier voor te stellen dan ze in werkelijkheid zijn. Het is goed om dit in het achterhoofd te houden en te kiezen voor indicatoren die moeilijk te manipuleren zijn.

- Kies voor een redelijk aantal indicatoren

Er moeten keuzes gemaakt worden over het precieze aantal indicatoren. Twee richtlijnen staan hierbij centraal: (1) niet te veel meten, (2) meten wat er echt toe doet. Indien men wil meten wat er echt toe doet, dan zal men ook eerst dienen te bepalen welke doelstellingen prioritair zijn.

- Bepaal verantwoordelijkheden

De centrale vraag is hier wie is verantwoordelijk voor elke fase: aanleveren van cijfers, verwerken van cijfers tot indicatoren. Bij het aanleveren van de cijfers moet ook uitgemaakt worden op welk niveau de cijfers verzameld worden.

3.3 Valkuilen bij het werken met indicatoren

Meerdere auteurs wijzen ook op mogelijke valkuilen bij het ontwikkelen van en werken met prestatie-indicatoren:

- Indicatoren geven slechts een indicatie

Men mag niet uit het oog verliezen dat indicatoren een samenvatting zijn en dus slechts een indicatie geven van het achterliggend fenomeen (Pencheon, 2008).

- Indicatoren zijn een momentopname

Indicatoren geven een beeld weer op een bepaald moment in de tijd. Dezelfde indicator doorheen de tijd volgen, laat toe veranderingen in kaart te brengen. Een indicator is bijgevolg enkel nuttig wanneer hij in zijn context wordt geplaatst zodat hij correct kan worden geïnterpreteerd. Men moet zich dus niet blind staren op de cijfers zelf maar deze als vertrekbasis zien voor de gesprekken en acties die hieruit voortkomen en leiden tot verbetering (Pencheon, 2008).

- Prestatie-indicatoren zijn geen doel op zich

Gegevens verzamelen is niet voldoende, er moet iets gedaan worden met de resultaten (Van Yperen, 2005). Meer concreet betekent dit dat er een rapportering gebeurt over de scores naar de relevante stakeholders en dat de cijfers als leermoment beschouwd worden om bijstellingen of verbetervoorstellen te formuleren.

- Indicatoren helpen bij verklaringen maar sturen deze niet

Het is gevaarlijk om verklaringen op te bouwen louter gebaseerd op beschikbare data. Indicatoren kunnen helpend zijn bij het ondersteunen van antwoorden maar een antwoord kan niet worden opgebouwd op basis van gegevens die beschikbaar zijn (Bowen & Kreindler, 2008).

- (Productiviteit) meten kan innovaties blokkeren

Innoveren is risico's nemen. En een risico kan wel eens negatieve gevolgen hebben op productiviteitscijfers. Dit kan organisaties er mogelijk van weerhouden om innovaties door te voeren (Van Yperen, 2005).

- Een te sterke focus op cijfers kan de professionele habitus verdrijven

Het kan mensen doen vervreemden van hun vak en waar het daadwerkelijk om draait namelijk de zorg voor de patiënten (Van Yperen, 2005).

- Het werken met prestatie-indicatoren kan perverserend werken

Een nadruk op prestaties maakt het aantrekkelijk om de eenvoudig te behandelen patiënt te verkiezen boven de moeilijkere doelgroepen (Van Yperen, 2005; De Peuter et al., 2007). Ook mag het accent niet alleen liggen op het vermijden van negatieve gebeurtenissen (bv. intrekken van erkenning van een voorziening, incidenten), want dan zou het accent in de praktijk vooral gaan liggen op het vermijden van die negatieve gebeurtenissen.

3.4 Een checklist voor indicatoren

Het AIRE (Appraisal of indicators through research and evaluation) instrument werd ontwikkeld om indicatoren te evalueren en bestaat uit een checklist van 20 stellingen (De Koning et al., 2007). We nemen deze uitgebreide checklist als vertrekpunt en vullen aan met kwaliteitscriteria uit andere bronnen.

- Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft.
 1. Het doel waarvoor de indicator is ontwikkeld is duidelijk beschreven.
 2. De criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven.
 3. Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek beschreven.
 4. Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is specifiek beschreven.
 5. De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend.
- Betrokkenheid van belanghebbenden
 6. De leden van de commissie die de indicator hebben ontwikkeld, zijn afkomstig uit alle relevante stakeholders
 7. De indicator is formeel vastgesteld.
- Wetenschappelijk bewijs
 8. Systematische methoden zijn toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijs.
 9. De indicator is gebaseerd op evidence-based richtlijnen of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies.

10. De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijsmateriaal waarop de indicator is gebaseerd, is systematisch onderzocht en/of samengevat.
- Verdere onderbouwing, formulering en gebruik
11. De teller en noemer van de indicator zijn specifiek beschreven.
12. De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft is specifiek afgebakend.
13. Een strategie voor risicocorrectie is overwogen en beschreven (risk adjustment).
14. De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).
15. De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid).
16. De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen).
17. De vertrouwelijkheid van de gegevens wordt bewaakt.
18. De indicator is getest in de praktijk.
19. Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data.
20. De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten. De indicator is begrijpelijk en de statistische bewerking die eraan voorafgaat duidelijk.

Deze opsomming van aandachtspunten, valkuilen en kwaliteitsvereisten maakt duidelijk dat het formuleren van prestatie-indicatoren geen eenvoudige opgave is. Bovendien gaan de aanbevelingen niet allemaal in dezelfde richting. Zo kan bijvoorbeeld de validiteit van de indicator in strijd zijn met de inspanningsvereisten. Net omdat het verhogen van de validiteit zoveel bijkomende registratiepraktijken vereist, dreigt de indicator niet langer haalbaar te zijn. Paragraaf 5 probeert meer structuur te brengen in deze veelheid van aandachtspunten en kwaliteitsvereisten.

4 Metafiche

Indicatoren zijn veel meer dan enkel een cijfer. Bij elke indicator hoort ook een nauwkeurige omschrijving van een aantal onderdelen, de zogenoemde metadata. Deze paragraaf biedt een overzicht van de internationale literatuur omtrent metadata die gevat worden in een metafiche.

4.1 De concepten metadata en metafiche nader omschreven

De UNSC/ECE (United Nations Statistical Commission and Economic Commission for Europe), Eurostat en andere gezaghebbende internationale statistiekinstellingen hebben

richtlijnen uitgevaardigd met de beschrijving van de criteria waaraan kwaliteitsvolle statistieken en indicatoren moeten voldoen (Eurostat 2010; UNSC/ECE, 1995). Zij vatten hun aanbevelingen als volgt samen:

"De meest fundamentele kwaliteitsvereiste voor statistische data is dat de eigenschappen van de data, die relevant zijn voor de kwaliteit, gekend zijn".

De statistische informatie moet dus een 'gekende' kwaliteit hebben en deze kwaliteit moet goed gedocumenteerd zijn in een kwaliteitsverklaring of -rapport.

Ook de Studiedienst van de Vlaamse Regering heeft oog voor het belang van de kwaliteit van data. De beschrijving van de kwaliteit van de statistische informatie die vervat zit in de meta-fiche is een belangrijke informatiebron op basis waarvan de kwaliteit van de data beoordeeld kan worden. Zowel het statistisch productieproces als de uiteindelijke statistische informatie moet voldoende gedetailleerd beschreven worden om elke foutieve interpretatie uit te sluiten. Om deze functies waar te maken bevat het metadatasysteem van de Vlaamse overheid (Lokale Statistieken 2011):

- een beschrijving van de data.
- een beschrijving van de bron(nen).
- een beschrijving van de kwaliteit.
- enkele bijkomende velden.

Een meta-fiche bevat dus 'data over data'. Het gaat om essentiële kenmerken en kwaliteitsdimensies van indicatoren. Er worden niet louter kenmerken van de indicatoren in enge zin gegeven maar ook informatie met betrekking tot de totstandkoming en het gebruik ervan. De metagegevens die opgelijst worden in een meta-fiche, leggen de regels voor het meten op. Een dergelijke technische fiche expliciteert eveneens de deeltaken en verantwoordelijkheden binnen het monitoringsysteem (De Peuter et al., 2007). Het is een gestandaardiseerd analyse-instrument, een uitgebreide steekkaart die evaluerende met beschrijvende elementen combineert (Luts et al., 2008).

Statistical Data and Metadata Exchange⁴ (SDMX, 2009) is toonaangevend op het gebied van het ontwikkelen van standaarden voor data-uitwisseling en meta-data. Zij onderscheiden drie types metadata die gevat worden in een meta-fiche:

- Conceptuele metadata: beschrijven concepten en hun praktische implementatie.
- Methodologische metadata: beschrijven de methodes die aangewend werden voor het genereren van de data.
- Kwalitatieve metadata: beschrijven de kwaliteitsdimensies van de data.

Het ontwerpen van een meta-fiche verloopt in 4 grote fasen (Luts, Van Dooren et al. 2008):

- Extractie van kwaliteitscriteria: middels een literatuurstudie wordt een verkenning gemaakt van de kwaliteitsproblematiek. Alle mogelijke criteria worden opgelijst en onderverdeeld in clusters. Daarbij dienen 3 'meetagenda's' te convergeren om tot

⁴ Een initiatief gesponsord door BIS, ECB, EUROSTAT, IMF, OECD, en UNSD, waarbij (e-)standaarden ontwikkeld worden voor de opslag, gebruik en uitwisseling van statistische informatie. De Studiedienst van de Vlaamse regering baseert zich op richtlijnen van SDMX.

een kwaliteitsvolle meting te komen. In de lijn van de typologie van SDMX onderscheiden ze:

- De conceptuele agenda: deze kwaliteitscriteria bieden een antwoord op de vraag 'wat moet er gemeten worden?'. Een voorbeeld is de definitie, de validiteit ...
 - De technische agenda: deze criteria peilen naar de vraag 'hoe moet er gemeten worden?'. Een voorbeeld is de berekeningswijze.
 - De politiek-administratieve agenda: deze criteria handelen over de vragen wie er aan de basis ligt van de meting en wat de doelstellingen zijn.
- Proefdraai: de lijst van potentiële kwaliteitscriteria wordt getest op een relevante en brede indicatorenset. Criteria die niet relevant bleken, een duplicaat van een ander criterium vormen of in de praktijk moeilijk na te gaan zijn, worden verwijderd uit de lijst.
 - Empirische dataverzameling: op basis van data kunnen de metafiches concrete invulling krijgen.
 - Synthese van onderzoeksresultaten: ingevulde metafiches kunnen een zeer grote hoeveelheid (beschrijvende) informatie bevatten. Hierdoor dringt een synthese zich op.

4.2 Een overzicht van kenmerken en dimensies

Zonder exhaustief te zijn, geven we een overzicht van relevante meetgegevens zoals die in de literatuur en in de praktijk voorhanden zijn (Block et al., 2004; De Peuter et al., 2007; Luts, Van Dooren et al. 2008; Zichtbare Zorg, 2009; AHRQ, 2011). We geven eveneens een korte toelichting bij de betekenis:

- Code: volgnummer.
- Benaming: kernachtige omschrijving.
- Definitie: concrete afbakening.
- Begrijpelijkheid: van benaming en definitie.
- Relevantie: motivering van de opname van de indicator; relatie tot het meetobject en de doelstelling.
- Trefwoorden.
- Type: context – structuur – proces – uitkomst.
- Berekeningswijze: duidelijke definitie (van noemer en teller), afgebakend in de tijd
- Ontwikkeling van data: zijn er bijkomende data nodig om de indicator te berekenen en met welke stappen kan dit?
- Meetniveau.
- Meeteenheid of categorieën.
- Schaal: wordt er gemeten op regionaal, nationaal ... niveau?

- Aantal observaties in de meting.
- Classificatie: tot welke cluster behoort de indicator?
- Bron: actor die registreert en het gegevensbestand waarin de data vastgelegd worden.
- Leverancier: actor die instaat voor het doorgeven van de gegevens naar een centrale databank van het monitoringsysteem.
- Meetfrequentie: frequentie waarmee de meetwaarden van de indicator geregistreerd worden.
- Aanleveringsfrequentie: frequentie waarmee nieuwe meetgegevens centraal aangeleverd worden.
- Actualisatie: wanneer zijn nieuwe gegevens beschikbaar?
- Kostprijs.
- Beïnvloedende factoren of compleetheid: andere indicatoren of factoren die als context dienen voor een goed begrip van de indicator.
- Streefwaarde.
- Opmerkingen en achtergrond: eventueel ook beperkingen van de indicator (wat wordt niet gemeten), referenties naar achtergrondliteratuur en wetenschappelijke onderbouwing.
- Datum opname in set: indien er een grote time lag is tussen de registratie van de gegevens en de opname in de set, is er een groter risico dat de data achterhaald zijn
- Vergelijkbaarheid: zowel in tijd als ruimte.
- Transparantie: wordt er informatie verschaft omtrent de methodologische en inhoudelijke keuzes, de onderliggende definities en concepten, zijn de data afdraaibaar voor dubbele controle en eigen bewerkingen?
- Betrouwbaarheid: is er controle op consistentie, zijn er betrouwbaarheidsintervallen opgesteld, worden er steekproefcontroles gehouden, algemene audit op kwaliteit van de gegevens?
- Validiteit: wat meet de indicator wel en wat niet. Waarvan geeft het een indicatie? Onderscheid tussen construct- en concept validiteit.
- Aard van de data: samengestelde of individuele indicator. Een samengestelde indicator is moeilijker te interpreteren maar geeft mogelijk een betere synthese. Bij de aard van de data kan eveneens het onderscheid tussen objectieve en subjectieve data worden gemaakt. De interesse voor het gebruikersperspectief in de zorg maakt dat objectieve data aangevuld kunnen worden met indicatoren die percepties meten.
- Format: in welk format worden de data aangeleverd? Welke software werd gebruikt?
- De feitelijke data: zowel in tabel- als in grafiekvorm.

- Discussie en evaluatie: kritische bespreking van de eigenlijke data en de evolutie die de indicator vertoont.

4.3 Naar een synthese van deze richtlijnen

Hoewel in sommige gevallen een zeer uitgebreide metafiche wordt gehanteerd (bijvoorbeeld NQMC⁵), betreft het in de praktijk toch vaak een meer beknopte fiche (zie bijvoorbeeld Lokale Statistieken en VRIND). Het is duidelijk dat een selectie van criteria en kenmerken zich opdringt om tot een werkbare metafiche te komen.

Ten eerste is het van belang om in de selectie van kenmerken een goede vertegenwoordiging te verzekeren van de drie types van metadata (Luts et al., 2008) en tevens rekening te houden met internationale aanbevelingen (Eurostat 2010). Ten tweede willen we oog hebben voor de praktijken die gangbaar zijn in de zorgsector en de prioriteiten die daar gesteld worden. Het Nederlandse programma 'Zichtbare Zorg' (Zichtbare Zorg 2009) stelde zelf een raamwerk op om voor verschillende zorgsectoren tot indicatoren te komen en analyseerde daarnaast de ervaringen met indicatoren in 9 andere landen. De criteria die zij naar voren schuiven zijn relevantie, haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. Dezelfde criteria vinden we terug bij het Amerikaanse Agency for healthcare research and quality (AHRQ 2011). Relevantie verwijst naar de relatie tussen de doelstelling en de indicator. De haalbaarheid heeft betrekking op de inspanningsvereisten die nodig zijn om de data te bekomen. Validiteit en betrouwbaarheid zijn de sleutelconcepten inzake wetenschappelijke onderbouwing.

4.4 Selectie van een checklist en een metafiche

Uit de twee voorgaande paragrafen blijkt dat erg veel literatuur beschikbaar is over het ontwikkelen en beschrijven van indicatoren. Bovendien zijn er heel wat verschillende richtlijnen, kwaliteitsvereisten en types van metadata voorhanden. Om zowel het ontwikkelingsproces als de metafiche voldoende praktisch en bruikbaar te houden, wordt er gewerkt met een afgeslankte versie van de checklist met kwaliteitsvereisten voor indicatoren en de metafiche. De checklist is bruikbaar in het ontwikkelingsproces en helpt mee een selectie te maken van de meest kwaliteitsvolle indicatoren. Eenmaal dit proces doorlopen is, kunnen indicatoren beschreven worden aan de hand van de metafiche.

4.4.1 Checklist

Nadat we relevantie, validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid als hoofdcriteria naar voren geschoven hebben, kunnen we een selectie maken voor de checklist. Validiteit

⁵ National Quality Measures Clearinghouse. Een initiatief van het AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) en, U.S Department of Health and Human Services. Het is een database en website met informatie over kwaliteitsindicatoren.

en betrouwbaarheid worden expliciet bevraagd (vraag 6 en 7) en ondersteund door de specificiteit die gevraagd wordt in vragen 2 tot en met 5. De relevantie wordt verduidelijkt met vraag 1 en ondersteund door vragen 10 en 11. De haalbaarheid wordt getoetst door de vragen 8 en 9.

1. De relatie tussen indicator en doelstelling is onderbouwd. De indicator meet een zorgfunctie, –product of –proces dat primordiaal is voor het bereiken van de doelstelling en meet een concept dat door het beleid beïnvloed kan worden.
2. Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is beschreven.
3. De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend.
4. De teller en noemer van de indicator zijn beschreven.
5. De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft is afgebakend.
6. De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).
7. De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid).
8. De indicator is getest in de praktijk.
9. Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data.
10. De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten. De indicator is begrijpelijk en de statistische bewerking die eraan voorafgaan duidelijk.
11. De indicator laat vergelijkingen toe doorheen de tijd en/of in ruimte.

4.4.2 **Metafiche**

In navolging van de typologie van SDMX, onderscheiden we drie 3 clusters in de metafiche (conceptueel, methodologisch en kwalitatief). Conceptueel verwijst naar de relevantie op als kwaliteitsdimensie. Binnen de methodologische cluster is de berekeningswijze een dimensie die in vrijwel elke metafiche terugkomt evenals de bron. Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen bron en leverancier. Ook het tijds kader wordt opgedeeld in 3 aspecten (hoe vaak wordt gemeten, hoe vaak worden data aangeleverd en wanneer is er een actualisatie van de gegevens?). Het format is een belangrijk aspect indien men data van diverse bronnen en leveranciers wil centraliseren. Onder 'opmerkingen' wordt ruimte voorzien om zowel de beperkingen, de achtergrond als de interpretatie van de data te verduidelijken. Binnen de kwalitatieve cluster worden validiteit en betrouwbaarheid (naar analogie met de checklist) als voornaamste aspecten van wetenschappelijke onderbouwing opgenomen. Gezien de doelstelling van het Pact 2020 is een (internationale) vergelijkbaarheid van de indicatoren wenselijk. Transparantie wordt gedeeltelijk afgetoetst door conceptuele en methodologische kenmerken. Het gaat echter nog verder, met vragen naar toegankelijkheid van de brongegevens en mogelijkheden tot eigen bewerkingen.

- Conceptueel

Benaming: kernachtige beschrijving

Definitie: concrete afbakening

Relevantie: welk verband bestaat er expliciet of impliciet tussen de indicator en de doelstelling waarvoor hij gemeten wordt? Zijn er verwijzingen mogelijk naar beleidseffecten en beleidsnota's?

- Methodologisch

Berekeningswijze: duidelijke definitie (van noemer en teller), afgebakend in tijd en ruimte

Bron: wie of wat heeft het oorspronkelijke materiaal verzameld waaruit de data gedistilleerd zijn?

Leverancier: wie of wat levert het materiaal centraal aan?

Format: gebruikte software en vorm waarin de data aangeleverd worden

Tijds kader:

Meetfrequentie: frequentie waarmee de meetwaarden van de indicator geregistreerd worden.

Aanleveringsfrequentie: frequentie waarmee nieuwe meetgegevens centraal aangeleverd worden

Actualisatie: wanneer zijn nieuwe gegevens beschikbaar?

Streefwaarde: streefwaarde voor de indicator indien die opgenomen is in de doelstelling. Eventueel richting waarin de indicator moet evolueren.

Opmerkingen: beperkingen van de indicator (zaken die niet gemeten worden) eventueel achtergrondliteratuur of indicatoren die ondersteunen in de interpretatie.

- Kwalitatief

Validiteit: duidelijke afbakening van wat de indicator wel en niet meet. Waarvan geeft het een indicatie? Onderscheid tussen construct- en concept validiteit.

Betrouwbaarheid: alle informatie met betrekking tot (wetenschappelijke) betrouwbaarheid van de data. Uitgevoerde controle op consistentie, betrouwbaarheidsintervallen die opgesteld zijn, steekproefcontroles, algemene audit op kwaliteit van de gegevens...

Vergelijkbaarheid: in welke mate kan de indicator zowel in tijd als ruimte vergeleken worden (ook internationaal)?

5 Besluit

Dit hoofdstuk had tot doel een licht te werpen op de definitie van indicatoren en hoe ze tot stand komen. De literatuur maakt een onderscheid tussen drie types van prestatie-indicatoren: structuur-, proces- en resultaatsindicatoren.

Indicatoren zijn meer dan enkel een cijfer. Een indicator wordt beschreven aan de hand van een metafiche, waarin de conceptuele, methodologische en kwalitatieve aspecten van de indicator beschreven worden.

In de literatuur wordt er ook gewezen op de onderdelen van het ontwikkelingsproces van een indicator. Grofweg zijn er vijf fasen in het ontwikkelingsproces te onderscheiden:

Traditioneel worden vijf fasen in het ontwikkelingsproces onderscheiden:

1. Het bepalen van SMART-doelstellingen en van de scope van de monitoring.
2. Selecteren en opstellen van indicatoren.
 - a. Betrek stakeholders.
 - b. Doe ruime brainstorming over relevante indicatoren (los van beschikbaarheid van data).
 - c. Breng internationaal vergelijkbare indicatoren in beeld (longlist van indicatoren).
 - d. Analyseer beschikbare data en databanken.
 - e. Vergelijk theoretische indicatoren en beschikbare data.
3. Ontwikkel shortlist van indicatoren.
 - a. Beoordeel kwaliteit en haalbaarheid van shortlist met indicatoren.
 - b. Beschrijf metadata van de indicatoren.
4. Pilootfase in beperkte setting om indicatoren te berekenen.
5. Implementatie op grote schaal.

In het kader van dit project zullen deze richtlijnen opgevolgd worden om de bestaande indicatoren van het Pact 2020 te evalueren en om nieuwe indicatoren te ontwikkelen.

Hoofdstuk 2

Doelstelling 12 van het Pact 2020

De Vlaamse overheid lanceerde samen met de sociale partners in 2009 20 doelstellingen om Vlaanderen tegen 2020 naar de top van Europa te leiden. Deze doelstellingen zijn verdeeld over vijf centrale thema's:

1. Meer welvaart en welzijn.
2. Een competitieve en duurzame economie.
3. Meer mensen aan de slag, in meer werkbare jobs en in gemiddeld langere loopbanen.
4. Levenskwaliteit van hoger niveau.
5. Een efficiënt en doeltreffend bestuur.

Het thema 'levenskwaliteit' focust op zorg, armoedebestrijding, milieu, natuur, mobiliteit en gezondheidsbevordering. Rond elk van deze thema's werden doelstellingen en indicatoren opgesteld. De Studiedienst van de Vlaamse Regering ziet toe of de doelstellingen gehaald worden. Dit doet ze door een reeks indicatoren op te stellen en hiervoor jaarlijks te rapporteren. In februari 2010 gebeurde de nulmeting. Deze studie spitst zich toe op de doelstellingen en indicatoren voor doelstelling 12 'Zorg'.

Dit hoofdstuk beschrijft de doelstellingen en de indicatoren voor doelstelling 12 'Zorg'. Vervolgens komen de andere indicatoren aan bod die gebruikt worden voor de jaarlijkse VRIND-rapportering. Afgesloten wordt met een verkenning van de huidige beheersovereenkomsten en dan meer bepaald de wijze waarop hierin prestatie-indicatoren gehanteerd worden.

1 Zes subdoelstellingen over zorg in het Pact 2020

Met betrekking tot de zorg schuift Pact 2020 zes subdoelstellingen naar voor:

1. Vlaanderen voorziet in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.
2. Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.
3. Eerstelijnszorg- en thuiszorg zijn versterkt.
4. Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.
5. In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er voldoende aanbod gecreëerd.

6. Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.

Een eerste vaststelling is dat de eerste twee subdoelstellingen van het Pact 2020 6 uitgangspunten of toetsstenen naar voren schuift : betaalbaarheid, toegankelijkheid, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Het zorgaanbod moet dus die 6 uitgangspunten of waarden realiseren tegen 2020.

Een tweede vaststelling is dat de eerste en tweede subdoelstelling bijzonder ambitieus zijn. Een visionaire doelstelling daagt iedereen uit om voldoende toekomstgericht te denken en handelen. Tegelijkertijd is zo een ambitieuze doelstelling mogelijks weinig specifiek en realistisch. De begrippen 'betaalbaar', 'kwaliteitsvol' en 'toereikend' worden niet verder gespecificeerd. Het zal dan ook niet evident zijn indicatoren te ontwikkelen die het ganse meetobject afdekken. In de eerste subdoelstelling wordt ook verwezen naar omgevingsfactoren, met name de 'maatschappelijke behoefte' en 'sociaal-demografische context'. De interpretatie en/of operationalisering van de concepten betaalbare, kwaliteitsvolle en toereikende zorg dienen dus gerelateerd te worden aan deze omgevingsfactoren. Indien dit niet gebeurt door middel van de indicatorenset zelf, dan is de leeswijzer een aangewezen middel hiertoe.

De concepten efficiëntie en effectiviteit in de tweede subdoelstelling zijn eveneens zeer ruim. Efficiëntie verwijst naar de relatie tussen input en output. Effectiviteit peilt naar de relatie tussen output (beleid) en effect. Een grote hindernis hierbij is echter de moeilijkheid om externe factoren die eveneens een invloed hebben op het effect af te zonderen of onder controle te houden.

Bovendien voegt de tweede subdoelstelling nog een fundamenteel element toe. Het gaat niet enkel om kwaliteit vanuit het oogpunt van de overheid of van de voorzieningen maar vanuit het perspectief van de gebruiker. Het gebruikersperspectief wordt op die manier fundamenteel verankerd in het Pact 2020. Dit betekent ook dat het perspectief van de gebruiker expliciet gehanteerd wordt als toetssteen van de kwaliteit en de effectiviteit van het zorgaanbod.

Het belangrijkste probleem is dat de zes doelstellingen vrij zwak scoren op de SMART-criteria. Het grootste probleem hierbij is dat de doelstellingen weinig specifiek zijn. De eerste twee doelstellingen zijn bijzonder ambitieus, maar hierdoor ook vaag geformuleerd (figuur 5). Opvallend is dat de eerste doelstelling een sectorale vertaling krijgt in doelstelling 3 tot en met 6. De derde en vierde doelstelling verwijzen naar de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en naar de organisatie hiervan. De 5^{de} en 6^{de} doelstelling staan in het teken van de toereikendheid van het aanbod. Men zou dus kunnen stellen dat het concept toereikendheid uit de eerste doelstelling wel wordt afgedekt in de overige doelstellingen. Het grootste probleem blijven wel doelstelling 1 en 2. Net omdat subdoelstelling 1 en 2 weinig specifiek zijn, is het zeer moeilijk om de andere SMART criteria te scoren. De vier daarop volgende doelstellingen zijn wel specifiek, maar doelstelling vier en vijf blijven toch weinig specifiek. Het stimuleren van groepspraktijken geeft de indruk van een inspanningsverbintenis te zijn, maar niet van een resultaatsverbintenis. De vijfde doelstelling spreekt van voldoende aanbod. De belangrijkste vraag hierbij is op basis waarvan wordt vastgesteld of het aanbod voldeet of toereikend is.

De doelstellingen zijn het gevolg van een heel participatieproces waaraan heel wat relevante stakeholders hebben deelgenomen. Op basis hiervan kan men veronderstellen dat ze acceptabel zijn. Of de doelstellingen ook realistisch zijn, is moeilijk te beoordelen, net omdat ze weinig specifiek zijn. Dit geldt opnieuw vooral voor de eerste twee doelen. De doelstellingen zijn wel tijdsgebonden, want ze zouden tegen 2020 gerealiseerd moeten zijn. Vaststelling is dat doelstelling 6 qua SMART-gehalte duidelijk beter scoort dan de andere. Er wordt helder gedefinieerd welk soort aanbod voor welke doelgroep gerealiseerd dient te worden.

	Specifiek	Meetbaar	Acceptabel	Realistisch	Tijdsgebonden
1 Vlaanderen voorziet in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.	0	0	x	0	x
2 Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.	0	0	x	0	x
3 Eerstelijnszorg- en thuiszorg zijn versterkt.	x	x	x	X	x
4 Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.	x	0	x	X	x
5 In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er voldoende aanbod gecreëerd.	x	0	x	0	X
6 Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.	x	x	x	x	X

Figuur 5: SMART-criteria toegepast op doelstelling 12 'Zorg' van Pact 2020

Wanneer de andere domeinen van het Pact 2020 geanalyseerd worden, valt op dat de gezondheidsdoelstellingen (doelstelling 17 'gezondheidsbevordering') meer resultaatgericht geformuleerd zijn dan doelstelling 12. Doelstelling 17 schuift drie doelen naar voren:

1. In 2020 scoort Vlaanderen op diverse aspecten van de levenskwaliteit bij de hoogste van Europa. Dat blijkt uit een hoog geluksgevoel bij de bevolking, een hoge globale tevredenheid met de eigen leefsituatie, de levensstandaard en langer leven in goede gezondheid.
2. Hiertoe voert Vlaanderen in 2020 een inclusief beleid dat transversaal doorheen de verschillende beleidsdomeinen wordt uitgebouwd, in het bijzonder in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg.

3. Mede door ziektepreventie daalt de vermijdbare sterfte tot 35% door de realisatie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, o.a. door een terugval van het aantal zelfdodingen.

De eerste subdoelstelling wordt gevat in een aantal verschillende outcome-indicatoren die allen gemeten worden op het niveau van de Vlaamse populatie: geluksgevoel, tevredenheid met het leven en de levensverwachting zonder beperkingen op 65 jaar. In de doelstelling zelf wordt dus al verwezen naar de indicatoren. Bovendien zijn het beleidsdomeinen waarop de Vlaamse overheid deels effect heeft, maar het gezondheidsbeleid zelf is hoofdzakelijk een federale bevoegdheid. De derde doelstelling heeft beperking op gezondheidspreventie en -promotie. Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid kent ondertussen al een traditie in het formuleren van zulke doelstellingen. In 1998 nam de Vlaamse overheid de beslissing om dit te doen. In 2003 werd de werkwijze verankerd in de wetgeving: de gezondheidsconferentie om doelstellingen te formuleren en strategieën uit te zetten. Binnen de verschillende welzijnssectoren heeft men niet zo'n traditie.

De twee belangrijkste vaststellingen bij de subdoelstellingen zijn dat de eerste twee bijzonder ambitieus, maar tegelijkertijd ook vaag geformuleerd zijn. Doelstelling drie en vier verwijzen naar de uitbreiding van de eerstelijnsgezondheidszorg en naar de manier waarop de eerste lijn georganiseerd wordt. De laatste twee subdoelstellingen geven leggen het accent op de toereikendheid van het aanbod.

2 Tien kernindicatoren in het Pact 2020

Om de realisatie van doelstelling 12 op te volgen, hanteert het Pact 2020 de volgende tien kernindicatoren:

1. Verhouding gerealiseerde capaciteit t.o.v de geprogrammeerde capaciteit in de ouderenzorg
2. Verhouding van de gerealiseerde capaciteit t.o.v de geprogrammeerde capaciteit in de kinderopvang
3. Aantal personen op de centrale registratie van zorgvragen VAPH
4. Aantal personen op de centrale wachtlijst van agentschap Jeugdzorg
5. Wachtijd bij de CGG
6. Aandeel gezinnen dat in het voorbije jaar medische consumptie heeft moeten uitsstellen om financiële redenen
7. Percentage kinderen met minimum 2 huisbezoeken in de eerste drie levensmaanden en met minstens 3 consulten in het eerste levensjaar
8. Geholpen gezinnen in de gezinszorg per 100 huishoudens
9. Aandeel groepspraktijken binnen de huisartspraktijken
10. Aantal plaatsen in formele kinderopvang per duizend kinderen (0-3jaar)

Tabel 1 verduidelijkt de relatie tussen de zes subdoelstellingen en de tien beleidsindicatoren⁶. Deze tabel leidt tot drie vaststellingen. Ten eerste, doordat de doelstellingen weinig specifiek zijn, gaan de bijpassende indicatoren slechts een beperkt deel van de doelstelling na. De focus ligt daarbij vooral op de toereikendheid van het aanbod. Effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden nauwelijks of niet afgedekt door de huidige kernindicatoren. Bovendien zijn het voornamelijk structuur- en procesindicatoren die toelaten om de output te meten. Het meten van uitkomsten en effecten van zorgprocessen wordt niet gerealiseerd.

Ten tweede wordt voldoende aanbod wordt geoperationaliseerd aan de hand van wachtlijsten en wachttijden. Studies wijzen op mogelijke nadelen van het gebruik van wachtlijsten als indicator van een onevenwicht tussen vraag en aanbod (zie o.a. Jacobs et.al., 2003)

- Het is niet altijd duidelijk wanneer iemand op de wachtlijst staat.
- Een persoon op de wachtlijst voldoet niet noodzakelijk aan de criteria om de zorg te ontvangen.
- De berekening van de wachttijden kan verschillen. Sommige sectoren tellen vanaf het aanmeldingsmoment, anderen vanaf het einde van de intake.
- Risico op dubbelstellingen wanneer de wachtlijsten niet gecentraliseerd worden (vooral bij ouderenzorg en kinderopvang waar het eerder om reservatielijsten gaat).

Ten derde gaat de eerste indicator ervan uit dat de realisatie van de programmatie in de ouderenzorg leidt tot een toereikend aanbod. Dit veronderstelt een voldoende betrouwbaar en valide programmatiemodel. Breda e.a. (2010) hadden als opdracht een nieuw programmatiemodel te ontwikkelen, maar plaatsen de nodige kanttekeningen bij de haalbaarheid daarvan. Zij ontwikkelen geen nieuw programmatiemodel, net omdat het woonzorgdecreet de organisatie van de zorg radicaal wil veranderen. Opvallend is ook dat zij berekenen dat de huidige programmatie gezinszorg volstaat op voorwaarde van een herschikking van het takenpakket thuisverpleging en poetshulp. Dit laatste vereist echter een beleidsmatige hertekening van het aanbod van thuis-hulp. Tegelijkertijd wijzen zij erop dat de toenemende deinstitutionalisering een aanzienlijke verschuiving in de vraag naar gezinszorg met zich meebrengt. Al deze factoren bemoeilijken de ontwikkeling van een programmatiemodel voor de ouderenzorg. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat zowel beleidsveranderingen en preferenties en behoeften van gebruikers de validiteit van een programmatiemodel kunnen ondermijnen. De realisatie van de programmatie als toetssteen van de toereikendheid van het aanbod moet dus met de nodige voorzichtigheid gehanteerd worden, net omdat maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen de validiteit van het model kunnen ondergraven.

Ten vierde geven de meeste indicatoren geen indicatie van de geleverde kwaliteit. Het wegwerken van wachtlijsten of het creëren van voldoende capaciteit geeft geen indicatie van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Kwaliteit wordt dus nauwelijks of niet afgedekt door de huidige kernindicatoren.

⁶ Zie voor gedetailleerde cijfers : <http://www.vlaandereninactie.be/nlapps/docs/default.asp?id=417>).

Ten vijfde kan er in de officiële documenten geen info gevonden worden over de internationale vergelijkbaarheid van de huidige kernindicatoren. Dit is nochtans relevant, aangezien Vlaanderen in 2020 wil behoren tot de top vijf van de meest succesvolle regio's in Europa.

Tabel 1. Doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020 en de kernindicatoren

Doelstelling	Huidige kernindicator
1 Vlaanderen voorziet in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.	capaciteit ouderenzorg capaciteit kinderopvang aantal dringende zorgvragen VAPH aantal op wachtlijst Jeugdzorg wachttijden CGG uitstellen medische consumptie kinderen min 2 huisbezoeken
2 Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.	
3 Eerstelijnszorg- en thuiszorg zijn versterkt.	geholpen gezinnen gezinszorg
4 Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.	aandeel groepspraktijken
5 In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er voldoende aanbod gecreëerd.	capaciteit ouderenzorg aantal dringende zorgvragen VAPH wachtijd CGG
6 Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.	aantal plaatsen kinderopvang

Afrondend kan men stellen dat de relatie tussen indicator en doel onvoldoende geëxpliciteerd en onderbouwd is en dat het niet duidelijk is of de processen die gemeten worden primordiaal zijn voor het bereiken van de doelstelling. Voorbeeld bij uitstek hiervan is de indicator rond het aandeel groepspraktijken op het totaal aantal huisartspraktijken. Ook wordt de wetenschappelijke onderbouwing (validiteit, betrouwbaarheid, risk adjustment, discriminerend vermogen, toegankelijkheid brongegevens...) nergens expliciet gemaakt.

3 Kernindicatoren versus beleidsindicatoren in Departement WVG

De onderstaande tabel van VRIND 2011 geeft een overzicht van de huidige beschikbare beleidsindicatoren voor welzijn binnen het departement WVG. Wanneer we deze indicatoren leggen naast de drie types van prestatie-indicatoren, valt op dat de overheid op dit moment vooral de huidige capaciteit en het aantal bereikte gebruikers monitort. Daarnaast komt ook de toereikendheid aan bod aan de hand van de indicatoren

omtrent de wachtlijsten (VAPH en jongerenwelzijn) en voor de kinderopvang aan de hand van de verhouding tussen de huidige capaciteit en de volgens wetenschappelijke criteria benodigde capaciteit. Effectiviteit, efficiëntie, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden in geen enkele sector op dit moment afgedekt door de beschikbare indicatoren. Qua betaalbaarheid is er enkel een indicator voor de kinderopvang (het aandeel inkomensgerelateerde opvangplaatsen ten opzichte van het totale aantal). Qua toegankelijkheid wordt het bereik van kansarme gezinnen door de preventieve gezinsondersteuning al opgevolgd. Qua bereik van de andere sectoren worden enkel het geslacht en de leeftijd van de gebruikers gerapporteerd. Deze gegevens laten onvoldoende toe om uitspraken te doen over het gebruik van dienstverlening op basis van socio-economische kenmerken. Eén van de centrale vragen van dit onderzoeksproject is dan ook of en in welke mate er op dit moment cijfermateriaal aanwezig is dat toelaat om uitspraken te doen over de effectiviteit, efficiëntie, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Tabel 2. VRIND-indicatoren 2011

Beleidsdoelstelling	Invalshoek	Indicator	Bron	
Beleidsnota: "Naar kinderopvang als kwaliteitsvolle basisvoorziening. Daartoe moet het aanbod oa. kwantitatief uitgebreid worden"	Zorgvraag	De evolutie van het aantal kinderen onder de drie jaar	SVR	
	Zorgvraag	Werkzaamheidsgraad van vrouwen met jonge kinderen naar leeftijd van het jongste kind.	Kind & Gezin & SVR via Labor Force Survey	
	Zorgaanbod		Capaciteit van de formele kinderopvang (uitgesplitst naar opvangvoorzieningen voor kinderen van 0 tot 12 jaar en buitenschoolse opvangvoorzieningen), evolutie	Kind en Gezin
			Ratio aantal kinderen/aantal plaatsen, uitgesplitst naar type opvangvoorziening	Kind en Gezin
	Pact 2020		Capaciteit van de formele kinderopvang per 1000 kinderen (0-3 jaar), evolutie	Kind en Gezin
			Verhouding gerealiseerde capaciteit t.o.v. de wetenschappelijk bepaalde noodzakelijke capaciteit.	Kind en Gezin
	Zorggebruik		Aantal aanwezige kinderen in de formele kinderopvang in de week van 1 februari, volgens opvangsoort + evolutie	Kind en Gezin
			Verhouding informele tegenover formele kinderopvang, evolutie (slechts beschikbaar voor de jaren waarin een onderzoek is gebeurd naar het gebruik van kinderopvang bij gezinnen met jonge kinderen)	Kind en Gezin
	Zorggebruikers		Kenmerken van de ouders met jonge kinderen (die door Kind en Gezin opgevangen worden) slechts beschikbaar voor de jaren waarin een onderzoek is gebeurd naar het gebruik van kinderopvang	Kind en Gezin
	Kostprijs voor de gebruiker		Het aandeel plaatsen met een inkomensgerelateerde bijdrage van de ouders (enkel voor de opvangvoorzieningen die kinderen opvangen van 0 tot 12 jaar).	Kind en Gezin

Preventieve gezinsondersteuning	Bezoeken in kraamkliniek, huisbezoeken, consulten, gehoorscreening en Kind en Gezin-lijn	Bereik van de verschillende gezinsondersteunende diensten, totaal bereik en bereik van de doelgroepen	Kind en Gezin
	Pact 2020	Aandeel kinderen met minimum 2 huisbezoeken in de eerste drie levensmaanden en met minstens 3 consulten in het eerste levensjaar	Kind en Gezin
Adoptie	Adoptie	Aantal kinderen door adoptiediensten geplaatst voor adoptie (binnenlandse/interlandelijke adoptie).	Kind en Gezin
		Kenmerken van de adoptieouders en de adoptiekinderen	Kind en Gezin
Opvoedingsondersteuning	Opvoedingswinkel en opvoedingstelefoon	Aantal en aard van de gestelde vragen aan de opvoedingswinkel en de opvoedingstelefoon, evolutie van het aantal	Kind en Gezin
"De vertrouwenscentra moeten een cruciale rol blijven spelen in de hulpverlening rond kindermishandeling."	Kindermishandeling naar problematiek	Evolutie van het aantal gemelde kinderen bij de vertrouwenscentra naar aard van de melding en het aantal kinderen gemeld voor een (vermoeden van een) concrete situatie van kindermishandeling of -verwaarlozing naar aard van de gemelde problematiek, 1995-zo recent mogelijk	Kind en Gezin
	Kindermishandeling naar instantie	Instantie die een (vermoeden van een) concrete situatie van kindermishandeling of -verwaarlozing heeft gemeld (zo recent mogelijk)	Kind en Gezin
Bijzondere hulpverlening voor kinderen	Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning	Evolutie van het aantal begeleide kinderen op de eerste werkdag van februari, in de centra voor kindercare en gezinsondersteuning, van 2004 tot 2010	Kind en Gezin
	Diensten voor gezinsondersteunende pleegzorg	Evolutie van het aantal begeleide kinderen op de eerste werkdag van februari, in diensten voor gezinsondersteunende pleegzorg, van 2004 tot 2010	Kind en Gezin
Middelen en personeel	Financiële middelen	Inkomsten naar herkomst en uitgaven naar bestemming, van Kind en Gezin, evolutie	Kind en Gezin
	Personeel	Aantal personeelsleden (of vte) en aantal vrijwilligers die werken voor Kind en Gezin.	Kind en Gezin

	Gebouwen	Nieuwbouw, renovatie en budgetten van het VIPA voor kinderopvang	VIPA
Bijzondere jeugdbijstand	Zorgvraag	Evolutie van het aantal aanmeldingen en vorderingen. 2008-2010	Jongerenwelzijn
	Zorgaanbod	Evolutie van de capaciteit in de verschillende voorzieningen van de Bijzondere Jeugdbijstand, 2000-2010	Jongerenwelzijn
	Pact 2020	Aantal personen op de centrale wachtlijst van het agentschap Jeugdzorg	Jongerenwelzijn
	Zorggebruikers	Aantal jongeren naar hun kenmerken in de bijzondere jeugdzorg, leeftijd, geslacht, gemeente.	Jongerenwelzijn via BINK
	Pleegzorg, aanbod en gebruik	Evolutie van het aantal kinderen en het aantal pleeggezinnen in de verschillende pleegzorgsectoren, 2000-2010	Pleegzorg Vlaanderen
	Pleegzorg, kenmerken zorgverstrekkers en zorggebruikers	Kenmerken van de kinderen in pleeggezinnen en van de pleeggezinnen, leeftijd, geslacht, gezinsgrootte, ...	Survey Kenniscentrum WVG
	Financiële middelen	Uitgaven voor Bijzondere Jeugdbijstand, evolutie	Jongerenwelzijn
	Personeel en vrijwilligers	Aantal personeelsleden (of vte) die werken in de Bijzondere jeugdbijstand, evolutie	Jongerenwelzijn
	Gebouwen	Nieuwbouw, renovatie en budgetten van het VIPA voor Bijzondere jeugdbijstand	VIPA
Zorgvraag	Personen met beperkingen	Kenmerken (leeftijd, geslacht, huishouden, werksituatie, ...) van de mensen die zelf aangeven functiebeperkingen te hebben.	SCV
	Aantal vragen gesteld aan het VAPH	Evolutie van het aantal gestelde vragen, naar onderwerp van de vraag.	VAPH
	Rechthebbende federale tegemoetkoming voor personen met een handicap	Aantal rechthebbende inkomensvervangende integratietegemoetkoming en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, naar geslacht en leeftijd, 2000-2010	FOD Sociale Zekerheid

Zorgaanbod	Materiële bijstand	Overzicht van de meest verleende tussenkomsten voor materiële bijstand, evolutie 2000-2010	VAPH
	Zorgvoorzieningen personen met een handicap	Capaciteit van de zorgvoorzieningen van het VAPH, evolutie 2000-2010	VAPH
	PAB en PGB	Wettelijk vastgelegde capaciteit van deze stelsels, evolutie	VAPH
	Pact 2020	Aantal personen op de centrale registratie zorgvragen VAPH	VAPH
Zorggebruikers	Aantal	Aantal personen dat gebruik maakt van hulpmiddelen, van de zorgvoorzieningen en van PGB en PAB van het VAPH, 2000-2010	VAPH
	Personen die beroep doen op VAPH-diensten	Kenmerken van de zorggebruikers (leeftijd, geslacht)	VAPH
Middelen en personeel	Financiële middelen	Evolutie budgetten VAPH	VAPH
	Personeel	Aantal personeelsleden (of vte) die werken voor pmh, evolutie	VAPH
	Gebouwen	Nieuwbouw, renovatie en budgetten van het VIPA voor pmh	VIPA

De zorgbehoefte in de toekomst	De vergrijzing, de interne vergrijzing en de zorgbehoefte vandaag en de verwachting tot 2030	Bevolkingsprognose SVR, aantallen en aandelen 65-plussers, 80-plussers en de projectie van huidige bevolkingsgroep met beperkingen in dagdagelijkse activiteiten	SVR
Zorgaanbod/zorggebruik	Programmatie en invulling van de thuiszorgvoorzieningen	Programmatie en invulling van de thuiszorgvoorzieningen: (i) diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, (ii) diensten voor logistieke hulp, (iii) diensten voor oppashulp, (iv) diensten voor thuisverpleging, (v) diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds, (vi) lokale of (vii) regionale dienstencentra, (viii) diensten voor gastopvang of (ix) centra voor herstelverblijf, 2000-2011	Zorg en Gezondheid
	Informele zorg	Het aantal personen dat in Vlaanderen informeel nabije personen helpt of verzorgt	SVR via SCV
	Residentiële ouderenzorg (indicator Pact 2020)	Aantallen en de verhouding van gerealiseerde capaciteit t.o.v. de geprogrammeerde capaciteit in de residentiële ouderenzorg ((i) assistentiewoningen/serviceflats of (ii) woonzorgcentra), 2000-2011	Zorg en Gezondheid
	Semi-residentiële ouderenzorg	Aantallen en de verhouding van gerealiseerde capaciteit t.o.v. de geprogrammeerde capaciteit in de semi-residentiële ouderenzorg ((i) dagverzorgingscentra of (ii) centra voor kortverblijf), 2000-2010	Zorg en Gezondheid
Zorggebruik	Zorgverzekering	Rechthebbende op de zorgverzekering, naar soort toelage, 2000-2010	Zorg en Gezondheid
	Pact 2020	Geholpen gezinnen in de gezinszorg per 100 huishoudens	Zorg en Gezondheid
	Gezondheidsenquête	Aandeel van de bevolking dat het jaar voorgaande aan de enquête contact had met of een beroep deed op: (i) huishoudelijke hulp, (ii) warme maaltijden, (iii) thuisverzorging	SVR via gezondheidsenquête
Zorggebruikers	Gezondheidsenquête	Kenmerken van de personen die beroep deden op huishoudelijke hulp, warme maaltijden en/of thuisverzorging (leeftijd, geslacht, ...)	SVR via gezondheidsenquête

Middelen en personeel	Financiële middelen	Uitgaven voor ouderenzorg, evolutie	Zorg en Gezondheid
	Personeel	Aantal personeelsleden (of vte) die werken in de ouderenzorg, evolutie	Zorg en Gezondheid
	Gebouwen	Nieuwbouw, renovatie en budgetten van het VIPA voor ouderenzorg	Departement WVG, VIPA
Zorgvraag	Ontwikkelde indicatoren en een programmatie voor het Algemeen Welzijnswerk	Rapport LUCAS	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk en LUCAS
Zorgaanbod	Centra Algemeen Welzijnswerk	Aantal CAW's, evolutie van 2000-2010	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
	Autonome vrijwilligersorganisaties	Aantal autonome vrijwilligersorganisaties, evolutie	Departement WVG (Welzijn en Samenleving)
		Overzicht van de subsidie categorie waarbinnen de organisatie actief is	Departement WVG (Welzijn en Samenleving)
Zorggebruik	Teleonthaal	Aantal oproepen Teleonthaal, evolutie 2000-2010	Federatie Teleonthaaldiensten
	Centra Algemeen Welzijnswerk	Aantal cliënten voor directe hulp en aantal doorverwezen cliënten, 2000-2010	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
Zorggebruikers	Teleonthaal	Kenmerken van de personen die contact opnemen en de aard van de problemen	Federatie Teleonthaaldiensten
	Centra Algemeen Welzijnswerk	Kenmerken van de cliënten en de aard van hun problemen	Steunpunt Algemeen Welzijnswerk

Middelen en personeel	Financiële middelen	Uitgaven voor het algemeen welzijnswerk, evolutie	Departement WVG (Welzijn en Samenleving)
	Personeel CAW en autonome vrijwilligersorganisaties	Aantal personeelsleden (of vte) die werken bij het algemeen welzijnswerk en de autonome vrijwilligersorganisaties, evolutie	Departement WVG (Welzijn en Samenleving)
	Vrijwilligers	Aantal vrijwilligers die actief zijn bij de CAW en de autonome vrijwilligersorganisaties, naar kenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en beroepsstatus)	Steunpunt Algemeen welzijnswerk / Departement WVG (Welzijn en Samenleving)
	Gebouwen	Nieuwbouw, renovatie en budgetten van het VIPA voor Algemeen welzijnswerk	Departement WVG (VIPA)

4 Indicatoren in de beheersovereenkomsten

In het najaar van 2010 keurde de Vlaamse Regering de beheersovereenkomsten met de verschillende agentschappen binnen het domein WVG goed. Daarin zijn de wederzijdse engagementen tussen de bevoegde minister en de leidend ambtenaar van het agentschap vastgelegd voor de periode 2011-2015. De beheersovereenkomsten bevatten naast een generiek deel ook agentschapspecifieke strategische en operationele doelstellingen. Voor de opvolging van de realisatie van de beheersovereenkomst worden indicatoren naar voor geschoven. Dit kunnen monitoringindicatoren, resultaatindicatoren of indicatoren voor de opvolging van projecten zijn. Daarnaast zijn er nog de doelstellingenparameters, waarbij een door het agentschap te behalen norm, die gerelateerd is aan een organisatiedoelstelling, wordt vermeld. De beheersovereenkomst tussen de Vlaamse Regering en het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) voor de periode 2006-2010 liep af op 31 december 2010. Vanaf 1 januari 2011 staan de taken en doelstellingen van het VIPA opgenomen in de managementovereenkomst van het departement WVG. Voor Zorginspectie zijn geen monitoringindicatoren opgenomen.

Het verder uitbouwen van de noodzakelijke registratie- en monitoringsystemen is een opdracht in verschillende beheersovereenkomsten. Vooral bij Jongerenwelzijn en VAPH wordt dit erg expliciet gemaakt. Deze paragraaf somt de indicatoren op die in de beheersovereenkomsten worden vermeld en die aansluiten bij de doelstellingen van het Pact 2020.

4.1 Kind en Gezin

In de nieuwe beheersovereenkomst stellen we vast dat er geen formele monitoringindicatoren tegenover de doelstellingen worden geplaatst. Dit neemt niet weg dat wel doelstellingenparameters geformuleerd worden met betrekking tot de reguliere werking. Drie doelstellingen zijn relevant in het kader van Pact 2020:

1. Kind en Gezin stelt zich tot doel om een kennismakingsbezoek en een eerste huisbezoek aan te bieden aan 100% van de kinderen.
2. Kind en Gezin stelt zich tot doel om een tweede huisbezoek aan te bieden aan minstens 90% van de kinderen.
3. Kind en Gezin stelt zich tot doel met zijn gehoorscreening een doelbereik te realiseren van 98%.

Deze drie doelstellingen worden aan de hand van procesindicatoren opgevolgd die toelaten om de geleverde output in kaart brengen : aantal gezinsbezoeken, consulten, zittingen, gehoortesten, vaccinaties, doelbereik inzake kraam- en huisbezoeken, gehoorscreening en vaccinatie. Qua meetbare indicatoren wordt ook een streefdoel met betrekking tot de diversiteit van het personeel vermeld. Er wordt gestreefd naar het bereiken of handhaven van volgende streefcijfers: tegen 2015 5% personeelsleden

van allochtone afkomst, tegen 2015 4,5% collega's (uitgezonderd regioteamleden) met arbeidshandicap.

4.2 Jongerenwelzijn

In de beheersovereenkomst met Jongerenwelzijn wordt expliciet gewezen op het belang van monitoring en van meetbare indicatoren:

“Tegen 2015 kan Jongerenwelzijn de hulp- en dienstverlening (bij)sturen aan de hand van indicatoren met de daarbij samenhangende meetfactoren en normen.

Operationele organisatiedoelstelling: het op periodieke basis toetsen of de doelstellingen gerealiseerd worden door het systematisch en continu verzamelen van gegevens, analyseren en rapporteren over de vorderingen op de vastgelegde indicatoren voor beleids- en beheersmonitoring en deze driemaandelijks te toetsen aan de vooropgestelde normen of te verwachten resultaten.

Indicator: driemaandelijks interne rapportage en terugkoppeling naar regio's en instellingen.”

Inzake preventie en de inzet van opvoedingsondersteuning, worden 2 indicatoren vermeld. Het ondersteunen van opvoedingswinkels vanuit de specifieke expertise rond moeilijker bereikbare groepen en leeftijdsspecifieke opvoedingsthema's wordt opgevolgd aan de hand van de indicator 'projecten'. Voor de ondersteuning van het lokale niveau met het oog op het ontwikkelen van een lokaal overleg opvoedingsondersteuning zijn er het aantal gerichte contacten met gemeenten.

Het aansturen van 'een privaat hulpverleningslandschap dat 'gepast, tijdig, kwaliteitsvol en flexibel kan inspelen op de behoeften van de toenemende doelgroep' wordt opgevolgd aan de hand van drie indicatoren:

1. “Het aantal jongeren begeleid door de voorzieningen en projecten bijzondere jeugdbijstand;”
2. “De capaciteit en het aantal begeleidingen van de verschillende werkvormen van het private hulpaanbod van bijzondere jeugdbijstand;
3. “Het aantal jongeren wachtend op (meer) gepaste hulpverlening op het centraal wachtbeheer.”

Wat de inhoudelijke en administratieve opvolging van de erkenning en de uitbreiding van erkende voorzieningen betreft zijn er indicatoren betreffende de tijdigheid van de besluitvorming en financiering en het negatief adviseren door de beroepscommissie van de ingediende bezwaarschriften.

Het verzamelen van de boekhoudkundige resultaten van de erkende voorzieningen en de inrichtende machten vormt een operationele doelstelling. Dit wordt gemonitord aan de hand van een jaarlijkse nota met betrekking tot de financiële toestand van het private erkende aanbod, opgesplitst naar erkenningscategorie, waarbij de subsidies voor werking en verblijf afgezet worden tegen de effectieve uitgaven voor werking en verblijf.

Wat het case-onderzoek betreft wordt als operationele organisatiedoelstelling het bieden van hulp op maat door informatie- en adviesverlening, vraagverheldering, diagnostiek en bemiddeling te verstrekken geformuleerd. De indicator is de afhandeling van het caseonderzoek binnen de wettelijke termijn. Wat casemanagement betreft wordt gewaakt over de uitvoering van de hulpverlening. De hieraan gerelateerde indicator is het verzekeren van een jaarlijkse evaluatie in elk dossier. Wanneer in alle diensten de norm van gemiddeld 60 dossiers per VTE is gerealiseerd, worden twee evaluaties per jaar in ieder dossier verzekerd.

Men poogt het best passende begeleidingsaanbod aan te bieden op basis van de geïndiceerde hulpvraag en het systematisch en transparant beheren van de beschikbare capaciteit. Indicatoren ter opvolging zijn:

- Het aantal dossiers waarin een verschil bestaat tussen de geïndiceerde hulpverlening en de gerealiseerde hulpverlening blijft onder de 25%
- Rapportage over het centrale wachtbeheer

Jongerenwelzijn optimaliseert de hulpverleningsprocessen met projecten die aantoonbaar ingrijpen op de in-, door- en uitstroom. Hiertoe worden de cijfers van instroom, doorstroom en uitstroom in de bijzondere jeugdbijstand gemonitord.

Tot slot in het kader van het HRM-beleid van Jongerenwelzijn, worden vormingscijfers van Jongerenwelzijn opgenomen als indicator. Eveneens de personeelstevredenheidscijfers en verzuimcijfers van Jongerenwelzijn, inzake diversiteit worden streefcijfers gehanteerd. Met name dient tegen 2015 4% medewerkers van allochtone afkomst te zijn; 4,5% medewerkers met een arbeidshandicap in niet rechtstreeks hulpverlenende functies; 33% vrouwen in N, N-1 of N-2 functies. Als indicator geldt het aandeel personeelsleden uit kansengroepen.

4.3 VAPH

Er worden in de beheersovereenkomst verschillende doelstellingenparameters geformuleerd. Zo zijn er de voortgangsrapportages m.b.t. het voortraject en de rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke hulpverlening, het actieplan m.b.t. het uitbouwen van het informatieloket voor PmH en een de evaluatie m.b.t. de regelgeving van de Diensten Inclusieve Ondersteuning. Heel wat nieuwe beleidsinitiatieven staan nog in de steigers, bijvoorbeeld met betrekking tot Perspectief 2020.

In het beheersovereenkomst worden wel bestaande doelstellingenparameters vermeld, zoals het Zorgregierapport en de integratie van PAB in de zorgregieprocessen. Het Zorgregierapport brengt tweejaarlijks verslag uit over de capaciteit van het zorgaanbod, over het aantal personen met actieve zorgvragen, het aantal personen met dringende zorgvragen, de wachttijd en het zorggebruik van personen met dringende zorgvragen.

Met betrekking tot de realisatie van een inclusieve samenleving worden doelstellingen geformuleerd op vlak van wonen, onderwijs, tewerkstelling en armoedebeleid. De beheersovereenkomst vermeldt wel dat in dit kader ook actoren binnen andere beleidsdomeinen hun verantwoordelijkheid dienen te nemen.

4.4 Zorg en Gezondheid

Voor Zorg en Gezondheid zijn er in de beheersovereenkomst indicatoren omtrent preventie, zoals rond valincidentie, depressie en suïcide (vb % hulpvragers met zelfmoord problematiek CGG op totaal aantal CGG-cliënten) die gevat worden onder doelstelling 17 'gezondheidsbevordering'. Wat betreft het zorgaanbod is er een lijst met prestatie-indicatoren opgenomen.

De doelstelling van een toereikend aanbod wordt opgedeeld in acht subdoelstellingen waaraan telkens prestatie-indicatoren worden gekoppeld:

1. Het uitwerken van een toereikend, evenwichtig gespreid en kwaliteitsvol aanbod van zorg- en gezondheidsvoorzieningen
 - a. Indicator: Toereikend aanbod: realisatiegraad
 - b. Indicator: Toereikend aanbod: som tekorten
 - c. Indicator: Evenwichtig gespreid
2. Versterken van de draagkracht van mantelzorgers en vrijwilligers
 - a. Indicator: Aantal gepresteerde uren oppas
 - b. Indicator: Effectief gepresteerde onregelmatige prestaties gezinszorg door personeel dat in aanmerking komt voor subsidiëring
 - c. Indicator: Aantal gepresteerde uren gastopvang
3. De thuiszorgvoorzieningen dragen ertoe bij dat ouderen en zorgbehoevenden kunnen kiezen om zo lang mogelijk thuis te wonen
 - a. Indicator: Volumeïndicator gefactureerde uren poetshulp
 - b. Indicator: Volumeïndicator uren oppashulp (urencontingent)
 - c. Indicator: Aantal lopende dossiers thuiszorg zorgverzekering
 - d. Indicator: Volumeïndicator uren gezinszorg (urencontingent)
4. De CGG positioneren zich op de tweede lijn
 - a. Indicator: percentage zorgperiodes dat niet op eigen initiatief kwam of dat wel op eigen initiatief kwam maar een ernstig suïcide-risico had, of vroeger reeds in zorg was
5. De mate van zorgafhankelijkheid determineert het type thuiszorg of het type residentiële zorg dat wordt aangeboden
 - a. Indicator: Percentage geholpen gebruikers BEL-profiel > 35
 - b. Indicator: Aantal forfaits B en C en dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
 - c. Indicator: Aantal rechthebbenden met forfaits A, B en C in WZC
6. Palliatieve patiënten kunnen thuis of in de vertrouwde omgeving sterven
 - a. Indicator: Aantal patiënten opgenomen ikv functie palliatieve zorg en hoeveel van deze patiënten zijn in ziekenhuis overleden

- b. Indicator: Aantal patiënten opgenomen in de eenheid palliatieve zorgen en aantal overleden in de eenheid.
- 7. Participatie van ouderen en patiënten versterken
 - a. Indicator: Vertegenwoordigers ouderen, gebruikers en patiënten in adviesorganen
- 8. De mis(be)handeling van ouderen tegengaan.
 - a. Indicator: Meldingen en klachten

Bij onderdeel 1, 2 en 3 worden relatief klassieke procesindicatoren genoemd die aangeven hoeveel de output is van de betreffende diensten. Het is onduidelijk in welke mate die output ook leidt tot de gewenste effecten (versterken draagkracht, zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen). De indicator bij onderdeel 4 geeft aan een indicatie in welke mate de CGG als tweedelijns voorziening functioneren. In dat opzicht is dit een indicator die de effectiviteit van de CGG en de efficiëntie van het zorgaanbod bij psychische problemen meet. Ook de indicator voor palliatieve zorg gaat een stap verder. Er wordt een verhouding berekend die aangeeft in welke mate patiënten in hun vertrouwde omgeving kunnen sterven. Ook de indicatoren rond zorgafhankelijkheid zijn een poging om de effectiviteit en de efficiëntie van het zorgaanbod te meten.

Met betrekking tot kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit zijn er de volgende indicatoren:

1. Aantal aandachtsvoorzieningen
2. Aantal CGG-cliënten
3. Percentage van de tewerkstellingstijd in een CGG dat naar patiëntencontacten gaat (KPI van de CGG die efficiëntie zou moeten meten)
4. Aantal vroegtijdige, eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies (drop-out)
5. Wachttijden in dagen tussen de aanmelding en de tweede zorgsessie
6. Aantal % patiënten met suïciderisico
7. Aantal patiënten met stemmingswisselingen
8. Verhouding effectief gepresteerde uren in gezinszorg versus aantal gelijkgestelde uren;
9. Verhouding gefactureerde uren logistieke hulp versus maximale norm

Indicator 3 is de KPI (key performance indicator) voor de CGG en zou een uitdrukking moeten geven aan de effectiviteit en efficiëntie van het aanbod. Indicator 4 betreft de problematische uitval. Dit is een indicator die wetenschappelijk onderbouwd is als een eerste indicatie van de effectiviteit van de zorg. Deze indicator kan dus beschouwd worden als een resultaatsindicator geplaatst.

5 Besluit met betrekking tot de beheersovereenkomsten

De bespreking van de VRIND-indicatoren en de beheersovereenkomsten wijzen op verschillen tussen agentschappen in het gebruik van prestatie-indicatoren. De lijst met beleidsindicatoren die in het kader van VRIND wordt opgesteld, bevat weinig resultaatindicatoren. Dit bemoeilijkt het meten van de doelstellingen zoals die in Pact 2020 zijn geëxpliciteerd. Net doordat er weinig indicatoren voorhanden zijn rond effectiviteit, efficiëntie, kwaliteit van zorg en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden deze concepten slechts in beperkte mate afgedekt door de 10 kernindicatoren van Pact 2020 of door de VRIND-indicatoren.

De opmaak van de beheersovereenkomsten is gebaseerd op een uniform sjabloon dat in het hele beleidsdomein wordt gehanteerd. De bespreking hierboven maakt wel duidelijk dat het gebruik van prestatie-indicatoren om de mate van realisatie van de doelstellingen op te volgen, verschilt tussen de agentschappen. Als er zulke indicatoren worden geëxpliciteerd betreft het meestal procesindicatoren die aangeven hoeveel output gecreëerd werd (in termen van bereikte gebruikers, erkende plaatsen,...). Bij VAPH en Jongerenwelzijn worden ook wachtlijstcijfers opgenomen die een indicatie geven van niet-vervulde zorgnoden. Jongerenwelzijn en Zorg en Gezondheid hebben wel indicatoren om ook andere aspecten van het functioneren van het zorgaanbod te meten, met name omtrent de effectiviteit van de zorg (bijvoorbeeld de relatie tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulp en de efficiëntie van de echelonnisering van de geestelijke gezondheidszorg).

Hoofdstuk 3

Het meten van de kwaliteit van zorg

De subdoelstellingen van Pact 2020 verwijzen naar kwaliteit van zorg. Aan welke criteria moet kwaliteitsvolle zorg voldoen? De Vlaamse overheid beantwoordde deze vraag door in het kwaliteitsdecreet te stellen dat elke welzijns- en gezondheidsvoorziening verantwoorde zorg moet leveren⁷. Verantwoorde zorg is doeltreffend, doelmatig, continu, maatschappelijk aanvaardbaar en gebruikersgericht. Bij het verstrekken van die zorg moeten in ieder geval volgende aspecten gewaarborgd worden: respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving.

De Strategische Adviesraad WGG heeft in het voorjaar van 2011 een visienota opgeleverd over verantwoorde zorg. Er wordt een gemeenschappelijke sokkel of noemer beschreven voor alle welzijns- en gezondheidssectoren. Deze gemeenschappelijke sokkel bestaat uit vijf horizontale uitgangspunten die op hun beurt worden uitgespit in een aantal verticale componenten. Maatschappelijk verantwoorde zorg- en hulpverlening moet de toets doorstaan van deze uitgangspunten: kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.

1. Kwaliteit: de mate waarin gezondheids- en welzijnsdiensten bijdragen tot de gewenste resultaten en dit in overeenstemming met de bestaande kennis
2. Performantie: performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn.
3. Relevantie: zorg- en hulpverlening is maatschappelijk relevant wanneer er voldaan wordt aan randvoorwaarden als "van belang", "essentieel" en "voorwaardelijk". De zorg is immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn. Het gaat om "zorg die ertoe doet".
4. Rechtvaardigheid: iedereen moet een gelijk recht en een gelijke kans hebben op maatschappelijk verantwoorde zorg.
5. Toegankelijkheid: De afwezigheid van formele (administratieve), financiële, sociale en geografische belemmeringen maakt zorg toegankelijk.

Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk: er bestaat geen hiërarchisch verband tussen. De nota onderstreept het belang van indicatoren om de realisatie van deze uitgangspunten te kunnen meten. Best is dat deze indicatoren internationaal gevalideerd zijn of minstens op internationale indicatoren zijn gebaseerd. Indicatoren om deze concepten te meten worden echter niet opgenomen in deze visienota.

Het is ook een streefdoel in het Pact 2020 dat de indicatoren zo veel mogelijk internationale vergelijkbaarheid toelaten. Daarom bekijkt dit hoofdstuk een aantal internationale voorbeelden van definities van kwaliteit van zorg en hoe ze vervolgens geoperationaliseerd worden in prestatie-indicatoren die toelaten de kwaliteit van de geleverde

⁷ Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

zorg te meten en op te volgen. Daarbij komen een aantal internationaal vergelijkbare, landspecifieke en sectorspecifieke prestatie-indicatoren aan bod.

1 Internationale definities van kwaliteit van zorg

Er zijn op het internationale forum een aantal gezaghebbende definities van kwaliteit van zorg geformuleerd. Deze paragraaf beschrijft de definities van het Institute of Medicine, de OECD en de EU en vergelijkt deze met de recente definitie die door de SAR WVG werd geformuleerd.

1.1 Institute of Medicine

The Institute of Medicine heeft voor de gezondheidszorg in 2001 een internationale definitie van kwaliteitsvolle zorg neergelegd die uitgegroeid is tot de referentiedefinitie:

"the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge" (IOM,2001).

Kwaliteitsvolle zorg is die zorg die bijdraagt tot de gewenste gezondheidsresultaten en die gebaseerd is op de huidige beschikbare professionele kennis. Het instituut formuleert hierbij 6 toetscriteria: doeltreffendheid (effectiviteit), doelmatigheid (efficiëntie), billijkheid, tijdigheid, veiligheid, patiënt-gestuurd.

- Veiligheid: vermijden van ongewenste nadelige behandelingen.
- Effectiviteit: zorg die gebaseerd is op het beschikbaar wetenschappelijk onderzoek.
- Patiëntgestuurd: aansluitend bij de preferenties, verwachtingen en behoeften van de individuele patiënt.
- Tijdigheid: vermijden van wachttijden die nadelige effecten kunnen creëren.
- Efficiëntie: vermijden van verspilling.
- Billijkheid: kwaliteit van de zorg mag niet afhankelijk zijn van persoonlijke kenmerken van de patiënt zoals geslacht, etnische achtergrond, geografische locatie of socio-economische situatie.

Deze definitie combineert twee invalshoeken. Enerzijds moet de geboden zorg gebaseerd zijn op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Anderzijds moet de zorg aansluiten bij de verwachtingen en preferenties van de burger. Het inschatten van de kwaliteit wordt dus niet enkel gebaseerd op professionele standaarden, maar ook op basis van de verwachtingen en preferenties van de gebruiker.

1.2 OECD: Health Care Quality Indicators Project

De OECD lanceerde in 2006 het 'Health Care Quality indicators Project'. Bedoeling was om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de gezondheidszorg. In een eerste stap werden de kwaliteitsprincipes van de gezondheidszorgsystemen van een aantal landen geanalyseerd. De studie maakt een onderscheid tussen veel en weinig gebruikte concepten. De veel gebruikte concepten zijn: effectiviteit, veiligheid, responsiviteit, toegankelijkheid, rechtvaardigheid, efficiëntie.

1. Effectiviteit: de mate waarin de gewenste resultaten in termen van gezondheidswinst bereikt worden, voortbouwend op de beschikbare wetenschappelijke kennis
2. Veiligheid: het vermijden en voorkomen van nadelige resultaten of letsels.
3. Responsiviteit ('patient-centredness'): aansluiten bij verwachtingen van de gebruiker.
4. Toegankelijkheid: fysieke, financiële, geografische en psychologische toegankelijkheid van diensten.
5. Rechtvaardigheid: rechtvaardige (her)verdelende effecten van gezondheidszorg.
6. Efficiëntie: optimaal gebruik van beschikbare middelen om de beste resultaten te bereiken, zowel op macroniveau (betaalbaarheid van gezondheidszorg) als op microniveau (gerealiseerde output op patiëntniveau).

De OECD besliste om prestatie-indicatoren te ontwikkelen die moeten toelaten om de realisatie van drie criteria te kunnen meten: effectiviteit, patiëntgerichtheid en veiligheid. In 2010 rapporteerde de OECD over de stand van zaken van dit project. Opvallend zijn de toevoegingen die zijn gebeurd en die relevant zijn in het kader van dit onderzoeksproject. In de eerste plaats onderstreept de OECD het belang van patiëntervaringen als toetssteen van de kwaliteit. Het *Norwegian Knowledge Centre for the Health Services* voerde in opdracht van de OECD in 2008 een systematische review uit naar beschikbare nationale en internationale surveys die patiëntervaringen meten. Deze studie vormde de basis voor een internationaal project van de OECD samen met 21 landen om een basisset van vragen te valideren om patiëntervaringen te meten. De keuze voor het inzetten op het meten van de ervaringen van de gebruiker wordt gelegitimeerd vanuit 'patient-centred care'. Of zoals Stewart (2001, p.468) het uitdrukt in een cruciaal artikel voor het *British Medical Journal*: 'The patient should be the judge of patient centred care'.

Ten tweede wijst de OECD op de verbetering van de coördinatie van zorg als een essentiële succesfactor die bijdraagt aan de kwaliteit van de zorg. Het probleem is echter dat samenwerking en de effectiviteit hiervan niet eenvoudig te meten zijn.

Een derde toevoeging heeft betrekking op de rol van de eerstelijnsgezondheidszorg om te komen tot effectieve gezondheidszorg. De kwaliteit van de eerste lijn kan volgens de OECD gemeten worden in de mate waarin vermijdbare ziekenhuisopnames worden vermeden. De cijfers zijn beschikbaar voor een aantal chronische aandoeningen (diabetes, astma,...), weliswaar enkel voor België.

Met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg merkt de OECD op dat er nog een lange weg moet afgelegd worden om de kwaliteit hiervan te meten. Als indicator wordt

het aantal heropnames in ziekenhuizen van personen met een bipolaire stoornis en met schizofrenie naar voren geschoven.

Een laatste belangrijke vaststelling die de OECD maakt is dat er in de meeste landen de noodzakelijke data-infrastructuur ontbreekt om de kwaliteit van zorg te meten. Dit is onder andere het geval voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. En als data al beschikbaar zijn dan zijn ze moeilijk met elkaar te koppelen. Toch zijn deze koppelingen vaak noodzakelijk omdat de effectiviteit van de zorg net in sterke mate bepaald wordt door de kwaliteit van samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders. Deze koppelingen moeten mogelijk gemaakt worden, weliswaar met de noodzakelijke bescherming van de privacy van de patiënt.

1.3 Het kwaliteitskader voor sociale dienstverlening van de EU

De EU heeft recentelijk ook een kwaliteitskader geformuleerd voor maatschappelijke dienstverlening. De EU hanteert daarbij een ruime definitie van sociale diensten die verwijst naar allerlei vormen van dienstverlening die de integratie van personen met langdurige gezondheidsproblemen of beperken ondersteunen, die een antwoord bieden op persoonlijke problemen (schulden, werkloosheid, drugsverslaving, relatiebreuken) en die gezinnen ondersteunen bij de zorg voor kinderen en ouderen.

Deze vormen van dienstverlening moeten volgens de EU voldoen aan zeven kwaliteitscriteria:

1. Beschikbaarheid: er moet een ruime waaier aan diensten beschikbaar zijn die enerzijds inspelen op de behoeften en vragen van de gebruiker en die anderzijds, indien mogelijk, ook keuzevrijheid garanderen voor de gebruiker.
2. Toegankelijkheid: fysieke toegankelijkheid en beschikbaarheid van advies en informatie om de beschikbare diensten te kennen.
3. Betaalbaarheid
4. Gebruikersgericht ('Person-centred'): diensten moeten tijdig en op een flexibele manier kunnen inspelen op elk individu, met bijzondere aandacht voor zijn culturele achtergrond.
5. Omvattend: sociale diensten moeten op een geïntegreerde wijze inspelen op de verwachtingen en behoeften van de gebruiker.
6. Continuïteit: zeker in het geval van langdurige behoeften moet de dienstverlening voldoende continu zijn en dus zonder onderbrekingen.
7. Gericht op resultaten.

Het betreft hier een vrijwillig kwaliteitskader dat het resultaat is van een achttal Europees gefinancierde Progress-projecten die in het teken staan van het meten en monitoren van de kwaliteit van sociale dienstverlening. Eén van deze acht projecten, het formuleren van kwaliteitsindicatoren voor de residentiële ouderenzorg, komt hier verder nog aan bod.

1.4 Kwaliteit van zorg: resultaat- en gebruikersgerichtheid

Het samenvoegen van deze vier definities van kwaliteit van zorg leidt tot tabel 3, die aangeeft dat er relatief grote eensgezindheid is over de toetscriteria van kwaliteitsvolle zorg. De conceptualisering van de SAR WGG lijkt op het eerste gezicht af te wijken van de internationale definities, maar de internationale principes zijn wel terug te vinden in de definities die door de SAR WGG zijn opgemaakt van de vijf horizontale principes.

Het Pact 2020 verwijst naar effectiviteit, efficiëntie, toereikendheid, betaalbaarheid, toegankelijkheid, continuïteit en ervaren kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker. Opvallend is dat toereikendheid in de vier besproken definities niet terug te vinden is. Wel wordt er verwezen naar het belang van tijdigheid en omvattendheid die als proxy's van toereikendheid kunnen beschouwd worden.

Tabel 3. Definities van kwaliteit van zorg

SAR WGG	IOM	EU	OECD
Kwaliteit			
Performantie	Effectiviteit	Resultaatgericht	Effectief
	Efficiëntie		Efficiëntie
Relevantie	Patiëntgestuurd	Gebruikergericht	Patient-gecentreerd
Toegankelijkheid	Tijdigheid	Toegankelijk	Toegankelijkheid
		Beschikbaar	
		Betaalbaar	
Rechtvaardigheid	Billijkheid		
	Veiligheid		Veiligheid
		Omvattend	
		Continu	

Een eerste vaststelling bij de tabel is dat bij deze vier conceptuele kaders telkens de resultaten van de zorg als belangrijk evaluatiecriterium worden gehanteerd. Zorg is geen doel op zich, maar dient bij te dragen tot een betere gezondheid en/of meer welzijn. Het gaat dus om het behalen van de resultaten die vooraf bepaald zijn. Ook al klinkt dit bijzonder logisch, toch is het niet altijd even evident om het causale verband tussen het functioneren van het gezondheids- en welzijnsdiensten en het algemeen welzijn of gezondheidsniveau te bewijzen.

Ten tweede stellen de vier systemen de gebruikersgerichtheid of responsiviteit centraal. Enkel de SAR WGG benoemt dit anders en voegt een element toe. Zorg moet volgens de SAR WGG relevant zijn. Zorg verlenen vanuit de vragen behoeften (noden) van mensen vereist daarom een democratisch maatschappelijk en politiek debat over welke vragen de samenleving kan/zal beantwoorden en welke niet. Toch bevestigt de SAR WGG het meten van gebruikerservaringen wordt ook recentelijk bevestigd door de SAR WGG:

“De wijze waarop gebruikers kwaliteit ervaren, speelt uiteraard ook een rol in de kwaliteitsevaluatie. De gebruiker moet de kwaliteit van het zorg- en hulpverleningsaanbod kunnen beoordelen. Ervarings- of belevingsmetingen zijn een belangrijk instrument in de evaluatie door de gebruiker van de zorg- en hulpverlening en zijn randvoorwaarden. Dit verhoogt bovendien ook de betrokkenheid van de gebruiker in de zorg- en hulpverlening.”

Door zowel te vragen naar wat de gebruiker belangrijk vindt en naar de mate waarin dit gerealiseerd wordt, is het meten hiervan sterker wetenschappelijk onderbouwd dan de traditionele tevredenheidsmetingen die de Vlaamse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen moeten doorvoeren in het kader van het Kwaliteitsdecreet.

Nederland heeft de afgelopen 10 jaar een sterke traditie opgebouwd in de vorm van de consumer quality index. Met de CQ-index wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten met de zorg. De systematiek bestaat uit een geheel van vragenlijsten met bijbehorende richtlijnen voor dataverzameling, data-analyse en het rapporteren van de resultaten. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. De CQ-index is gebaseerd op het Amerikaanse systeem ‘The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)’, maar sluit ook aan bij de aanbevelingen die de Britse SSRU over het meten van de kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker. In Nederland neemt de consumer quality index een belangrijke rol in bij het beoordelen van de prestaties van de gezondheidszorg (zie hiervoor de Nederlandse zorgbalans, paragraaf 2.2.3). De CQ-Index werd wetenschappelijk gevalideerd en meet niet enkel de cliënttevredenheid maar eveneens andere ervaringen van de cliënt zoals de ervaren veiligheid, de inspraak, keuzevrijheid, de bejegening, de kwaliteit van de informatie en de mate waarin de hulpverlener voldoende tijd maakt voor de gebruiker.

2 Bestaande kwaliteitsindicatoren ter inspiratie

Op het conceptuele niveau lijkt er dus heel wat eensgezindheid te zijn om kwaliteit van zorg te definiëren. Deze paragraaf bekijkt een aantal sectorale en intersectorale indicatorensets die moeten toelaten om de centrale toetsstenen van kwaliteit van zorg te meten.

2.1 Indicatoren op internationaal en Europees niveau

Niet enkel de zorgorganisaties gingen de laatste jaren op zoek naar relevante indicatoren om hun kwaliteit te meten. Maar ook nationale en Europese overheden deden dit evenals internationale organisaties zoals de WHO en OECD. Deze paragraaf beschrijft de indicatoren die gebruikt worden door de OECD en de EU.

2.1.1 Prestatie-indicatoren van de OECD

De OECD heeft prestatie-indicatoren geformuleerd en berekend voor een aantal sectoren die ook relevant zijn in het kader van deze studie. Meer bepaald betreft het langdurige zorg (met inbegrip van residentiële zorg), eerstelijnsgezondheidszorg, gezinsdata (met inbegrip van kinderopvang) en geestelijke gezondheidszorg. Indicatoren omtrent langdurige zorg zijn pas sinds 2008 toegevoegd aan de gezondheidsindicatoren van de OECD.

Op dit moment worden cijfers verzameld met betrekking tot het aantal gebruikers van langdurige zorg in de thuissituatie en in een residentiële voorziening, het aantal bedden in oudervoorzieningen en het aantal werkenden in deze sectoren. Wat betreft het aantal bedden wordt dit berekend per 1.000 inwoners ouder dan 65 jaar. De score voor België bedraagt 70,8 bedden per 1000 ouderen. Dit aantal is een beetje hoger dan Nederland (68,8) en significant hoger dan Frankrijk (51,3) en Duitsland (50,8). Wat betreft het aantal gebruikers van langdurige zorg zijn er in de Health data 2011 geen cijfers voor België voorhanden.

Voor de kinderopvang berekende de OECD voor het jaar 2005 het vrijgemaakte budget voor kinderopvang ten opzichte van het bruto-nationaal product. In 2005 deden enkel de Scandinavische landen en Frankrijk beter dan België. Voor 2004 werd ook de kostprijs voor het gezin internationaal vergeleken. Qua gebruik werd in 2008 het aandeel kinderen jonger dan drie jaar dat in de kinderopvang is opgenomen. Naast het aandeel wordt ook het full time equivalent berekend en het gemiddeld aantal uren dat kinderen verblijven in de kinderopvang. Deze berekeningen zijn gebaseerd op de SILC-data 2008 en kunnen dus op basis van deze databron ook voor Vlaanderen berekend worden.

Wat betreft geestelijke gezondheidszorg worden het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen en het aandeel van het gezondheidszorgbudget dat vrijgemaakt wordt voor GGZ internationaal vergeleken. Tabel 4 bevat de kwaliteitsindicatoren zoals die door internationale experts zijn gekozen. De OECD geeft aan dat er op dit moment enkel internationaal vergelijkbare data zijn voor ongeplande heropname van psychiatrische patiënten.

Tabel 4. OECD-kwaliteitsindicatoren Geestelijke Gezondheidszorg

Thema	Indicator
Continuity of Care	Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates Continuity of visits after mental health-related hospitalisation
Coordination of Care	Case management for severe psychiatric disorders Visits during acute phase treatment of depression Hospital readmissions for psychiatric patients Length of treatment for substance-related disorders
Treatment	Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase
Patient Outcomes	Mortality for persons with severe psychiatric disorders

Wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg verzamelt de OECD cijfers voor het aantal huisartsen per 1000 inwoners op jaarbasis.

Al deze OECD-indicatoren zijn op dit moment enkel berekend voor België. In een rapport van het Agentschap Zorg en Gezondheid (2010, pp.118) wordt gealludeerd op een Vlaamse berekening van deze indicatoren:

“De indicatoren uit de OECD-vergelijking werden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid maximaal ingevuld met Vlaamse cijfers. We stellen vast dat Vlaanderen voor sommige indicatoren opnieuw anders scoort dan België. Daar waar België relatief goed scoort in internationale vergelijkingen is dit niet altijd zo voor Vlaanderen (bijvoorbeeld aangeboren hartfalen, psychiatrische zorg) en daar waar België slecht scoort in internationale vergelijking scoort Vlaanderen soms beter (bijvoorbeeld mortaliteit na darmkanker, vaccinatiegraad voor mazelen)”.

In dit rapport is er echter geen verwijzing naar een publieke rapportering voor deze indicatoren. Ook is er geen systematische berekening van de OECD-indicatoren op Vlaams niveau voorhanden.

2.1.2 EU-indicatoren

European Community Health Indicators (ECHI) is een lijst van 88 indicatoren over gezondheidsstatus, determinanten van gezondheid, gezondheidsinterventies (diensten en gezondheids promotie). Een aantal van de indicatoren zijn afkomstig van de gezondheidsenquête die ook in België wordt georganiseerd. Op die manier zijn de gegevens ook internationaal vergelijkbaar. Qua gezondheidsstatus zijn er de laatste jaren heel wat indicatoren bijgekomen omtrent zelf-gerapporteerde depressie, subjectieve gezondheidssituatie en langdurige beperkingen bij dagelijkse activiteiten. Zeer recentelijk werd er in het kader van de Europese Youth Strategy een overzichtsdokument afgeleverd over de leefsituatie van 15- tot 24-jarigen, met inbegrip van een aantal gezondheidsindicatoren (psychologisch onwelbevinden, suïcide, rookgedrag, alcoholgebruik en obesitas (EU, 2011). Qua gezondheidszorg zijn er gegevens over het aandeel huisartsen en verpleegkundigen en ook de ontslagen in ziekenhuizen per aandoening (o.a. dementie).

Voor Europese vergelijkingen kan men ook gebruik maken van de Eurohealth Consumer Index die door de private organisatie Powerhouse jaarlijks wordt opgemaakt. België staat in de Euro Health Consumer Index 2009 op de 11de plaats in de ranglijst van 33 landen en dit met een totale score van 732 op 1.000 voor wat betreft de kwaliteit van de zorg. De top 3 wordt aangevoerd door Nederland (875), Denemarken (819) en IJsland (811). In vergelijking met 2008 boekte België vooruitgang wat betreft patiëntenrechten en -informatie, wachttijden en gezondheidsuitkomsten. Qua E-health (het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën) was er echter een lichte achteruitgang. In het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg is er binnen deze index ook een indicator beschikbaar wat betreft de penetratie van het elektronisch patiëntendossier (tabel 5).

Tabel 5. Penetratie van het elektronisch dossier bij de huisarts

jaar	België	Nederland	Frankrijk	Duitsland	Denemarken	Groot-Brittannië
2008	79,1	93,5	66,8	95,8	91,9	91,3

Bron: Eurohealth consumer index 2008

Binnen het Europese project "The European Public Health Association" (EUPHA) werd een monitoringsysteem opgezet voor de eerstelijnsgezondheidszorg (Primary Care monitor). Er is aandacht voor de structuur van de primaire gezondheidszorg in de vorm van beleid, economische voorwaarden en personeel. Procesindicatoren richten zich op toegankelijkheid, omvattendheid, continuïteit en coördinatie van zorg. De uitkomstindicatoren verwijzen naar kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Met betrekking tot die laatste categorie kijken de indicatoren naar vaccinatiegraad en mortaliteitscijfers en naar aantal huisartsenconsultaties en de gemiddelde duur van een consultatie. Hoewel het bevorderen van zelfredzaamheid als een belangrijke dimensie werd onderscheiden, werden geen gepaste indicatoren gevonden om dit te meten (Kringos, Boerma et al. 2010). Tabel 6 brengt de resultaten van dit onderzoek in kaart. De lijst is tot stand gekomen op basis van meerdere consultaties van experts. De hoge scores (H) verwijzen naar een consensus over het belang van deze indicator. De lage score (L) betekent dat de indicator niet weerhouden wordt. Belangrijk hierbij te vermelden is dat het een meer theoretische benadering van indicatorenontwikkeling betreft. Bij de constructie werd dus weinig rekening gehouden met de vraag of de data beschikbaar zijn om de indicatoren te construeren.

Tabel 6. Kwaliteitsdimensies en –indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg

Dimension	Results of evaluation: selected indicators with the highest (H) and lowest (L) average score*
Governance of the PC system	<p>H Is (near) universal financial coverage for PC services guaranteed by a publicly accountable body (government, or government-regulated insurer)? (3.42); Has a national primary care policy been formulated? (3.30); Is a national survey system or surveillance systems in place for monitoring the performance of the PC system (e.g. morbidity, mortality and process features)? (3.21)</p> <p>L Provide a summary of the content of national standards on PC service delivery that allow PC practices to develop differently in their services delivery (1.63); Tasks and professionals included in legislation on possibilities of task substitution or delegation in PC (2.00); PC-oriented patient organisations currently being active (name, purpose, and number of members) (2.01)</p>
Economic conditions of the PC system	<p>H Payment methods used for general practitioners?(Fee-for-service; Capitation payment; Salary; Mixed) (3.58); % of population covered for out-patient medical care by soc. health insurance (3.40); Method of health care financing for majority of (3.16)</p> <p>L Public expenditure on dental services as % of GDP (1.42); Private expenditure on dental services as % of GDP (1.50); Public expenditure on over-the-counter medicines as % of GDP (1.68)</p>
PC workforce development	<p>H Vocational training for general practice/family medicine in place? (3.55); Status of vocational training for general practice/family medicine (obligatory or voluntary) (3.57); Total nr. of active GPs as a ratio to total nr. of active specialists (3.39)</p> <p>L % of (re)trained PC professionals (other than general practitioners, physiotherapists, pharmacists, dentists or midwives) active in their profession of training (1.26); Total number of posts of PC professionals (other than the previously listed PC professions) currently vacant per 1000 inhabitants (1.42); % of active female PC professionals (other than the previously listed PC professions) (1.49)</p>
Access to PC services	<p>H Number of general practitioners per 100,000 population (3.74); Number of PC nurses per 100,000 population (3.56); Number of general practice consultations per capita per year (3.32)</p> <p>L Differences in dentist visits by income quintile (or education) (1.73); Number of consultations with PC professionals (other than general practitioners, physiotherapists, pharmacists, dentists, midwives) per capita per year (1.76); Differences in physiotherapy visits by income quintile (or education) (1.86)</p>
Continuity of care	<p>H Population/patients registered with a general practitioner (3.51); Average PC practice list size (3.45); Items normally recorded in patients' medical file for every encounter (reason of visit; problem and/or diagnosis; supporting data; treatment plan; medication details) (3.43)</p> <p>L Usual Provider Continuity Index: proportion of visits to one's own PC physician relative to the total nr. of visits to all physicians in the past year (1.91); Average length of PC provider-patient relationship (2.08); Average practice list turnover: Nr. of new patients in a period divided by the nr. of registered patients at the end of the period (2.16)</p>
Coordination of care	<p>H Patients having the possibility to directly access hospital based specialists (3.62); Patients having possibility to directly access emergency departments? (3.54); Patients having the possibility to directly access general practitioners? (3.49)</p> <p>L Predominant PC-Public Health Collaboration models in place (1.85); Specialist outreach models available for specific (chronic) conditions (2.18); If no direct access to speech therapists, can these be consulted if paid out of pocket (2.21)</p>
Comprehensiveness of PC	<p>H (Estimated) % of PC facilities usually carrying out immunizations for flu or tetanus (3.15); (Est.) % of PC providers usually providing first contact care to a man aged 28 with a first convulsion (3.09); (Est.) % of PC facilities usually involved in influenza vaccination for high-risk groups (3.08)</p> <p>L (Est.) % of PC providers that regularly pay attention to social services (1.81); (Est.) % of PC facilities involved in blood typing and antibody screening for prenatal patients (1.90); (Est.) % of PC facilities involved in school health care (1.92)</p>
Quality of PC	<p>H % of infants vaccinated against hepatitis B (2.99); % of infants vaccinated against invasive disease due to Haemophilus influenza type b (2.99); % of women aged 21-64 yrs who had at least 1 Pap test in the past 3 yrs (2.99)</p> <p>L Mortality for persons with severe psychiatric disorders per 100,000 (1.24); % of pregnant women having received a hepatitis B screening during their pregnancy (1.28); Potential life years lost of premature mortality from bronchitis (1.35)</p>
Efficiency of PC	<p>H Number of GP consultations per capita per year (3.34); Average consultation length (in minutes) of GPs (2.83); Number of new referrals from GPs to medical specialists per 1000 listed patients per year (2.82)</p> <p>L Nr. of GP consultations in the surgery as % of all GP-patient contacts (2.24); Nr. of home visits as % of all GP-patient contacts (2.63); Nr. of telephone consultations as % of all GP-patient contacts (2.72)</p>
Equity in health	<p>H Relative inequality (ratio between the rate of mortality in lowest and highest educational group) for avoidable mortality (2.34); Relative inequality for cardio-respiratory conditions (2.29); Relative inequality for mortality of infectious diseases (2.17)</p> <p>L Relative inequality for mortality of tuberculosis (1.73); same for pneumonia and influenza (1.73); same for asthma (1.92)</p>

Een laatste Europees gefinancierd project is Progress, waarin prestatie-indicatoren in de ouderenzorg werden ontwikkeld (European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2011). Het resultaat is een internationaal gevalideerde lijst met resultaatgerichte indicatoren die zorgorganisaties helpen bij het meten van de kwaliteit van de zorg en het

leven van cliënten in woonzorgcentra. Het is een Europees project waaraan ook VILANS uit Nederland deelnam. De indicatoren hebben niet alleen betrekking op bewoners, maar ook op hun familie, het personeel dat ze verzorgt en het management van de zorgorganisatie. Opvallend is dat zij de resultaten op het gebied van de kwaliteit van zorg voorstellen, maar ook voor de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven wordt geoperationaliseerd aan de hand van 45 indicatoren, die grotendeels de ervaringen van de gebruiker meten (aan de hand van de Consumer Quality Index methodologie).

2.2 Specifieke indicatoren bij nationale overheden

Als afsluiting van dit hoofdstuk staan we stil bij een aantal specifieke sets van indicatoren die in Vlaanderen, België en Nederland worden gehanteerd om de prestaties van de welzijns- en gezondheidssectoren te meten.

2.2.1 CBGS-studie: Indicatoren in het kader van het Pact van Vilvoorde

In 2003 voerde het toenmalige Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies een studie uit samen met vertegenwoordigers van de Vlaamse administratie om beleidsindicatoren te formuleren die moesten toelaten om de uitvoering van het Pact van Vilvoorde te monitoren (Jacobs et.al., 2003). Het betreft hier een meer theoretische en intersectorale benadering van indicatorenontwikkeling. De indicatoren die opgenomen zijn in tabel 7 zijn intersectoraal en zouden dus bruikbaar moeten zijn in alle WVG-sectoren. Er werd eerst een longlist opgesteld die toeliet om de vijf centrale concepten in het Pact van Vilvoorde te meten: toereikendheid, effectiviteit, efficiëntie, kwaliteitsvol en toegankelijk. Vervolgens werd door een groep van experts afkomstig uit de verschillende administraties beoordeeld welke van de bestaande indicatoren behouden moesten blijven en welke nieuwe indicatoren ontwikkeld moesten worden. Opvallend bij deze studie is dat in tegenstelling tot de recente conceptualiseringen van kwaliteit van zorg (zie eerste paragraaf), weinig of geen indicatoren voorgesteld worden die de effecten van de zorg teweegbrengen meten. Een aantal indicatoren zijn ook nominale variabelen (ja-nee), zoals bijvoorbeeld de wetenschappelijke onderbouwing van de programmatie. In de studie zelf wordt er geen link gelegd met internationaal gevalideerde indicatoren, alhoewel die bij sommige wel impliciet aanwezig is (bv. aandeel van budget dat vrijgemaakt wordt voor preventie). Een aantal van deze indicatoren worden gebruikt in de jaarlijkse VRIND-rapportering in Vlaanderen (zie hoger).

Tabel 7. Beleidsindicatoren in het kader van het Pact van Vilvoorde

Indicator	Status na overleg
Toereikend	
<i>M.b.t. tot zorgvraag</i>	
1) De bezettingsgraad	Behouden
2) De wachtlijsten	Niet behouden
3) De mate waarin voorzieningen een capaciteitstekort ervaren	Niet behouden
4) De correlatie programmatie vs. erkenning	Niet behouden
5) De mate waarin de programmatie wetenschappelijk is onderbouwd	<i>Aanbevolen</i>
<i>M.b.t. zorgaanbod - personeel</i>	
1) De VDAB knelpuntberoepen	<i>Aanbevolen</i>
2) De afwijking van de officiële personeelsnorm	<i>Aanbevolen</i>
3) De verhouding oude versus nieuwe personeelsleden	<i>Aanbevolen</i>
4) De mate waarin zorgvragen worden ingevuld in de eigen regio	Niet behouden
<i>M.b.t. zorgaanbod - budgetten</i>	
1) De verhouding van het budget voor Welzijn & Volksgezondheid t.o.v. het totale budget van de Vlaamse Gemeenschap	<u>Signaalfunctie</u>
2) De aanwezigheid van financiële reserves in voorzieningen	<i>Aanbevolen</i>
3) Het aandeel van de overheidsfinanciering t.o.v. andere bronnen van inkomsten	<u>Signaalfunctie</u>
4) De invullingsgraad	Behouden
Efficiënt	
1) De verhouding doorverwijzingen versus onmiddellijke hulp	<i>Aanbevolen</i>
2) De wachttijden	<i>Aanbevolen</i>
3) De mate waarin opdrachten duidelijk omschreven en gevalideerd zijn	<i>Aanbevolen</i>
4) De verhouding van het budget voor informatieprojecten t.o.v. totale budget	<i>Aanbevolen</i>
5) Het aandeel van cliënten in 'overbruggingszorg'	Niet behouden
6) De kostprijs per eenheidsproduct	Behouden
7) De personeelsinzet	Behouden
8) De verhouding loonlast op totale budget	Behouden
9) De verhouding tussen het aantal VTE en het aantal personeelsleden	Niet behouden
10) De verhouding vervangingen versus titularissen	<i>Aanbevolen</i>
11) Het aandeel van het budget besteed aan onderzoek en ontwikkeling	<i>Aanbevolen</i>
Effectief/ Doelgericht	
1) De diversiteit van het aanbod	Behouden
2) Aandeel categoriale zorg versus reguliere dienstverlening	Niet behouden
3) Het aandeel van het budget dat direct aan de zorgvrager wordt uitgekeerd	Niet behouden
4) Het aandeel van de financiële en personele middelen gewijd aan preventieve activiteiten	<i>Aanbevolen</i>
5) Het aantal samenwerkingsinitiatieven	<i>Aanbevolen</i>
6) Het aandeel van de financiële en personele middelen besteed aan innovaties in zorgsector	Niet behouden
Toegankelijk	
1) Een beschrijving van doelgroepen	<i>Aanbevolen</i>
2) De verhouding tussen het budget dat gaat naar doelgroepen en hun aandeel in de bevolking	<i>Aanbevolen</i>
3) De verhouding tussen de persoonlijke bijdrage en de overheidstussenkomst	Niet behouden
Kwaliteitsvol	
1) De verhouding tussen de personeelsuitstroom en het totaal aantal personeelsleden	Behouden
2) De klanttevredenheid	Niet behouden
3) De mate waarin voorzieningen kwaliteit meten	<i>Aanbevolen</i>
4) De mate waarin voorzieningen kwaliteitscriteria implementeren	<i>Aanbevolen</i>

2.2.2 KCE-studie: Prestaties van de gezondheidszorg

Vorig jaar heeft het KCE (2010) voor de eerste maal gerapporteerd over de prestaties van de Belgische gezondheidszorg. Als onderdeel van het onderzoek werd eerst een longlist met relevante indicatoren opgesteld, die vervolgens beoordeeld werd door experts. Relevante indicatoren voor doelstelling 12 'zorg' van het Pact 2020:

- a. Eerstelijnsgezondheidszorg:
 - i. Aantal huisartsen
 - ii. aantal patiënten zonder vaste huisarts (continuïteit van zorg)
 - iii. aantal huisartsen dat een elektronisch dossier gebruikt
- b. Veiligheid van langdurige zorg
 - i. Incidentie van decubitus ulcer in residentiële zorgvoorzieningen
- c. Betaalbaarheid: additionele ziekte-gerelateerde kosten voor chronisch zieken
- d. Efficiëntie: het gebruik van technologie in de thuiszorg

De indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg zijn voorhanden. Er is op dit moment geen cijfermateriaal beschikbaar om de incidentie van decubitus ulcer te meten in de residentiële woonzorgvoorzieningen. Volgens het rapport is het gebruik van technologie in de thuiszorg ook te meten, maar er worden geen cijfers gepresenteerd. Volgens het rapport zijn de additionele kosten voor chronisch zieken een goede indicator, maar niet eenvoudig om te berekenen. Opvallend is dat de geestelijke gezondheidszorg nauwelijks of niet gedekt wordt in deze studie.

2.2.3 De Nederlandse zorgbalans

De Zorgbalans (RIVM, 2008) schetst aan de hand van 125 indicatoren een beeld van de kwaliteit, de toegankelijkheid en de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport houdt het RIVM sinds 2006 iedere twee jaar een monitoring van de Nederlandse gezondheidszorg die een ruime invulling krijgt met inbegrip van verschillende vormen van langdurige zorg (voor ouderen en personen met een handicap). Gezien de lengte van de lijst selecteren we de indicatoren die relevant zijn voor dit project. Voor al deze indicatoren wordt gerapporteerd in de tweejaarlijkse zorgbalans.

Met betrekking tot effectiviteit:

- Jaarlijkse periodieke controles bij de tandarts
- Bereik van de jeugdgezondheidszorg
- Leefstijladvies door de huisarts
- Percentage voorschriften in de huisartspraktijk volgens NHG-formularium
- Aantal verwijzingen naar de tweede lijn
- Algemeen oordeel bevolking over curatieve zorg
- Ervaren coördinatie bij medicijngebruik

Met betrekking tot langdurige zorg:

- Oordeel AWBZ-zorgaanvragers over het Centrum Indicatiestelling Zorg
- Cliëntenoordeel over verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Kwaliteit van leven van cliënten in verzorgingshuizen en verpleeghuizen
- Cliëntenoordeel over zorg voor lichamelijk gehandicapten
- Cliëntenoordeel over de thuiszorg
- Tevredenheid van verpleegkundigen en verzorgenden met de kwaliteit van zorg
- De effectiviteit van medische hulpmiddelen
- Vermijdbare zorgproblemen bij cliënten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg (decubitus, ondervoeding, valincidenten)
- Het aantal plaatsen in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie
- Het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van de langdurige zorg

Met betrekking tot GGZ:

- Het aandeel volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis dat daarvoor zorg ontvangt
- Het aandeel volwassenen met een ernstige angst-, stemmings of verslavingsstoornis in zorg dat tenminste één vervolcontact ontvangt
- Het aandeel volwassenen met een ernstige angst-, stemmings- of verslavingsstoornis in zorg dat daarvoor een adequate vorm van zorg ontvangt
- Het aandeel van de GGZ-behandelingen dat wordt beëindigd in onderling overleg tussen behandelaar en cliënt/patiënt
- Het aandeel mensen dat na een suïcidepoging op de afdeling spoedeisende hulp terechtkomt en daar wordt gezien door een psychiater

Met betrekking tot toegankelijkheid:

- Percentage mensen dat onverzekerd is tegen ziektekosten
- Percentage mensen dat vertrouwen heeft in de betaalbaarheid van benodigde gezondheidszorg
- Percentage mensen dat afziet van benodigde gezondheidszorg
- Extra uitgaven van chronisch zieken en gehandicapten in verband met hun gezondheid
- Spreiding in eigen bijdragen door huishoudens
- Aandeel eigen bijdragen in besteedbaar inkomen in verschillende inkomensgroepen.
- Gemiddelde afstand van elke inwoner naar de dichtstbijzijnde zorgvoorziening van een bepaald soort
- Draagvlakprofiel per zorgvoorziening
- Trend van gemiddelde afstand en draagvlakprofiel voor huisartsen en ziekenhuizen
- Patiëntenervaringen: was het een probleem dat u moest reizen voor verzorging, onderzoek of behandeling?
- Het percentage mensen dat meer dan 20 minuten moet reizen naar een ziekenhuis, vergeleken met andere EU-landen.
- Verschil in zorggebruik tussen laag- en hoogopgeleiden waarbij gecorrigeerd wordt voor gezondheidsverschillen

- Verschil in ziekenhuisopname en gebruik van GGZ en verslavingszorg tussen allochtonen en autochtonen
- Verschil in sterfte na ziekenhuisopname voor hartinfarct tussen allochtonen en autochtonen
- Behoeftte aan zorg van dak- en thuislozen
- Kwaliteit van de Medische Opvang Asielzoekers

2.3 Nederlandse prestatie-indicatoren in ouderenzorg, jeugdzorg en GGZ

In 2005 werd voor de intramurale verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en voor de langdurige en/of complexe zorg thuis 'toetsingskaders voor verantwoorde zorg' uitgewerkt. De indicatoren uit deze Toetsingskaders vormen de operationalisering van wat in de visiedocumenten omschreven is als 'verantwoorde zorg'. Er wordt binnen dit model bewust gekozen voor het meten op uitkomsten en het benoemen van indicatoren met een relatieve norm en niet voor absolute (minimum)normen. De achterliggende gedachte is dat niet tot in detail vastgelegd zou moeten worden hoe zorgprofessionals en organisaties de zorg verlenen. Het is veel belangrijker te achterhalen of bepaalde resultaten worden gerealiseerd. Daar waar geen uitkomstindicatoren beschikbaar zijn (of moeilijk meetbaar) worden structuur- of procesindicatoren die een directe relatie hebben met de te monitoren uitkomst ingezet.

De scores van zorgaanbieders (daar waar relevant gecorrigeerd) worden bijvoorbeeld ingedeeld in percentielen of kwartielen per indicator. Hieruit wordt per indicator een gemiddelde zichtbaar en een excellente praktijk. Aan deze excellente praktijk of een best practice uit de literatuur, kan vervolgens een streefnorm worden verbonden. Het vergelijken van elk zorgvoorziening met de excellente praktijk genereert volgens de opstellers van dit kader een krachtige verbeterimpuls. Bovendien is het streven naar optimale kwaliteit in vergelijking met het werken met minimale normen beter voor het imago van de sector en doet het meer recht aan het werk van professionals.

Op basis van deze toetsingskaders is een instrumentarium ontwikkeld. Enerzijds is een set registratievragen ontwikkeld die de basis vormen voor het instrument voor een zelfevaluatie van zorgorganisaties. Hiermee worden de zogenaamde zorginhoudelijke prestatie-indicatoren gemeten. Anderzijds is door het NIVEL een set CQ-Index vragenlijsten vervaardigd voor een cliëntenraadpleging. Hiermee kunnen de zogenaamde cliëntgebonden prestatie-indicatoren in kaart worden gebracht. De CQ-Index vragenlijsten worden minimaal om de 2 jaar uitgevoerd door een geaccrediteerd meetbureau dat werkt volgens vastgestelde richtlijnen (www.centrumklantervaringzorg.nl). Er zijn specifieke vragenlijsten voor verschillende doelgroepen (bewoners, vertegenwoordigers van bewoners en thuiswonende cliënten). Via meetbureaus en registratiesystemen (ECD, RAI) komen de gegevens landelijk samen in een technische database, waar ze gecorrigeerd worden voor relevante cliëntkenmerken (bv. zorgzwaarte) en omgezet naar vergelijkbare prestatiescores. Vervolgens wordt teruggekoppeld naar de zorgvoorziening (hetzij een locatie, hetzij een regio) in de vorm van een rapportage bedoeld voor interne verbetering. De uitkomsten worden publiek gemaakt via www.kiesbeter.nl. Deze instrumenten zijn tijdens een pilot in 2006 bij 120 organisaties uitgetest.

Tien thema's staan centraal in dit kwaliteitskader:

1. Zorg(behandel)-/leefplan: ervaringen met zorg(behandel)plan en evaluatie; ervaren inspraak en overleg.
2. Communicatie en informatie: ervaren van bejegening, informatie en telefonische bereikbaarheid.
3. Lichamelijk welbevinden: ervaringen met lichamelijke verzorging en met maaltijden.
4. Zorginhoudelijke veiligheid: oa valincidenten, voedingstoestand, vaccinatiegraad, ervaren professionaliteit en respecteren rechten vrijheidsbeperkingen.
5. Woon- en leefomstandigheden: wooncomfort, sfeer, privacy.
6. Participatie en sociale redzaamheid: dagbesteding en participatie; zelfstandigheid en autonomie.
7. Mentaal welbevinden: ervaringen m.b.t. mentaal welbevinden en depressie.
8. Veiligheid wonen/verblijf: veiligheid, betrouwbaarheid zorgverleners, instructies.
9. Voldoende en bekwaam personeel: beschikbaarheid personeel, bekwaamheid voorbehouden handelingen.
10. Samenhang in zorg.

Er wordt op gewezen dat de toetsing van de indicatoren als een samenhangend geheel moet worden opgevat. Zo kan bijvoorbeeld de indicator 'valincidenten' niet los gezien worden van de indicator 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Op de registratieformulieren is ook een schaal opgenomen waarmee zorgzwaarte kan worden gemeten, de Care Dependency Scale. Het is van groot belang om bij een aantal indicatoren te corrigeren voor zorgzwaarte, zodat eerlijke vergelijkingen plaatsvinden tussen organisaties.

Van Yperen (2005) heeft voor de Nederlandse jeugdzorg 10 prestatie-indicatoren geformuleerd. Ook hier ligt de focus op de resultaten van de interventies van de jeugdzorg. De 10 indicatoren moeten toelaten om de zeven doelen van de jeugdzorg te monitoren. Die zeven doelen zijn tijdigheid, efficiëntie, cliëntgerichtheid, versterken van de autonomie, vermijden van herval, veiligheid en kwaliteit van leven.

De jeugdzorg reageert snel op hulpvragen	Wachttijden en wachtlijsten
De jeugdzorg werkt efficiënt	Gemiddeld aantal hulpverleners betrokken bij cliëntensysteem Gemiddelde doorlooptijd van module
De hulpvragen zijn adequaat beantwoord	Percentage cliënten dat aangeeft tevreden te zijn met de resultaten van de hulp
De jeugdzorg herstelt autonomie van de cliënt	Percentage dat na afronding binnen twee jaar opnieuw is aangemeld
De jeugdzorg verkleint kans op recidive	Percentage jongeren in de justitiële hulpverlening dat na afronding op een erkend risicotaxatie-instrument in het normale bereik scoort
De jeugdzorg waarborgt de veiligheid van aan haar vertrouwde kinderen	Aantal door de inspectie gegrond verklaarde klachten over de inspanning om de veiligheid te waarborgen
De jeugdzorg verhoogt kwaliteit van leven bij cliënten met chronische problematiek	Percentage jongeren met chronische problematiek waarvan situatie niet verslechtert

Figuur 6. Stof voor discussie: prestatie-indicatoren voor de jeugdzorg

De prestaties van de Nederlandse GGZ en verslavingszorg worden door Trimbos gemonitord aan de hand van 28 prestatie-indicatoren. Elke (zorg)instelling moet een Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) opmaken en toesturen naar Trimbos die de gegevens verwerken in hun monitor. Drie thema's staan centraal: effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de zorg. We sommen hier de prestatie-indicatoren op.

Effectiviteit:

- 1.1 Bereik preventieactiviteiten
- 1.2 Verandering ernst problematiek
- 1.3 Verandering dagelijks functioneren van de cliënt
- 1.4 Verandering ervaren kwaliteit van leven van cliënt
- 1.5 Rehabilitatie
- 1.6 Heropname versus duur opname
- 1.7 Drop-out
- 1.8 Somatische screening
- 1.9 Hanteren behandelrichtlijnen
- 1.10 Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders
- 1.11 Continuïteit bij verandering zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek.

Veiligheid:

- 2.1 Risicovolle interactie tussen medicijnen
- 2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen
- 2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie
- 2.4 Dwang
- 2.5 Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte
- 2.6 Incidenten cliëntenzorg

Cliëntgerichtheid:

- 3.1 Wachtijd tot start van de behandeling
- 3.2 Toegang tot zorg
- 3.3 Informed consent
- 3.4 Keuzevrijheid
- 3.5 Vervulling zorgwensen
- 3.6 Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen
- 3.7 Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners
- 3.8 Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten
- 3.9 Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW
- 3.10 Adequate bejegening door hulpverleners
- 3.11 Adequate informatieverstrekking door hulpverleners.

3 Besluit

Dit hoofdstuk leidt tot tien vaststellingen. Uit dit hoofdstuk blijkt in de eerste plaats dat er heel wat indicatoren beschikbaar zijn die internationaal vergelijkbaar zouden moeten zijn. Tegelijkertijd plaatst de OECD toch kanttekeningen bij zijn eigen werkzaamheden. Studies geven aan dat internationale vergelijkingen met de nodige omzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden omwille van verschillende meetprocedures en gezondheids- en welzijnssystemen. Een tweede vaststelling is dat de meeste OECD-indicatoren enkel voor België beschikbaar. Hier ligt nog heel wat onontgonnen terrein om deze indicatoren voor Vlaanderen te berekenen.

Ten derde worden de aanbevelingen van Donadian (2005) opgevolgd. We kunnen met nam een stijgende aandacht voor resultaatsindicatoren vaststellen. Opvallend is ook in de CBGS-studie dat er in Vlaanderen in 2003 veel minder interesse hiervoor was.

Een vierde vaststelling is dat het werken met resultaatsindicatoren veel inspanningsvereisten vraagt. De Nederlandse zorgbalans leert dat zeer uitgebreide meetprocedu-

res nodig zijn om de indicatoren te berekenen. Dit type van meetprocedures zijn voor een aantal sectoren in Vlaanderen op dit moment niet voorhanden.

Een vijfde vaststelling is het grote verschil in beschikbaarheid tussen welzijns- en gezondheidsindicatoren. De kinderopvang is hierop de grote uitzondering. Maar ook hier moet men met de nodige voorzichtig internationale vergelijkingen maken.

Een zesde vaststelling zijn de belangrijke stappen die de laatste jaren zijn gezet in sectoren die in het verleden minder gevat werden door prestatie-indicatoren. Er is het OECD-project rond kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg en rond langdurige zorg. En de recente door de EU gefinancierde projecten om prestatie-indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de residentiële ouderenzorg te formuleren, zijn beschikbaar. Tegelijkertijd komen al deze internationale projecten tot een gelijkaardige vaststelling. In deze sectoren is het veel minder evident om uitvoerige meetprocedures op te zetten.

Een zevende vaststelling is dat op Belgisch niveau een groeiende aandacht is om de prestaties te meten van de gezondheidszorg, getuige het eerste KCE-rapport hierover. Tegelijkertijd bevestigt dit rapport dat er voor langdurige zorg en residentiële zorg relatief weinig materiaal aanwezig is om prestatie-indicatoren te meten. In vergelijking met de Nederlandse Zorgbalans heeft België en Vlaanderen nog een hele weg af te leggen. Bovendien valt het op dat Nederland een sterk uitgebouwd systeem van prestatie-indicatoren heeft ontwikkeld voor verschillende sectoren die internationaal minder goed gevat worden (bijzondere jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg).

Een achtste vaststelling is de groeiende aandacht voor de kwaliteitsbeleving vanuit het perspectief van de gebruiker/patiënt als toetssteen van de effectiviteit van de zorg. Dit wordt gelegitimeerd vanuit het belang van 'patient-centredness', één van de toetscriteria die in de meeste conceptualisering van kwaliteit van zorg wordt meegenomen.

Een negende vaststelling is dat er weinig indicatoren over samenwerking. Samenwerking is natuurlijk geen doel op zich, maar is vaak wel een essentiële factor die de resultaten verklaart (OECD, 2010).

Een laatste overkoepelende vaststelling betreft het grote aantal indicatoren dat ontwikkeld wordt om (onderdelen) van de gezondheidszorg te monitoren. Dit is natuurlijk het gevolg van het feit het de prestaties van de gezondheidszorg op heel wat diverse onderdelen en sectoren betrekking heeft. Dit komt nog het sterkst tot uiting bij de Nederlandse zorgbalans. In het kader van Pact 2020 wordt ernaar gestreefd om het aantal indicatoren zo beperkt mogelijk te houden. Gezien de veelheid aan sectoren die door doelstelling¹² van het Pact 2020 gedekt worden, stelt zich de vraag of het werken met enkele indicatoren er niet toe leidt dat essentiële onderdelen van dat functioneren buiten beeld blijven.

Hoofdstuk 4

Onderzoeksmethode

Deze studie heeft twee doelstellingen: het evalueren van de huidige kernindicatoren en het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. Er wordt vertrokken vanuit een pragmatische benadering, omdat de indicatoren moeten opgenomen kunnen worden in de volgende metingen in het kader van Pact 2020. Dit betekent dus dat het ruwe cijfermateriaal op dit moment voorhanden moet zijn. Tegelijkertijd wordt gestreefd om internationale vergelijkbaarheid mogelijk te maken. Het vorig hoofdstuk besprak de internationale indicatoren die op dit moment voorhanden zijn. Een belangrijke vaststelling was om te werken met internationaal gevalideerde indicatoren. Dit betekent echter niet dat de bekomen cijfers sowieso vergelijkbaar zijn.

1 Onderzoeksopzet

Hoofdstuk 1 beschreef de zes fasen die onderscheiden worden in het proces van indicatorenontwikkeling:

1. Het bepalen van SMART-doelstellingen.
2. Het bepalen van de scope van de monitoring: wat meten we wel en wat niet?
3. Selecteren en opstellen van indicatoren.
 - Betrek stakeholders.
 - Doe ruime brainstorming over relevante indicatoren (los van beschikbaarheid van data).
 - Breng internationaal vergelijkbare indicatoren in beeld (longlist van indicatoren)
 - Analyseer beschikbare data en databanken.
 - Vergelijk theoretische indicatoren en beschikbare data.
 - Ontwikkel shortlist van indicatoren.
4. Beoordeel kwaliteit en haalbaarheid van shortlist met indicatoren.
5. Beschrijf metadata van de indicatoren.
6. Pilootfase in beperkte setting om indicatoren te berekenen.

Deze doelstellingen moeten eerst voldoende specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden zijn. Samen met alle relevante stakeholders wordt vervolgens bepaald om te meten wat er echt toe doet. De reden is dat het verzamelen veel extra inspanningen vereist. Best is dat er dus zo efficiënt mogelijk wordt gewerkt en enkel over de kernprocessen gegevens worden verzameld. Tijdens de derde stap wordt enerzijds een inventaris gemaakt van internationaal gevalideerde indicatoren en wordt bekeken in welke mate de data aanwezig zijn om deze indicatoren te berekenen. Dit stemt overeen met wat in hoofdstuk één als een theoretische benadering van indicatorenontwikkeling wordt omschreven. In de derde fase wordt anderzijds een pragmatische benadering gehanteerd. Vertrekkende van de beschikbare data wordt onderzocht

in welke mate zij toelaten om gevalideerde indicatoren te berekenen. De derde fase mondt uit in een longlist van indicatoren. Deze longlist wordt beoordeeld aan de hand van de kwaliteitscriteria (relevantie, betrouwbaarheid, vergelijkbaarheid, geldigheid, haalbaarheid). Indien de data niet aanwezig zijn, wordt een pilootfase uitgezet om de benodigde data te verzamelen. Tijdens de pilootfase wordt geëvalueerd welke inspanningsvereisten nodig zijn om die data te bekomen.

In dit project worden enkel fase één tot en met fase vijf doorlopen worden. Deze vijf fasen worden gerealiseerd in drie focusgroepen per agentschap. Er wordt gekozen voor een agentschap-specifieke aanpak. Dit laat toe om te komen tot indicatoren die rekening houden met de specifieke werking van elke deelsector en met de verschillen qua traditie in het werken met monitoringsinstrumenten.

In tegenstelling tot de CBGS-studie wordt er dus geen lijst van intersectorale indicatoren opgesteld die vervolgens in sectorale meetprocedures moet vertaald worden. Eén van de redenen is dat bij de ontwikkeling van indicatoren wordt aangemoedigd om te meten wat er echt toe doet. Dit kan mogelijks sterk verschillen tussen sectoren en agentschappen. Tegelijkertijd behoudt deze studie een intersectorale invalshoek door ook de lijst van CBGS-indicatoren mee te nemen in de longlist met indicatoren.

Ook al wordt aanbevolen om alle stakeholders een plaats te geven in het ontwikkelingsproces, toch werden hier enkel medewerkers van de agentschappen betrokken. Andere relevante stakeholders zoals koepels van werkgevers, hulpverleners en gebruikers werden dus niet betrokken.

2 Focusgroepen als onderzoeksmethode

Er wordt geopteerd voor 3 focusgroepen per agentschap (VIPA, Kind en Gezin, VAPH, Jongerenwelzijn, Zorg en Gezondheid en Zorginspectie). Daarnaast wordt ook de Afdeling Welzijn en Samenleving van het Departement WVG meegenomen. Aan elk agentschap wordt gevraagd om een diverse samenstelling van de deelnemers na te streven. Het is van belang dat binnen de focusgroep zowel inhoudelijke, beleidsmatige als technische expertise omtrent beschikbaar cijfermateriaal aanwezig is. Zes à tien deelnemers per focusgroep is het ideale aantal om voldoende ruimte te bieden voor de inbreng van elke deelnemer. Het werken per agentschap laat toe om binnen elke focusgroep aandacht te besteden aan de verschillende opvattingen die leven binnen het agentschap. Eveneens kan men na het houden van de verschillende focusgroepen stilstaan bij verschillen en gelijkenissen tussen de agentschappen.

2.1 Invulling van de eerste focusgroep

De eerste focusgroep staat in het teken van het verfijnen en operationaliseren van de zeven centrale concepten in Pact 2020: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Meer concreet staat de vraag centraal hoe deze begrippen kunnen vertaald worden naar de sectoren die door de agentschappen erkend en gesubsidieerd worden.

Het verfijnen van de huidige doelstellingen is noodzakelijk opdat bijpassende indicatoren kunnen worden ontwikkeld. Dit houdt in dat de doelstellingen SMART gemaakt moeten worden. Voornaamste bemerking is dat ze meer specifiek dienen te worden. Het proces van verfijnen en ontwikkelen van doelstellingen en indicatoren wordt in nauwe samenwerking gedaan met de verschillende agentschappen tijdens de eerste focusgroep. Ter voorbereiding nemen de onderzoekers alle relevante beleidsdocumenten (beheersovereenkomsten, beleidsnota, beleidsbrieven, en memories van toelichting bij de decreten die in de afgelopen 3 jaar zijn goedgekeurd). Ook wordt het recent wetenschappelijk onderzoek over de betrokken sectoren doorgenomen.

De eerste focusgroep staat tevens in het teken van een inventaris van hetgeen reeds gemeten wordt en welke leemtes er zijn. De onderzoekers leggen daarbij hun eerste vaststellingen met betrekking tot de huidige registratiesystemen en –praktijken voor ter bespreking. Daarbij pogen de onderzoekers ook een zicht te krijgen op nieuwe beleidsinitiatieven, vooral op het gebied van het meten van de kwaliteit van de zorg die mogelijks op korte tot middellange termijn tot nieuwe indicatoren kunnen leiden. Op korte termijn betekent binnen het jaar, op middellange termijn binnen vijf jaar.

2.2 Invulling van de tweede focusgroep

Het eerste deel van de tweede focusgroep bouwt voort op de brainstorm van de eerste samenkomst. De vaststellingen uit de eerste bijeenkomst worden in de vorm van een geschreven tekst teruggekoppeld naar de deelnemers. In tweede instantie wordt een longlist van indicatoren voorgelegd. Deze longlist wordt door de onderzoekers opgesteld op basis van hoofdstuk 3 over internationale voorbeelden, de lijst van indicatoren afkomstig uit de CBGS-studie en een verkenning van de beschikbare registratiesystemen. De longlist wordt samen met de deelnemers geëvalueerd aan de hand van zes criteria:

1. De relatie tussen indicator en doelstelling is onderbouwd. De indicator meet een zorgfunctie, -product of –proces dat primordiaal is voor het bereiken van de doelstelling en meet een concept dat door het beleid beïnvloed kan worden.
2. De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend
3. De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)
4. De indicator meet precies en consistent (betrouwbaarheid)
5. Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data
6. Vergelijkbaar op diverse aspecten (tijd, ruimte...)

Betrouwbaarheid van het huidig cijfermateriaal wordt vooral getoetst bij de deelnemers van de focusgroep. Dit is dus geen objectieve meting van de betrouwbaarheid van de huidige registratiegegevens. Haalbaarheid wijst op de inspanningsvereisten die nodig zijn om het cijfermateriaal te bekomen. De onderzoekers hanteren hierbij de opdeling tussen de mate waarin zij op korte termijn (binnen maximaal twee jaar) en op middellange termijn beschikbaar zijn (binnen maximaal vijf jaar).

2.3 Invulling van de derde focusgroep

De derde samenkomst bouwt voort op het werk van de eerste twee samenkomsten. De shortlist van indicatoren wordt ter discussie voorgelegd. De kwaliteitscriteria worden opnieuw overlopen. Ook wordt de vraag voorgelegd of er nog indicatoren ontbreken die in het kader van het Pact 2020 relevant zijn en waarvoor het cijfermateriaal voorhanden is.

Dit stappenplan is flexibel en wordt aangepast aan de verschillende agentschappen en met aandacht voor de specifieke fase waarin het ontwikkelen en gebruiken van indicatoren in een bepaalde sector zich bevindt.

3 Terugblik op de focusgroepen

De organisatie van de focusgroepen maakte het belang duidelijk van een goede vertegenwoordiging van personen die betrokken zijn bij datamanagement evenals mensen die inhoudelijk informatie kunnen aandragen. Er werd vooraf gevraagd om bij de samenstelling van de focusgroepen zowel inhoudelijke vertegenwoordiging als experts in datamanagement af te vaardigen. Dit werd niet voor elke focusgroep in dezelfde mate gerealiseerd.

In het bijzonder leverde de eerste bijeenkomst met het Agentschap Zorg en Gezondheid mede daardoor minder informatie op. Dit was de allereerste focusgroep binnen het kader van dit project. Hierdoor is de samenstelling en voorbereiding vrij snel moeten gebeuren. Voor dit agentschap volgden nog enkele contacten met individuele medewerkers maar hier ontbrak toch enigszins de dynamiek (en gedragenheid) die een focusgroep kenmerkt. Nadien werd de werkwijze van de focusgroepen enigszins bijgesteld. Ook werd beter toegezien op de samenstelling, zodat de twee types van vertegenwoordigers van de agentschappen aanwezig waren: medewerkers die een goed zicht hebben op het datamanagement van het agentschap en medewerkers die betrokken zijn bij beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering.

Met Zorginspectie werd slechts één focusgroep georganiseerd. De reden hiervoor is dat dit Agentschap de onderzoekers voor de inhoudelijke discussie verwees naar de functionele agentschappen. Daarenboven maakten zij een aantal bedenkingen bij wat zij zelf kunnen aanleveren. Zo ligt de focus van inspectieverslagen voornamelijk op wat niet goed functioneert, zodoende is er binnen Zorginspectie alleszins weinig ruimte om te zoeken naar positieve indicatoren. Met VIPA werd tweemaal overlegd, in de persoon van Christophe Cousaert. De derde focusgroep met de medewerkers van het VAPH werd door het grote aantal laattijdige afzeggingen geannuleerd. De bespreking van de longlist met indicatoren werd wel aan hen voorgelegd met de vraag om schriftelijk hierop te reageren.

De prioriteiten en nieuwe initiatieven per agentschap werden in kaart gebracht. Initiatieven die nog niet goedgekeurd zijn door de minister werden niet meegenomen op vraag van de agentschappen. De eerste bijeenkomsten leverden voldoende materiaal op om een eerste aanzet te geven naar het ontwikkelen van een longlist van indicatoren. Het werd eveneens duidelijk dat de agentschappen sterk uiteenlopende struc-

turen hebben en een verschillende visie en tempo inzake monitoring. Dit inzicht bevestigt dat een bottom-up en agentschapspecifieke benadering gezien de beperkte tijdsduur van het project een juiste keuze was.

Hoofdstuk 5

Ontwikkelen van agentschap-specifieke indicatoren

Dit hoofdstuk bespreekt de resultaten van het onderzoeksproces. Er wordt gestart met een aantal agentschap-overstijgende of intersectorale bevindingen. De daarop volgende paragrafen bespreken de resultaten van de focusgroepen met medewerkers van de agentschappen.

1 Intersectorale bevindingen en beschouwingen

Deze paragraaf maakt een aantal intersectorale beschouwingen bij de concepten uit het Pact 2020 die gebaseerd zijn op de inbreng van de agentschappen in de focusgroepen en op de interpretatie hiervan door de onderzoekers.

Een eerste algemene vaststelling is dat het concept "**kwaliteitsvol**" wellicht het moeilijkst ligt. Er is de neiging om de andere concepten (effectiviteit, efficiëntie...) naar voor te schuiven als dimensies van het containerbegrip "kwaliteitsvol", net zoals dit ook bij de EU en de OESO gebeurt. Ook de literatuurstudie wees op de moeilijkheid om kwaliteit te definiëren. In internationale documenten van de OESO, de EU en de WHO wordt kwaliteit als een overkoepelend begrip gehanteerd waaronder dan een aantal kwaliteitsaspecten worden gevat, zoals toegankelijkheid, veiligheid, responsiviteit. Daarnaast is duidelijk geworden dat de evolutie van kwaliteitszorg naar kwaliteit van zorg volop gaande is in alle agentschappen. Van Eekert (2007) van het Agentschap Zorginspectie beschrijft welke evoluties kwaliteitszorg en de inspectie ervan hebben doorgemaakt. Tot de tweede helft van de jaren negentig lag de klemtoon op input(normen) in de vorm van de inspectie van erkenningsvoorwaarden. Vervolgens vertrekt het eerste kwaliteitsdecreet vanuit het idee dat als de werking van een voorziening beschreven en geborgd wordt in een kwaliteitshandboek (kwaliteitszorg) dit zal leiden tot een degelijk eindproduct (de kwaliteit van zorg). Er komt dus weliswaar een verschuiving van input naar processen en procedures, maar de kwaliteit van zorg zelf wordt niet getoetst. Met het kwaliteitsdecreet van de tweede generatie wordt meer gekeken naar die kwaliteit van zorg. Via monitoring en zelfevaluatie komen de output en de outcomes in beeld. Hoe dat georganiseerd wordt, via kwaliteitszorg, dat wordt van ondergeschikt belang. Deze evolutie is echter nog maar pas van start gegaan. In de verschillende agentschappen zijn ter uitvoering van het kwaliteitsdecreet referentiekaders 'kwaliteit van zorg' in ontwikkeling. Over de verschillende sectoren heen zit dit echter in een conceptuele fase of is de concrete invulling beperkt. Alleszins betekent deze evolutie een verdere responsabilisering van de voorzieningen inzake registratie, kwaliteitsstandaarden, (zelf)evaluatie en tevredenheidsmetingen. De responsabilisering krijgt echter een andere invulling dan in het verleden. In het verleden inspecteerde de overheid in de eerste plaats de erkenningsnormen en later de procedures, nu komt de kwaliteit van de dienstverlening zelf in beeld.

Ten tweede lokt het concept "**kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker**" wisselende respons uit. Eén van de bezorgdheden is in welke mate het subjectieve oordeel van de gebruiker als toetssteen beschouwd kan worden, zeker wanneer dat subjectieve oordeel gemeten wordt via een tevredenheidsmeting. Hoofdstuk 3 wees al op de beperkingen van tevredenheidsmetingen. Kind en Gezin lijkt het verst gevorderd met het meten van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker, aangezien zij zowel voor de kinderopvang als de preventieve gezinsondersteuning recentelijk een behoeftenstudie bij de gebruikers hebben georganiseerd (Vandenbroek e.a., 2010; Hedeboom & Peetermans, 2009). Kind en Gezin wenst echter niet van tevredenheidsmetingen te spreken, maar van het in kaart brengen van behoeften en verwachtingen van de gebruikers. Het betreft hier evenwel eenmalige surveys. Voor de kinderopvang is er wel een vergelijking mogelijk met een gelijkaardige survey die een aantal jaren geleden werd uitgevoerd door hetzelfde onderzoeksinstituut. De andere sectoren hebben weinig traditie om op een systematische wijze te peilen naar de ervaringen van de gebruikers van zorg. De voorzieningen dienen wel zelf in het kader van het kwaliteitsdecreet op regelmatig tijdstip een tevredenheidsmeting uit te voeren, maar de agentenschappen hebben geen zicht op de kwaliteit en de resultaten hiervan. In het onderzoek wensten we wel te bekijken in welke mate de Intersectorale Toets van het Decreet op de Rechtspositie van de Minderjarige resultaten bevat die toelaten het concept 'kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker' te monitoren. Het betreft hier natuurlijk slechts een eenmalige toets. Veel zal ervan afhangen of er binnen een bepaalde termijn (3 of 5 jaar, bijvoorbeeld) een nieuwe inspectieronde wordt doorgevoerd over de uitvoering van dit decreet.

Een derde vaststelling heeft te maken met de aanbeveling uit het eerste hoofdstuk dat prestatie-indicatoren betrekking moeten hebben op **processen waarop de overheid een impact kan hebben**. Gezien de specifieke bevoegdheidsverdeling in België is dit verre van evident. Een aantal beleidssectoren wordt deels Vlaams, deels federaal aangestuurd (bv. diensten voor schuldbemiddeling van de OCMW, delen van de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg, statuut van de onthaalouder, financiële tegemoetkomingen voor de kost van handicap...). Mogelijk kunnen federaal wel regionale opsplitsingen van data gemaakt worden indien dit wenselijk zou zijn, maar dan moet de federale overheid hiertoe een bijdrage leveren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen gebeuren voor de kostprijs in de woonzorgcentra. Dezelfde oefening kan gemaakt worden voor internationale data of data die aan OESO/EU aangeleverd worden. Veel van deze internationale indicatoren zijn op dit moment wel beschikbaar op het niveau van België, maar niet op het niveau van Vlaanderen. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling is er bij de agentenschappen wel terughoudendheid vast te stellen om indicatoren te ontwikkelen waarop de Vlaamse overheid maar deels impact heeft. Daartegenover stellen we vast dat in de andere domeinen van het Pact 2020 dezelfde bevoegdheidsproblemen optreden (armoede, werkzaamheidsgraad,...). Toch worden hier indicatoren opgenomen die geen rekening houden met de bevoegdheidsverdeling.

Een vierde vaststelling is dat er in de focusgroepen voortdurend verwezen wordt naar de ontwikkelingen omtrent **e-Health** en het **GEWIN-decreet**. De bedoeling is daarmee de juridische basis te creëren voor de oprichting van een informatienetwerk waarlangs de elektronische gegevensuitwisseling tussen welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, tussen professionelen onderling en tussen voorzieningen en de overheid, kunnen verlopen en dit volgens strenge voorwaarden van privacy en veiligheid.

Dit decreet wenst de Vlaamse overheid in 2011 te finaliseren. Wat er al dan niet mogelijk is van koppelingen tussen gegevenssystemen hangt samen met de vraag of dit decreet gefinaliseerd kan worden. Het is op dit moment niet duidelijk in welke mate dit GEWIN-decreet ook de toets van de privacy-commissie zal doorstaan. Naast de privacy-gerelateerde en juridische kwesties vereist de koppeling tussen databanken ook een aantal technische operaties. Koppelingen tussen databanken moeten mogelijk gemaakt worden door middel van unieke identifiers. Indien dit grootschalig traject zou gerealiseerd worden, zijn er veel meer mogelijkheden qua beleidsmonitoring. Maar aangezien dit slechts op middellange termijn mogelijk lijkt, zijn we genoodzaakt om in deze studie vooral te focussen op indicatoren die op dit moment haalbaar zijn op basis van de bestaande registraties die vooral sectoraal van aard zijn. Een ander aspect bouwt voort op de vorige vaststelling met betrekking tot bevoegdheidsverdelingen. Gezien de regionale en federale dimensies van het zorgbeleid, zou het op vlak van e-health aangewezen zijn diverse databanken aan elkaar te koppelen. Indien bepaalde indicatoren beroep doen op zowel regionale als federale gegevens voor de berekening ervan, stellen zich vragen naar de inspanningsvereisten van het verzamelen van deze gegevens.

Een vijfde bedenking is **de evolutie die de welzijns- en zorgsectoren momenteel doormaken**. De huidige minister heeft een aantal plannen op lange termijn geformuleerd (Perspectief 2020, CAW-plan, GGZ-plan, eerstelijnsgezondheidszorgconferentie). De vorige ministers lanceerden ook voor de ouderenzorg en de jeugdzorg ambitieuze plannen (Woonzorgdecreet en Perspectief!). Bovendien komt ook integrale jeugdhulp in een cruciale fase terecht. Nieuwe regelgeving, registratieprocedures en dergelijke maken dat vergelijkbaarheid doorheen de tijd niet altijd mogelijk is. Het zal dan ook van belang zijn – welke de uiteindelijke set van indicatoren dan ook moge zijn – om de indicatoren niet als een cijfer op zich te lezen maar de metafiche als een essentieel onderdeel ervan te beschouwen. In deze metafiche kunnen immers veranderingen in regelgeving die de vergelijkbaarheid beïnvloeden, opgenomen worden.

Een zesde bedenking betreft **de houding van de agentschappen ten aanzien van prestatie-indicatoren**. Zij verwijzen in de eerste plaats naar de VRIND-indicatoren en de indicatoren die in de beheersovereenkomsten zijn opgenomen en die politiek gevalideerd zijn. Enerzijds staan ze positief ten aanzien van nieuwe beleidsindicatoren, maar anderzijds wijst men ook op de gevaren van indicatoren. Indicatoren laten volgens de literatuur dan wel geen evaluatie toe, omdat ze enkel trends aangeven en geen verklaring hiervoor. Slechtere scores kunnen te maken hebben met verschuivingen in de doelgroep, het personeel, het functioneren van andere voorzieningen. Dit soort van verklaringen zijn niet af te leiden van de score op de indicator. Indicatoren hanteren als enige evaluatie-criterium is dan ook een oneigenlijk gebruik van dit type van beleidsinstrumenten volgens de deelnemers aan de focusgroepen. Ongetwijfeld zullen negatieve indicatoren bij gelegenheid 'misbruikt' worden. Om dit enigszins op te vangen, zouden verantwoordelijken voor de cijfers de mogelijkheid moeten krijgen om naast het cijfermateriaal ook een kwalitatieve omkadering mee te geven (cfr. metafiche). Agentschap en voorziening zouden de kans moeten krijgen om bij rapportage van de cijfers ook duiding te voorzien bij vastgestelde evoluties en verschillen tussen voorzieningen of regio's.

Wat inspanningsvereisten betreft, dient opgemerkt te worden dat indicatoren niet noodzakelijk permanente monitoring vereisen. De gegevens kunnen ook afkomstig zijn van (periodieke) surveys of van steekproeven van gebruikers.

2 Agentschap Kind en Gezin

Deze paragraaf werpt een licht op de belangrijkste vaststellingen op basis van de drie focusgroepen. Eerst wordt gestart met de belangrijkste evoluties en beleidsacties die relevant zijn in functie van de ontwikkeling van nieuwe indicatoren. Ten tweede wordt een longlist van indicatoren besproken. Deze longlist mondt uit in een shortlist van indicatoren die op korte termijn beschikbaar kunnen zijn. Deze structuur wordt aangehouden voor alle agentschappen.

2.1 Beleidsprioriteiten en scope van de monitor

In een eerste bijeenkomst wordt met de vertegenwoordigers van het Agentschap de scope van de monitor bepaald. Binnen het kader van dit project worden indicatoren ontwikkeld voor de formele voorschoolse kinderopvang en de preventieve gezinsondersteuning (met inbegrip van de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning). De formele buitenschoolse opvang wordt buiten beschouwing gelaten omdat het politieke dossier over de nieuwe krijtlijnen voor de organisatie van de buitenschoolse opvang nog in volle ontwikkeling is, en omdat Kind en Gezin hierin niet de enige partner is.

We bespreken eerst een aantal lopende beleidsinitiatieven binnen de formele kinderopvang en de preventieve gezinsondersteuning die de achtergrond vormen voor de ontwikkeling van indicatoren op middellange termijn. Hoofdstuk 3 gaf al aan dat in de nieuwe beheersovereenkomst enkel indicatoren inzake kraam- en huisbezoeken, gehoorscreening en vaccinatie zijn opgenomen. Een aantal hiervan worden gevat door doelstelling 17 'Gezondheidsbevordering' van het Pact 2020. Wat betreft de kinderopvang is er een indicator voor toereikendheid opgenomen (zie verder).

De formele kinderopvang

Voor de kinderopvang is de huidige indicator in Pact 2020 het aantal voorschoolse opvangplaatsen per 1000 kinderen onder de drie jaar. Deze opvangplaatsen zijn erkend en gesubsidieerd of hebben een attest van toezicht van Kind en Gezin. Belangrijke bemerking is dat het hier gaat over het aantal opvangplaatsen en niet om het aantal kinderen dat gebruik maakt van de opvang. Eén opvangplaats kan immers door meerdere kinderen gebruik worden, vb. deeltijds. De streefwaarde is 500 plaatsen per 1000 kinderen. Met deze streefwaarde gaat Vlaanderen verder dan de Europese Barcelona-norm die voorschrijft dat 33 % van de kinderen onder drie jaar gebruik maakt van kinderopvang (EU, 2009).

Qua belangrijke beleidsinitiatieven is er in de eerste plaats het nieuwe decreet Voorschoolse Kinderopvang (voorontwerp goedgekeurd binnen de Vlaamse Regering, de-

creet nog te behandelen in de Vlaamse Regering en het Vlaams parlement). Het voorontwerp benadrukt de drie maatschappelijke functies van kinderopvang:

- de economische functie: kinderopvang geeft ouders de mogelijkheid om te werken of een opleiding te volgen;
- de pedagogische functie: kinderopvang vult de opvoeding van ouders aan;
- de sociale functie: kinderopvang geeft kansen aan elk kind, waar en hoe het ook geboren is of opgroeit

Het decreet wenst tevens de kwaliteitsvereisten gelijk te stellen voor alle opvangvormen. Alle voorzieningen moeten dus voldoen aan een basiskwaliteit. Ze moeten een vergunning hebben die dat bevestigt. De vergunningsvoorwaarden zijn gelijk voor elke soort opvang.

Een tweede belangrijk beleidsinitiatief is dat er sedert eind 2008 nieuwe voorrangregels gelden voor erkende kinderdagverblijven en diensten voor onthaalouders. Deze voorrangregels gelden ook voor zelfstandige opvangvoorzieningen die werken met het inkomensgerelateerd systeem. Deze nieuwe regels moeten de toegankelijkheid van de kinderopvang verhogen.

De drie functies, kwaliteit en het verhogen van de toegankelijkheid zijn dus de beleidsprioriteiten voor de kinderopvang. In functie hiervan werden een aantal projecten afgerond die tevens relevant zijn voor de ontwikkeling van indicatoren. We bespreken ze hier aan de hand van de centrale concepten van Pact 2020.

Wat betreft **de kwaliteit** van de kinderopvang zijn er nieuwe instrumenten voor de monitoring, stimulering en inspectie van de (pedagogische) kwaliteit in de formele voorschoolse kinderopvang in ontwikkeling. Hiertoe werd reeds een vooronderzoek afgerond. Na het afronden van de ontwikkeling van het monitoringinstrument zelf, zal een nulmeting worden uitgevoerd. Dit monitoringinstrument zal toelaten op een uniforme manier de (pedagogische) kwaliteit te monitoren voor de gesubsidieerde én de zelfstandige voorschoolse kinderopvang⁸. Dit instrument kan op termijn een basis vormen voor monitoring van uitkomsten met betrekking tot (pedagogische) kwaliteit.

Omtrent **de toereikendheid** van de kinderopvang is er het behoeftemeetinstrument dat in opdracht van Kind en Gezin werd ontwikkeld door de Universiteit Antwerpen onder leiding van dr. Joris Ghysels. Dit behoeftemeetinstrument laat toe de behoefte aan kinderopvang in te schatten. Dit instrument met de geselecteerde, determinerende indicatoren, kan gedurende een vijftal jaren worden gebruikt, mits jaarlijkse update van de cijfergegevens verbonden aan de betekenisvolle determinanten. Na 5 jaar dient een nieuw instrument met nieuwe determinanten ontwikkeld te worden. Er wordt onderzocht hoe het behoeftemeetinstrument vanaf 2012 ingeschakeld kan worden in het concrete uitbreidingsbeleid. Een bijkomende uitdaging is de Brusselse situatie waarvan gesteld wordt dat het zeer moeilijk is de behoeften in kaart te brengen.

Qua **toegankelijkheid** stelt het onderzoek van het Steunpunt WVG (Hedebouw & Peeters, 2009) bij de gebruikers van de kinderopvang vast dat in het Vlaamse Gewest voor de leeftijdsgroep 0 tot 3 jaar veel minder gebruik gemaakt wordt van formele

⁸ Nu is de KWAPOI en Z-KWAPOI in gebruik om de pedagogische kwaliteit in de zelfstandige kinderdagverblijven en zelfstandige buitenschoolse opvangvoorzieningen te meten en te verbeteren. KWAPOI wordt gebruikt door Zorginspectie. Z-KWAPOI wordt gebruikt door de opvang zelf.

opvang door kansarme gezinnen en dat het gebruik stabiel is gebleven sinds 2004⁹. Alleenstaande ouders en allochtone ouders maken minder regelmatig gebruik van formele kinderopvang, maar er is wel een toename van het gebruik in vergelijking met 2004. Op dit moment zijn er enkel zulke eenmalige survey-gegevens voorhanden die toelaten op één moment de toegankelijkheid van de kinderopvang in kaart te brengen.

Sinds 2010 moeten alle erkende kinderdagverblijven en diensten voor onthaalouders wel registreren hoeveel kinderen uit voorrangsgroepen ze opvangen. Zodoende kan Kind en Gezin nagaan in hoeverre de 20%-regel (20% van de capaciteit naar specifieke voorrangsgroepen) gehaald wordt¹⁰. Voor het eerste kwartaal van 2010 behaalt 42% van de erkende kinderdagverblijven (N=148) de 20% norm (d.i. de verhouding van het totaal aantal kinderen uit voorrangsgroepen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het eerste kwartaal 2010 ten opzichte van het totaal aantal kinderen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het eerste kwartaal 2010). Bij de diensten voor onthaalouders is dit 24 %. Dit geeft weliswaar een zekere indicatie van de toegankelijkheid van de kinderopvang, maar is te ruw om mee te nemen als indicator. Vanaf 2011 zal deze registratie gebeuren per voorrangsgroep.

De toegankelijkheid zou wel op een meer systematische en continue wijze gemonitord kunnen worden, maar daarvoor is een aanpassing/aanvulling nodig van het registratiesysteem. Een mogelijke piste is dat gebruik wordt gemaakt van de data die beschikbaar zijn in het systeem van de preventieve gezinsondersteuning (Mirage) en deze te linken aan het gebruik van formele kinderopvang. In Mirage bevinden zich o.a. de gegevens over de kansarmoede in het gezin en de origine van de moeder. Dit zou een volledig beeld kunnen geven van wie wel en wie niet gebruik maakt van de formele kinderopvang. Dit is een erg beloftevolle piste, maar tegelijkertijd enkel haalbaar op middellange termijn en op voorwaarde dat tussen alle betrokken partners transparante en eenduidige procedures worden afgesproken over hoe deze registratie dient te verlopen. Op die manier zou dus in de toekomst de sociale functie van de kinderopvang gemonitord kunnen worden.

Met betrekking tot **betaalbaarheid** stellen we vast dat het bedrag van de ontvangsten uit bijdragen van de gezinnen enkel op niveau van voorziening beschikbaar is, uitgezonderd voor de zelfstandige opvangvoorzieningen die werken met inkomensgerelateerde bijdragen. Op dit moment kan dus het betaalde bedrag per kind niet achterhaald worden. Een andere mogelijkheid is het bevragen op kindniveau via een survey van de kosten voor formele kinderopvang. In het verleden werd wel vastgesteld dat het bevragen van de ouderbijdrage gepercipieerd wordt als het bevragen van het inkomen, met een hoge non-respons tot gevolg. In de analyse moet er uiteraard ook

⁹ De studie van 2004 is uitgevoerd door Van Keer et al. (2004).

¹⁰ Het betreft kinderen: Het betreft kinderen: (a) van alleenstaande ouders die door werkomstandigheden of het volgen van een opleiding hun kinderen tijdens de dag niet zelf kunnen opvangen; (b) van wie de ouders een arbeidsinkomen hebben dat lager ligt dan 14.160,14 euro (geldig tot 30 juni 2011), en die door werkomstandigheden of door het volgen van een opleiding hun kinderen tijdens de dag niet zelf kunnen opvangen; (c) van wie de ouders een inkomen hebben dat lager ligt dan 14.160,14 euro (geldig tot 30 juni 2011) en voor wie kinderopvang een belangrijke factor is met het oog op hun economische en maatschappelijke participatie; (d) voor wie het vanwege sociale en/of pedagogische motieven wenselijk is dat zij gedurende de dag opvang en begeleiding krijgen buiten het eigen gezin.

rekening worden gehouden met de omvang van de opvang (voltijdse/deeltijdse opvang) om de dagprijs te interpreteren.

Wat betreft '**Kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker**' heeft Kind en Gezin in de afgelopen 10 jaar twee surveys gedaan naar de behoeften van de gebruikers van de kinderopvang (Vanpée et al, 2000; Hedeboom & Peetermans, 2009). Het laatste onderzoek stelt vast dat ouders in het algemeen tevreden tot zeer tevreden zijn over de gebruikte opvangvorm. Belangrijk is om de focus niet (alleen) op tevredenheid te leggen maar naar een ruimere invulling van noden en behoeften te peilen. Verschillende aspecten worden dan ook bevraagd in de evaluatie van opvangvormen door ouders. Ondermeer flexibiliteit, persoonlijke aanpak en informeel sociaal netwerk (met name bij opvanggezinnen en tevens aspecten die maken dat grootouders sterk gewaardeerd worden als opvangvorm) en professionaliteit en veiligheid (met name bij kinderdagverblijven).

Preventieve gezinsondersteuning

Voor de preventieve gezinsondersteuning is er op dit moment al een indicator aanwezig in de indicatorenset van doelstelling¹² van Pact 2020: het percentage kinderen met minimum 2 huisbezoeken in de eerste drie levensmaanden en met minstens 3 consulten in het eerste levensjaar. De vergelijkbaarheid van deze indicatoren naar 2020 toe zal in de komende jaren uitgeklaard worden, aangezien het model en de huidige werking van de preventieve gezinsondersteuning is op dit moment herzien wordt. Mogelijks evolueert het model van de consultatiebureaus naar het Huis van het Kind¹¹. Binnen dit concept is er onder andere een herverdeling van taken tussen de verschillende beroepskrachten voorzien. Ook zouden de huisartsenkringen een rol hierin kunnen spelen. De plannen met betrekking tot de Huizen van het Kind moeten politiek nog goedgekeurd worden, maar zullen in ieder geval impact hebben op het inschatten van de toereikendheid van het aanbod. In het verdere verloop van deze paragraaf bespreken we relevante lopende of recent afgeronde projecten/onderzoeken.

Wat betreft het inschatten van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker is er de eenmalige survey naar noden en preferenties inzake preventieve gezinsondersteuning bij gezinnen met jonge kinderen, uitgevoerd door de UGent (Vandenbroeck et al, 2010) in opdracht van Kind en Gezin. Deze recente studie peilt naar ondersteuningsbehoeften van de ouders, hun sociaal netwerk, de beschikbaarheid van zorgverleners en hun verwachtingen met betrekking tot de dienstverlening. Belangrijke vaststellingen zijn het ongelijk beschikbaar zijn van informele netwerken en de moeilijkere bereikbaarheid van dienstverlening voor kansarmen (in minuten wegens andere vervoersmodus). In tegenstelling tot de kinderopvang blijkt het gebruik van de dienstverlening van Kind en Gezin weinig te variëren naar sociaal-economische status of origine.

¹¹ Er is op dit moment een tekst met een publiek statuut voorhanden waarin Domus Medica, Kind & Gezin, Kind en Preventie vzw, Thuishulp vzw, Dienst Jeugdgezondheidszorg KU Leuven de krijtlijnen voor de uitbouw van een versterkte preventieve gezinsondersteuning bespreken.

Vandenbroeck (2010) schuift 5 B's naar voor als belangrijke factoren bij preventieve zorg vanuit het oogpunt van de gebruiker: bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid, begrijpbaarheid en bruikbaarheid. Vertaald naar de preventieve gezinsondersteuning is er een spanningsveld tussen enerzijds standaardisering (basisvoorziening) en differentiëren (inclusiviteit). Hierbij stellen de onderzoekers vast dat de 5 b's een verschillende invulling kunnen krijgen al naargelang de context van de ouders. Zo kan beschikbaarheid vertaald worden naar efficiëntie maar ook naar relationele/sociale beschikbaarheid. Betaalbaarheid kan verwijzen naar de financiële kost maar ook naar de symbolische kost inzake privacy. Deze studie geeft een indicatie van de evaluatie vanuit het gebruikersperspectief, maar is, zoals al eerder vermeld, slechts een eenmalige meting.

Ook de data van JOnG!, het onderzoek uitgevoerd door het Steunpunt WVG onder leiding van Prof. Hoppenbrouwers geven heel wat inzicht in de zorgbehoeften en het zorggebruik van gezinnen met jonge kinderen. In deze survey worden de ontwikkeling van het kind en zorggebruik- en behoeften van ouders bevestigd. De eerste resultaten tonen aan dat de mate dat men zich zorgen maakt en behoefte aan hulp heeft, verschilt naar gelang van de socio-economische status van het gezin. Gezinnen met de laagste SES ervaren het meeste behoefte aan hulp bij kinderen tussen 6 en 12 jaar. Zij maken zich algemeen meer zorgen en de behoefte aan hulp situeert zich meer op vlak van opvoeding, gedrag en omgeving dan van gezondheid. Gezinnen met de hoogste SES hebben het meest behoefte aan hulp op het domein gezondheid bij pasgeborenen. Zij gebruiken ook significant meer hulp. In de toekomst zullen meer longitudinale analyses van het Steunpunt WVG beschikbaar zijn die een zicht geven op zorgnoden, zorggebruik en de fit tussen beide.

Deze laatste twee studies geven inzicht in de behoeften, verwachtingen en zorggebruik van ouders met jonge kinderen. Ze zijn minder bruikbaar binnen Pact 2020 omdat ze eenmalig zijn, maar laten wel de ouders zelf aan het woord en zijn op die manier een indicatie van hoe de ouders de kwaliteit van de zorg inschatten.

Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning

De CKG zijn één van de sectoren die gevat worden door de Integrale Jeugdhulp. Wat betreft de effectiviteit van de hulpverlening door de CKG werd er door Vanderfaillie et.al. (2008) een evaluatie-onderzoek uitgevoerd over twee onderdelen van het hulp-aanbod van de CKG's, met name een vorm van vroegtijdige intensieve gezinsbegeleiding enerzijds en ambulante pedagogische begeleiding en training voor ouders samen met hun kinderen anderzijds. Dit onderzoek schuift drie effectiviteitsmaten naar voren:

- aansluiting tussen de vooropgestelde doelgroep en de bereikte doelgroep
- aansluiting tussen indicatiestelling en gerealiseerde hulp naar duur van de begeleiding en aantal contacten per week.
- effecten: vermindering van problematiek, beantwoording van hulpvraag, versterking sociaal netwerk en versterking van autonomie

Voor de CKG's werden er in het kader van de ontwikkeling van een nieuwe regelgeving (van kracht op 1 januari 2012) prestatie-indicatoren geformuleerd die voortbouwen op

de studie van Vanderfaeillie en geïnspireerd zijn op de Nederlandse prestatie-indicatoren in de jeugdzorg (zie hoofdstuk 3).

2.2 Bespreking van de longlist

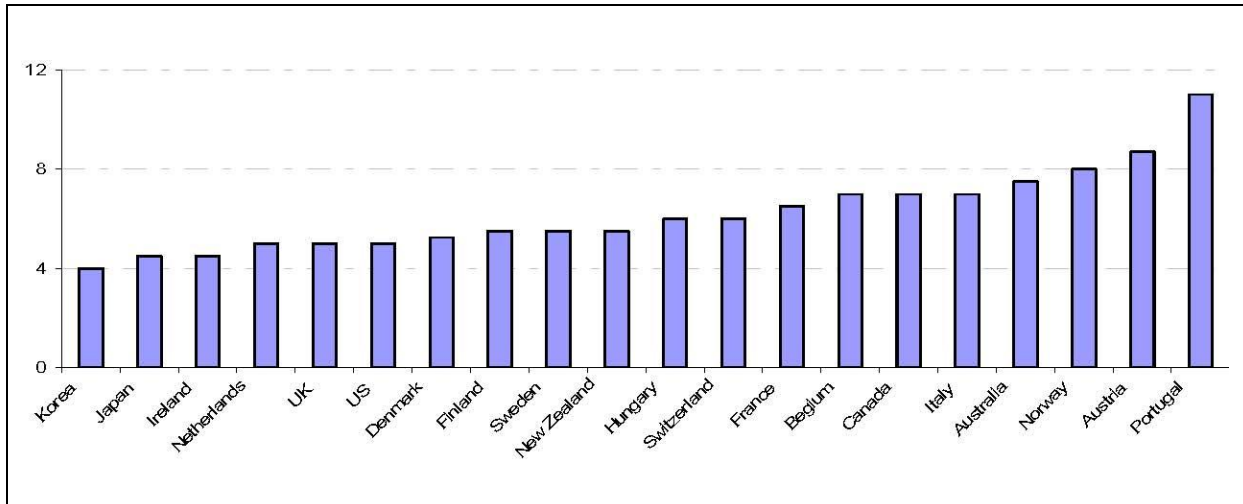
De tweede bijeenkomst bestond uit een bespreking van een longlist van indicatoren die door de onderzoekers werd samengesteld op basis van de literatuur, de eerste focusgroep en de lijst van indicatoren op basis van de CBGS-studie (Jacobs et.al., 2003). We zetten hier de feedback puntsgewijs op een rij. De in het vet gedrukte aanzetten tot indicatoren worden weerhouden voor de shortlist en in de volgende deelparagraaf uitvoeriger besproken.

Kwaliteitsvol

- Competenties van het personeel voorschoolse kinderopvang: het meten van competenties is geen eenvoudige opdracht. Traditioneel wordt er dan gegrepen naar het diploma als proxy. Het kwalificatieniveau van het personeel in de kinderopvang kan beschouwd worden als een structuurindicator met betrekking tot kwaliteitsvolle zorg. Er wordt afgebakend naar de kwalificaties bij de begeleiders. Er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing naar de relatie met de ontwikkeling van kinderen: Vandenbroeck et.al. (2010), Moss, Peeters (2008), OECD (2001,2006) en het Unicef-rapport (2008) dat een set van (minimale) criteria voorstelt in functie van een internationale vergelijking van kwaliteit in kinderopvang. Hieronder vallen ook normen met betrekking tot de kwalificaties van personeel in de kinderopvang (minimaal opleidingsniveau, minimum aandeel opleidingsniveau). Deze indicator zou kunnen berekenen hoeveel begeleiders in de kinderopvang voldoen aan de minimale opleidingsvereisten. Er is op dit moment wel nog een verschillende reglementering voor de gesubsidieerde/zelfstandige kinderopvang maar een nieuw decreet is in de maak. Dit zal dan voor uniforme basisvoorwaarden zorgen. Gegevens over de diploma's van het personeel zijn niet beschikbaar voor de zelfstandige opvang en de onthaalouders. Op dit moment wordt er voor de kinderopvang momenteel een eerste bevraging opgezet. Nadien zou dit structureel gebeuren. Op korte termijn zal dus duidelijk moeten worden wanneer deze indicator beschikbaar wordt. Gezien de onduidelijkheid hierrond wordt deze indicator niet weerhouden voor de shortlist.
- Aantal kinderen per begeleider in de voorschoolse kinderopvang: er is een brede consensus dat kleinere groepen tot meer kwaliteitsvolle zorg leiden. De begeleider-kind ratio kan daarom beschouwd worden als een structuurindicator voor de kwaliteit in de kinderopvang. Voor vergelijkbaarheid verwijzen we ondermeer naar de OECD Family Database waar de ratio "child-to- carer/educator" voor kinderen jonger dan 3 en 4 jaar die in dagopvang zitten wordt berekend. Tabel 8 geeft de meest recente cijfers van de OECD, weliswaar voor België. Probleem is echter dat een exacte norm moeilijk kan bepaald worden. Er is echter wel een consensus dat kleinere groepen beter zijn. Het meten van deze indicator is niet onproblematisch. Zo verschilt de aanwezigheid op verschillende tijdsblokken. Het Hoger Instituut voor de Arbeid heeft een eenmalig onderzoek uitgevoerd om de huidige situatie

met betrekking tot het aantal aanwezige kinderen per begeleider in kaart te brengen. Dit onderzoek is nog niet vrijgegeven. Herhaling van dit onderzoek op regelmatige basis is niet evident omwille van de kostprijs.

Tabel 8. Kind-staf ratio in formele kinderopvang 0- tot 3-jarigen (OECD, 2010)



- **Meetinstrument pedagogische kwaliteit voorschoolse kinderopvang:** het vooronderzoek tot ontwikkeling van een pedagogisch meetinstrument is afgerond. Naar aanleiding van dit vooronderzoek zullen nieuwe instrumenten voor monitoring en inspectie van de pedagogische kwaliteit worden ontwikkeld. Na de ontwikkeling zal tevens een nulmeting uitgevoerd worden. Op middellange termijn zal er vermoedelijk een monitoringinstrument beschikbaar zijn dat toelaat om op geregelde basis een uitspraak te doen over de pedagogische kwaliteit in de voorschoolse kinderopvang.
- Kwaliteit van personeel aan de hand van aantal uren vorming in verhouding tot de gepresteerde uren: naast het diploma kan ook de mate van bijkomende vorming een indicatie geven van de kwaliteit van het personeel. Er zijn echter geen gegevens beschikbaar over vorming van personeel.

Effectiviteit

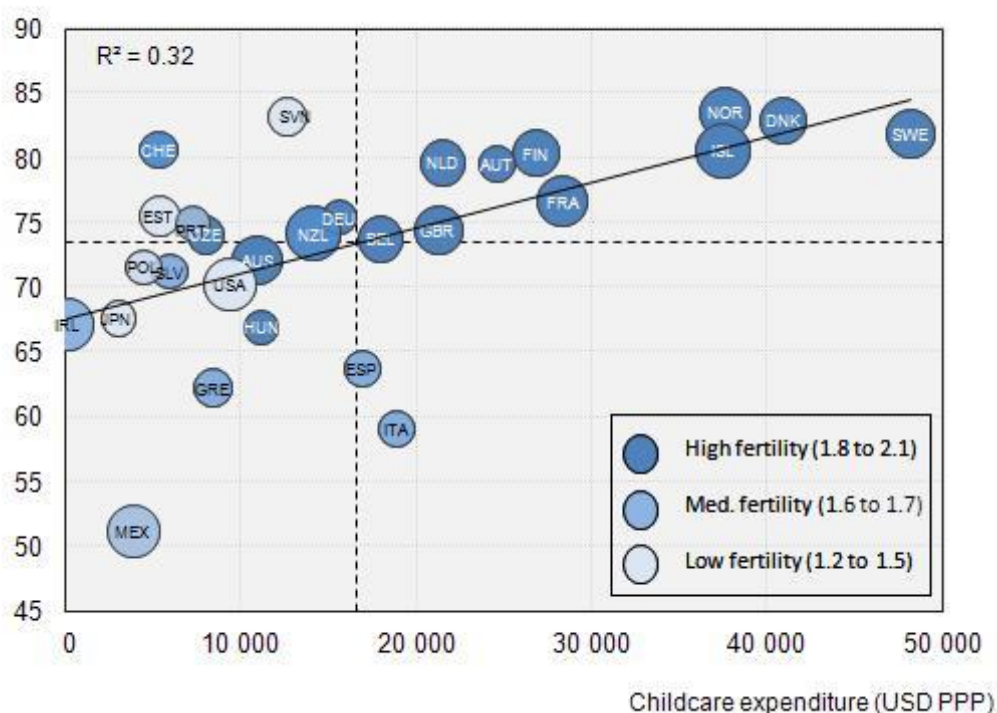
- De realisatie van de pedagogische functie van de kinderopvang : zie hiervoor meetinstrument pedagogische kwaliteit
- De realisatie **van** de economische functie: de OECD (2011) wijst in zijn meest recente rapport 'Doing better for families' ook op de samenhang tussen investeringen in kinderopvang en participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt (tabel 9). Op die manier komt ook de economische functie van de kinderopvang tot uiting. Een Europese overzichtsstudie (EU, 2009) plaatst echter een aantal bemerkingen bij de richting van de causale relatie tussen de beschikbaarheid van kinderopvang en vrouwelijke tewerkstelling¹². In het HIVA-onderzoek werd wel gepeild naar de re-

¹² "the issue of causality has to be taken into account. In some countries there is strong evidence of causality from childcare support to female participation. In other countries, however, in particular the Nordic ones, the sequencing seems to be reversed, with an increase in female labour participation preceding the extension of childcare facilities (EU, 2009).

denen voor het gebruik van kinderopvang. Dit zou een indicatie kunnen zijn van de economische functie van kinderopvang. In de meest recente VRIND-lijst met indicatoren wordt wel een indicator gehanteerd die de tewerkstellingsgraad meet van vrouwen wiens jongste kind jongeren dan drie jaar is.

Tabel 9. Samenhang tussen vrouwelijke tewerkstelling en budget voor de kinderopvang in 2007

Female employment rate (%)



- **Bereik van de algemene bevolking en het bereik van kansengroepen** door preventieve gezinsondersteuning: de sector zelf beschouwt dit als een belangrijke indicatie van de realisatie van hun preventieve opdracht. Deze indicatoren zijn op dit moment al voorhanden en worden ook gebruikt binnen de VRIND-rapportering.

Efficiëntie

- **investeringen van de Vlaamse overheid in jonge kinderen (0-3j) / de investeringen in kinderen en jongeren tussen 0 tot 18 jaar:** dit is een globale indicator die voor het hele beleidsdomein kan berekend worden. De achterliggende idee is dat uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat investeringen in jonge kinderen leiden tot de grootste return voor de samenleving (o.a. Heckman, 2006). Deze cijfers kunnen afgeleid worden van de begroting van de Vlaamse overheid. Er zou tevens in plaats van de grens van 3 jaar met de grens van 7 jaar gewerkt kunnen worden in de teller. Internationaal worden beide tellers gebruikt. Vlaanderen scoort beter op de tweede indicator, gezien de relatief sterke investering in het kleuteronderwijs.
- **Bezettingsgraad:** de CBGS-studie (Jacobs et.al., 2003) beschouwt dit als indicator van efficiëntie. Voor de formele kinderopvang moet worden gekeken naar de

reële bezettingsgraad (halve en derde dagen moeten worden herleid), en niet de bezettingsgraad die wordt gebruikt in de subsidieberekening en waarbij halve en derde dagen als volle dagen worden geteld. De reële bezettingsgraad is enkel beschikbaar voor de erkende kinderdagverblijven en diensten voor onthaalouders.

- **De bezettingsgraad** wordt binnen de CKG herdacht en is dus nu niet bruikbaar.

Toereikend

- Kinderverzorger in de kinderopvang als VDAB-knelpuntberoep: Met betrekking tot de toereikendheid kan gemonitord worden in welke mate vacatures ingevuld geraken in de sector. Deze indicator werd reeds door CBGS voorgesteld. Nadeel is, zoals ook in de CBGS studie werd aangegeven, dat deze indicator beperkt is tot de werknemers en dus de zelfstandige sector buiten beeld laat. Bovendien komen volgens Kind en Gezin veel vacatures niet terecht in de databank. Bijkomend punt is dat de eventuele tekorten aan personeel vooral betrekking hebben op voldoende gekwalificeerd personeel. Ondanks deze beperkingen biedt deze indicator wel een indicatie van de groei of daling van het personeelstekort in de kinderopvang. In 2008 was het aantal ontvangen jobs 1745. In 2009 was dit 1606. In de studie van 2009 wijst de VDAB op volgende oorzaken. Begeleider in de gewone kinderopvang is een kwalitatief knelpunt omwille van de diploma-eis, de verplichte permanente vorming en het attest 'levensreddend handelen' en bovenal het goed overweg en voortdurend bezig kunnen zijn met kinderen. De stijging van het aantal kinderopvangplaatsen creëert nieuwe arbeidsplaatsen. In combinatie met een groeiende vraag vanuit de buitenschoolse kinderopvang en de aantrekkingskracht van de ouderenzorg waar kinderverzorgsters werken als gekwalificeerd verzorgende stelt de krapte zich opnieuw scherper (VDAB, 2009). Kind en Gezin wenst omwille van de geldigheidsproblemen deze indicator niet op te nemen in de shortlist.
- Verhouding oude/nieuwe personeelsleden: de CBGS-studie (Jacobs et.al., 2003) schuift dit naar voren als intersectorale indicator die een zicht geeft op de verjonging (en dus duurzaamheid) van het personeelsbestand en van de wervingskracht van de sector. Het cijfermateriaal is hiervoor niet voorhanden op dit moment.
- Wachtlijsten in de kinderopvang: de huidige lijsten zijn geen wachtlijsten maar reservatielijsten. Er is op dit moment geen centrale wachtlijst, waardoor dubbelstellingen niet uitgesloten kunnen worden. Daarom kan deze indicator niet gebruikt worden als indicatie van de toereikendheid van het huidig aanbod.

Toegankelijk en betaalbaar

- **Aantal plaatsen in de voorschoolse kinderopvang** per 100 kinderen: de maatstaf in Pact 2020 is 50 plaatsen per 100 kinderen jonger dan 3 jaar.
- **Percentage kinderen van 2 maanden tot 3 jaar aanwezig in de formele kinderopvang** : dit wordt jaarlijks gemeten in de week van 1 februari. De Barcelona-norm spreekt over het aantal kinderen in kinderopvang en kleuteronderwijs en niet over het aantal plaatsen. Daarom is het goed om enerzijds het aantal plaatsen te monitoren en anderzijds het aantal gelijktijdig (in de loop van een week) aanwezige kinderen.

- **Regelmatig gebruik van kinderopvang opgedeeld naar kansengroepen:** het betreft dan - kinderen van allochtone afkomst, kinderen in kansarm gezin (Belgisch of allochtoon) en kinderen bij alleenstaande ouder. De informatie om de indicator te berekenen is enkel beschikbaar via de enquêtes die worden uitgevoerd bij de gebruikers van de kinderopvang.
- **Bereik van de preventieve gezinsondersteuning voor de totale populatie en naar kansengroep:** deze indicator is ook opgenomen in de Beheersovereenkomst. Voor het bezoek aan het bed en het eerste huisbezoek wordt als norm 100 % gehanteerd. Voor kansarme gezinnen is deze indicator al opgenomen in de indicatorenlijst van Pact 2020. De brede toegankelijkheid voor de totale populatie is evenzeer belangrijk in het kader van een zo breed mogelijk bereik van preventieve hulp.
- Gemiddelde betaalde bijdrage van gezinnen in de kinderdagverblijven en de diensten voor onthaalouders in euro: het werken met een gemiddelde zegt weinig over de betaalbaarheid van de kinderopvang. Op het niveau van het gezin zijn deze cijfers niet voorhanden.
- Aantal plaatsen met opvangaanbod voor kinderen met specifieke zorgbehoefte: toegankelijkheid heeft niet enkel betrekking op kansarme gezinnen maar ook op kinderen met een specifieke zorgbehoefte. Hieromtrent zijn er op dit moment geen cijfers voorhanden.

Kwaliteit vanuit oogpunt gebruiker

- Tevredenheid van gebruikers van de kinderopvang : de survey bij de gebruikers van de kinderopvang, geeft hiervan een representatieve indicatie (Peetermans & Hedebouw, 2009). Deze survey werd uitgevoerd in 2000 en 2009 en zal in de toekomst herhaald worden. De periodiciteit is nog niet bepaald.

2.3 Van longlist naar shortlist

Op basis van de feedback op de longlist tijdens de tweede bijeenkomst werd de shortlist van indicatoren opgesteld en doorgesproken tijdens de derde bijeenkomst. Dit leidt tot de volgende shortlist van indicatoren die toelaten om de centrale concepten van Pact 2020 op korte termijn te monitoren. Zij kunnen dus in de volgende meting meegenomen worden, mits een aantal zij het beperkte berekeningen door het agentschap.

Tabel 10. Shortlist prestatie-indicatoren Kind en Gezin

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Efficiëntie	Relatieve overheidsinvestering in jonge kinderen: Verhouding overheidsbudget 0- tot 3-jarigen / 0-tot 18-jarigen
2	Efficiëntie	Bezettingsgraad in de voorschoolse kinderopvang
3	Toegankelijk	Gebruik van formele kinderopvang door de voorrangsgroepen op niveau van de voorziening
4	Toereikend	Toereikendheid van de kinderopvang: 500 per 1000 kinderen jonger dan 3 jaar in formele opvang
5	Toegankelijk en betaalbaar	Betaalbaarheid van de kinderopvang: aantal inkomensgerelateerde plaatsen in het totaal aantal plaatsen in de formele, voorschoolse kinderopvang
6	Toegankelijk	Bereik van de PGO: Bereik PGO van de totale bevolking

Efficiëntie

- Relatieve overheidsinvestering in jonge kinderen: Verhouding overheidsbudget 0- tot 3-jarigen / 0- tot 18-jarigen

Er is een uitgebreide wetenschappelijke onderbouw voor de stelling dat vroege interventies efficiënter en effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd. In Science kwam Heckman (2006) op basis van een review van het bestaande onderzoek naar investeringen in jonge kinderen tot de volgende conclusie¹³:

“Investing in disadvantaged young children is a rare public policy initiative that promotes fairness and social justice and at the same time promotes productivity in the economy and in society at large. Early interventions targeted toward disadvantaged children have much higher returns than later interventions such as reduced pupil-teacher ratios, public job training, convict rehabilitation programs, tuition subsidies, or expenditure on police. At current levels of resources, society overinvests in remedial skill investments at later ages and underinvests in the early years”.

We bakenen deze indicator af als de verhouding tussen investeringen in jonge kinderen (0-3j) versus 0 tot 18 jaar. Deze indicator vergelijkt het budget dat de Vlaamse regering vrijmaakt voor kinderen van 0 tot 3 jaar in verhouding tot het totale budget voor kinderen en jongeren. Dit omvat eveneens het budget van onderwijs. Men kan tevens werken met 7 jaar als bovengrens. Het betreft dan de verhouding in budget voor 0- tot 7-jarigen / 0- tot 18-jarigen.

¹³ Voor een beknopt overzicht van het 'life cycle investment' framework van Heckman, zie http://jenni.uchicago.edu/human-inequality/papers/tech-skill-pnas_2col_all_2007-03-22a_mms.pdf

Er kan tevens een meer ruwe indicator berekend worden die mogelijkheden biedt voor internationale vergelijking: het budget dat vrijgemaakt wordt voor kinderopvang in verhouding tot het bruto-nationaal product. In de OECD 'family database' is op dit moment dit cijfer enkel voor België aanwezig in 2005. België neemt in de OECD-ranking de zesde plaats in na IJsland Denemarken, Frankrijk, Zweden en Finland.

- **Bezettingsgraad:** het aantal bezette plaatsen/aantal erkende plaatsen.

Met betrekking tot de toereikendheid meet deze indicator het effectief gebruik van het aanbod. Een te lage bezetting is niet efficiënt in de kinderopvang, maar een te hoge bezetting zet de flexibele en occasionele kinderopvang onder druk. Deze indicator leidt dus tot heel wat interpretatieproblemen. Aangezien deze indicator ook al in de CBGS-studie werd benadrukt als intersectorale indicator, wenst Kind en Gezin deze toch te behouden.

Toereikend

Wat toereikendheid betreft is er op dit moment al een indicator voorhanden in het Pact 2020 die als streefwaarde 500 plaatsen per 1000 kinderen onder drie jaar stipuleert. Daarnaast is er ook een nieuw behoeftemeetinstrument ontwikkeld.

Toegankelijk en betaalbaar

Gebruik van formele kinderopvang door de voorrangsgroepen op niveau van de voorziening De voorgestelde indicator wil het regelmatig gebruik van kinderopvang door allochtone kinderen, kinderen in kansarm gezin (Belgisch of allochtoon) en kinderen van een alleenstaande ouder opvolgen. Dit is relevant in het kader van toegankelijkheid en betaalbaarheid. De berekeningswijze is gebaseerd op de 20% norm. Dit is de verhouding van het totaal aantal kinderen uit voorrangsgroepen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het eerste kwartaal van het referentiejaar ten opzichte van het totaal aantal kinderen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het eerste kwartaal van het referentiejaar. Probleem met deze gegevens is dat het niets zegt over het regelmatig gebruik. Daarnaast heeft de 20% regel enkel betrekking op voorrangsgroepen. Een oplossing werd hierboven al geschetst, met name het registreren van de kinderen in de kinderopvang in het Mirage-systeem van de preventieve gezinsondersteuning. Indien die oplossing er niet komt, kan er geput worden uit de survey-gegevens over de gebruikers van de kinderopvang. De bruikbaarheid hiervan binnen de jaarlijkse metingen van Pact 2020 is natuurlijk lager, gezien de frequentie van de metingen.

- **Betaalbaarheid van de kinderopvang:** Aantal inkomensgerelateerde plaatsen in het totaal aantal plaatsen in de kinderopvang

Qua betaalbaarheid van de kinderopvang kan ook gemonitord worden hoe groot het aandeel plaatsen is, waarvoor de bijdrage van het gezin inkomensgerelateerd is. Deze indicator is ook opgenomen in de VRIND-lijst van 2011. Dit is een eerste indicatie van de betaalbaarheid. Er moet op gewezen worden dat een inkomensgerelateerde bijdrage niet noodzakelijk betekent dat de kinderopvang ook betaalbaar is voor het gezin.

Hieraan gaat een kostenbatenanalyse vooraf, waarin ook de opportuniteitskosten moeten meegenomen worden.

- **Bereik van de preventieve gezinsondersteuning**

De universele dienstverlening van de preventieve gezinsondersteuning wordt nu al gemonitord via twee indicatoren die ook in de Beheersovereenkomst zijn opgenomen:

- Bereik van de dienstverlening van Kind en Gezin, in absolute aantallen en als aandeel van de doelgroep, 2005-2009
- Bereik van de dienstverlening van Kind en Gezin, naar bereik van de verschillende kansengroepen (kansarm, allochtoon)

Het Agentschap Kind en Gezin onderschrijft nogmaals het belang van beide indicatoren. Op dit moment wordt in Pact 2020 enkel het bereik van kansarme gezinnen gemonitord bij doelstelling 13 'Armoede'. Deze indicator is dus al in Pact 2020 opgenomen. Maar ook het algemene bereik wordt hier voorgesteld.

2.4 **Besluit**

De overzichtstabel maakt duidelijk dat het concept 'toegankelijkheid' sterk gevat wordt door de hier voorgestelde indicatoren. Met betrekking tot kwaliteit is zoals eerder aangegeven belangrijke instrumenten in ontwikkeling die moeten toelaten om op een meer continue basis de kwaliteit van de kinderopvang te monitoren. Het monitoren van de economische functie is geen eenvoudige opdracht, zoals het bestaand onderzoek uitwijst. Desalniettemin is er in de VRIND-lijst een indicator geformuleerd die moet toelaten om de participatie op de arbeidsmarkt van moeders waarvan het jongste kind jonger is dan drie te monitoren. De sociale functie wordt weliswaar gedekt door de survey bij gebruikers van de kinderopvang. Er zijn meer continue vormen van registratie mogelijk door koppeling met Mirage, maar hierrond worden geen beleidsinitiatieven ondernomen. Voor de kinderopvang kan de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker een aspect zijn dat aan bod komt in de meetinstrumenten die in ontwikkeling zijn. De toereikendheid van de kinderopvang werd al gevat in de indicatorenlijst van het Pact 2020. Voor de preventieve gezinsondersteuning zijn er op dit moment twee indicatoren voorhanden die aangeven hoe groot het bereik ervan is.

3 **VAPH**

Ook met het VAPH werd een eerste verkenning gemaakt van de belangrijkste prioriteiten en evoluties binnen de sector. Vooraf kunnen we – net zoals bij de andere agent-schappen – noteren dat bepaalde zaken federaal aangestuurd worden. Zo zijn de integratietegemoetkoming een federale materie en het PAB-budget en de zorgverzekering een gemeenschapsbevoegdheid. Op dit moment is het niet geweten hoe deze verschillende systemen met elkaar interacteren. De versnippering van bevoegdheden stelt uitdagingen op het vlak van monitoring. Dit zowel wat het verzamelen van data betreft, als met betrekking tot de interpretatie en validiteit van indicatoren. Bij het ont-

wikkelen van indicatoren zal hiermee rekening gehouden moeten worden, net omdat de interactie tussen het Vlaams en federaal beleid mogelijks leidt tot scores op de prestatie-indicatoren waarop de Vlaamse overheid geen impact heeft.

Net zoals bij de andere agentschappen is het nog onduidelijk welke impact de toegangspoort voor minderjarigen zal hebben en welke indicatoren hierop geënt kunnen worden, bijvoorbeeld met betrekking tot het inschatten van de zorgzwaarte en het koppelen tussen zorgbehoefte en gerealiseerde hulp. Over de haalbaarheid en invulling van een intersectoraal zorgzwaarte-instrument loopt op dit moment een ad-hoc onderzoeksproject van het SWVG onder leiding van Prof. Vanderfaellie en Prof. Van Audenhove.

3.1 Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties

Het Perspectief 2020 schuift een aantal uitgesproken krijtlijnen naar voren voor de sector en geeft dan ook een goed beeld van de scope van de monitor. Het Plan Perspectief 2020 vertrekt vanuit de vaststelling dat er een toenemende vraag is, omwille van socio-demografische en medisch-technologische evoluties en de diversificatie van het aanbod. De grote uitdaging is dan ook het aanbod zo efficiënt mogelijk aan te laten sluiten op deze toegenomen vraag. Op dit moment zijn er in dit plan enkel strategische doelstellingen en acties opgenomen. Er wordt in het plan zelf ook niet aangegeven hoe de realisatie van dit plan zal gemonitord worden. De veranderingsmanager, Jean-Pierre Van Baelen, die de opmaak van een gedetailleerd projectplan zal begeleiden, is ondertussen van start gegaan. De twee hoofddoelstellingen van het plan zijn:

De garantie op zorg voor personen met een handicap met de grootste ondersteuningsnood onder vorm van zorg en assistentie in natura of contanten.

Geïnformeerde gebruikers genieten vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving.

Daarnaast zijn de volgende evoluties relevant in het kader van het monitoren van de doelstelling 12 van het Pact 2020. Een eerste belangrijke evolutie is de implementatie van **de VN-Conventie inzake de rechten van personen met een handicap**. Dit verdrag hanteert een ruime definitie van handicap:

“een langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving”.

Die definitie vertoont heel wat gelijkenissen met de huidige VAPH-definitie. Toch vallen onder deze VN-definitie chronisch zieken en personen met een psychiatrische problematiek gerekend kunnen worden. Het Perspectiefplan verwijst ook naar deze definitie, maar het is op dit moment nog niet helemaal duidelijk welke gevolgen de ratificatie van het Verdrag heeft voor de doelgroepafbakening die het VAPH gebruikt.

Een tweede belangrijke evolutie is de verschuiving van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van leven en van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg en assistentie ('het **burgerschapmodel**'). Personen met een handicap moeten in de toekomst meer gebruik kunnen maken van niet-categoriale dienstverlening ('*zoveel mogelijk*

gewoon, zo weinig mogelijk uitzonderlijk). Bovendien volstaat kwaliteitsvolle zorg niet langer maar moet die zorg de kwaliteit van leven faciliteren en verbeteren. De kwaliteit van leven van personen met een handicap wordt op die manier een belangrijke toetssteen om de effectiviteit van de zorg voor deze doelgroep te monitoren. Het VAPH benadrukt dat dit echter niet enkel een opdracht is voor het VAPH. Er zijn op dit moment wel geen instrumenten voorhanden die toelaten om de kwaliteit van leven van VAPH-gebruikers te meten.

Perspectief 2020 schuift niet enkel de toegankelijkheid van andere zorgsectoren (GGZ, welzijnswerk, kinderopvang...) naar voor, maar evenzeer alle andere vormen van publieke en maatschappelijke dienstverlening (sociale huisvesting, onderwijs, arbeidsmarkt, cultuur, jeugdwerk, verenigingsleven...). Hierin kaderen tevens de pilootprojecten 'diensten voor inclusieve ondersteuning' (DIO) die het mogelijk moeten maken dat personen met een handicap een beroep kunnen doen op reguliere diensten (poetshulp, boodschappenhulp...). Het opzet is om vanaf 2013 de bestaande diensten voor beschermd en geïntegreerd wonen om te vormen tot DIO's. Op dit moment zijn er weinig indicatoren voorhanden die de toegankelijkheid van reguliere diensten in kaart kunnen brengen. In verband met de arbeidsmarkt zijn er in Pact 2020 wel indicatoren opgenomen die toelaten de arbeidsmarktparticipatie van personen met een handicap te monitoren. Omtrent het onderwijs (doelstelling Talent van Pact 2020) is dit niet het geval, terwijl Vlaanderen op basis van de internationale PISA-indicatoren niet goed scoort op het gebied van inclusief onderwijs voor kinderen en jongeren met een handicap. Dit is een belangrijke opmerking bij de indicatoren voor de doelstelling 'Talent'.

Een ander element in de vraaggestuurde zorg, is de persoonsvolgende financiering. Noodzakelijk hierbij is een instrument dat toelaat de zwaarte van de zorg adequaat te vatten. Het ontwikkelde zorgzwaarte instrument dient hiertoe gevalideerd te worden. Uit de zorggradatiestudie (2005) bleek dat mensen niet steeds ondersteuning krijgen die aansluit op hun zorgzwaarte. Een gevalideerd zorgzwaarte-instrument moet eveneens een financiering op maat mogelijk maken.

Een derde prioriteit is het inbouwen van **een zorggarantie** voor de meest urgente en de meest zware zorgvragen. De zorggarantiegroep wordt in Perspectief 2020 afgebakend tot:

"PmH voor wie de afstand, de kloof tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt en blijft wanneer er geen bijkomende of vervangende acties tot ondersteuning worden ondernomen".

Het huidige systeem van urgentiecodes voor de geregistreerde zorgvragen door MDT's betekent echter in de praktijk dat tweederden van de vragen als dringend worden geregistreerd. Dit laat niet toe om de zorggarantiegroepen te definiëren. In het Perspectiefplan wordt een niet-exhaustief overzicht gegeven van personen die tot de zorggarantiegroep zouden behoren. Zij verkrijgen dan een 'prioritair te bemiddelen dossier'. Het instrumentarium voor verfijnde afbakening dient nog verder op punt gesteld te worden. Het is dus nog te vroeg om hierrond indicatoren op te stellen.

Een vierde prioriteit is het verbeteren van de diagnostiek en de indicatiestelling. Binnen het **project Diagnose en Indicatiestelling** kunnen we 2 sporen aangeven. Ten eerste zal het *VAPH in de toekomst werken met een systematische protocollering*: classificerende diagnostische protocollen (D-protocollen, waar het doel is ze ook in andere sectoren te introduceren, bv onderwijs) en indicatiestellingsprotocollen (IS-protocollen, nog te ontwikkelen). De indicatiestelling dient aan te geven hoe omvangrijk de maximaal toegelaten handicapspecifieke ondersteuning kan zijn, en dus de zorgzwaartecategorie. Een tweede pijler van het project Diagnose en Indicatiestelling is de verbetering van de werking en de organisatie van de multidisciplinaire teams (MDT's) die de diagnose en een voorstel voor indicatiestelling afleveren. De **erkenningvoorwaarden** voor de MDT's **zullen herbekeken worden**. Daardoor zullen ook andere organisaties (dan bepaald in het huidig inschrijvingsbesluit) kunnen intekenen als MDT's. Het gaat dan dikwijls om organisaties die beschikken over deskundigheid met betrekking tot specifieke doelgroepen. Op die manier wil het VAPH een ruimere deskundigheid aantrekken. Het VAPH zal ook de financiering van de MDT's herbekijken in relatie tot het toenemend aantal taken ten gevolge van de nieuwe ontwikkelingen binnen het VAPH, zoals de zorgregie. Het nieuw financieringssysteem zal gekoppeld zijn aan de **kwaliteitseisen** en aan een **controlesysteem**.

Een vierde prioriteit is de **uitbouw van het voortraject en de rol van vraagverheldering** hierin. Het voortraject is een onderdeel van trajectbegeleiding. In het voortraject wordt de persoon met een handicap bijgestaan in het verhelderen van zijn/haar ondersteuningsbehoeften en het opstellen van een ondersteuningsplan. Zoals opgevat in Perspectief 2020 bestaan de partners van het voortraject uit minimaal de huidige aanbieders van trajectbegeleiding (begeleid wonen en thuisbegeleiding), verwijzers en gebruikers. Vanaf 2012 zullen Diensten Ondersteuningsplan expliciet de rol van vraagverduidelijker krijgen voor personen die in de zorg willen stappen. De uitbouw van lokale infoloketten en elektronische opvolgingssystemen kaderen eveneens in een performant voortraject. Binnen het ganse traject dienen diverse functies duidelijk uitgeklaard te worden, met name de casemanager en de trajectbegeleider dienen duidelijk afgebakende functies te zijn (Zie aanbevelingen van het rapport van Maes & Bruyninckx, 2003). De fit tussen de zorgbehoefte en de gerealiseerde hulp zal dus op een andere manier ingevuld worden dan in het verleden. De effectiviteit van het zorgaanbod zou aan de hand hiervan kunnen gemeten worden, maar dit is op dit moment nog niet voorhanden.

Een laatste beleidsprioriteit is het elektronisch **VAPH-dossier** en **de ontwikkeling van het GEWIN-decreet**. Op 10 juni stelde minister Vandeurzen het elektronisch VAPH-dossier voor. Via de URL (<http://mijn.vaph.be>) kan een PmH zijn/haar persoonlijk dossier raadplegen. In een volgende fase zullen ook elektronische aanvragen en wijzigingen via deze weg kunnen gebeuren. Het GEWIN-decreet zal de krijtlijnen moeten aangeven waarbinnen keuzes en investeringen plaatsvinden met betrekking tot de ontwikkeling van nieuwe ICT-platformen. Leidraad hierbij is een goed evenwicht tussen de schaalvoordelen van een gecentraliseerde aanpak en de kleinschaligheid van de dienstverlening op maat.

Het Perspectief 2020 zet dus heel duidelijke lijnen uit voor de toekomst van het beleid ten aanzien van personen met een handicap, maar vereist wel nog een vertaling van strategische doelen naar operationele doelstellingen en naar indicatoren die moeten

toelaten om de uitvoering van het plan te kunnen opvolgen. Tegelijkertijd wijst dit plan wel op een aantal essentiële elementen die in de toekomst als maten voor effectiviteit kunnen gehanteerd worden: de realisatie van kwaliteit van leven van personen met een handicap, de mate van inclusiviteit van de reguliere dienstverlening, de fit tussen vraagverheldering en gerealiseerde hulp, de mate waarin de zorggarantiegroepen ook de noodzakelijke hulp en ondersteuning ontvangen. Dit zijn mogelijks sporen op middellange termijn voor nieuwe indicatoren.

3.2 Bespreking van de longlist

Tijdens de tweede bijeenkomst werd een overzichtstabel met potentiële indicatoren voorgelegd. Aan de hand van een checklist (zie hoofdstuk 4) werden ze besproken. Deze longlist is samengesteld uit buitenlandse indicatoren, indicatoren geïnspireerd door ontwikkelingen en meetprocedures in andere sectoren, bestaande indicatoren uit VRIND en het VAPH. Deze paragraaf vat de belangrijkste vaststellingen van de 2^{de} focusgroep samen.

Tabel 11. Longlist van prestatie-indicatoren voor het VAPH

	Structuur	Proces	Uitkomst
Kwaliteitsvol	<ul style="list-style-type: none"> - N uren vorming/effectief gepresteerde uren 		<ul style="list-style-type: none"> o Gezondheidsenquête : sociale participatie en welbevinden
Efficiënt & effectief	<ul style="list-style-type: none"> - Verhouding loonlast/totale budget - Verhouding ambulante/residentiële zorg (vte en budget) - Aandeel persoonlijke budgetten op totale zorgbudget - Samenwerkingsverbanden - Personeelskenmerken 	<ul style="list-style-type: none"> - Indeling zorgzwaarte - Doorstroom ambulante/residentiële bij oudere PmH 	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal personen CRZ (ambulant, semi-residentiële en residentiële) - Aantal personen op CRZ (ambulant, semi-residentiële en residentiële), die niet verblijven in een VAPH-zorginstelling - Aantal personen op de wachtlijst voor PAB - Wachttijden CRZ - Realisatie ondersteuningsplan - Match voortraject/vraagverduidelijking en uiteindelijk verkregen zorg
Toereikend	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal opvangplaatsen (ambulant, semi-residentiële en residentiële) - Aanwezigheid financiële reserves in voorzieningen - Aandeel overheidsfinanciering t.o.v. andere financiering - Invullingsgraad - Lijst knelpuntberoepen - Vipa budget woonzorg 	<ul style="list-style-type: none"> - Instroom per zorgvorm en naar leeftijd - Uitstroom per zorgvorm en naar leeftijd - Onderwerp van de aanvragen: individuele materiële bijstand, ambulante en residentiële ondersteuning, ondersteuning bij werk en PAB - Beslissingen individuele materiële bijstand - Aantal effectieve gebruikers van het PAB 	<ul style="list-style-type: none"> - Bezettingsgraden (ambulant, semi-residentiële en residentiële)
Toegankelijk en betaalbaar		<ul style="list-style-type: none"> - PmH die beroep doen op thuiszorg - Aantal gunstige beslissingen individuele materiële bijstand - PmH in regulier onderwijs - Eigen bijdrage voor VAPH-ondersteuning 	
Kwaliteit vanuit oogpunt gebruiker			<ul style="list-style-type: none"> - % jongeren dat bij begin van procedure informatie krijgt mbt drm/hulpverleningsvorm/waarom in hulpverleningsvorm - % akkoord mbt hulpverleningsvorm - % inspraak opstellen doelstellingen - Inspraak bij bepalen budgethoogte - Ervaren zorgtekorten

Toereikendheid

Eén van de grote uitdagingen voor het VAPH is het meten van de te verwachte instroom en indicatiestelling in functie van het inschatten van de toereikendheid van het aanbod. Van de huidige VRIND-indicator die het **aantal dringende zorgvragen** meet, wordt aangegeven dat zij geen goede indicatie geven van de reële vraag. In de toekomst zal niet langer gewerkt worden met het systeem van urgentiecodes maar met prioritair te bemiddelen dossiers. De urgentiecodes zijn op dit moment te sterk subjectief gekleurd en zouden geen aftekening zijn van de objectieve zorgnood (Callens, Fontaine et al, 2009). Dit is een belangrijke opmerking in het kader van het monitoren van het Pact 2020, waarin op dit moment wel nog met de urgentiecodes wordt gewerkt om de toereikendheid van het huidig aanbod te monitoren. Het aantal personen op de wachtlijst wordt hierin op basis van urgentiecode 1 en 2 berekend.

Een tweede kwestie betreft de doelgroep: wie wordt gevat onder de doelpopulatie van personen met een handicap. Gaat dit om personen met een VAPH-ticket of ook om personen die een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een integratietegemoetkoming krijgen? Wat met chronisch zieken, personen met een psychiatrische aandoening? Het VN-verdrag hanteert een definitie van handicap waarvan de implicaties voor het VAPH nog niet helemaal duidelijk zijn. Een manier om de (potentiële) doelgroep van het beleid in beeld te brengen, is het percentage van de totale bevolking met functiebepkeringen zoals bevraagd in de Gezondheidsenquête. Hier zijn eveneens gegevens met betrekking tot kwaliteit van leven voorhanden. Het gaat echter wel om een zelfdefinitie. Het VAPH geeft de voorkeur aan een meer objectieve vaststelling van de doelpopulatie.

Het recente onderzoek van Breda wijst op twee belangrijke vaststellingen met betrekking tot het persoonsgebonden budget. Zorgverleners uit de VAPH-sector willen ten eerste teveel beroep doen op gespecialiseerde zorg, omdat er de reguliere zorg te weinig toegankelijk zou zijn voor personen met een handicap (basisvoorzieningen, thuiszorg, CAW, kinderopvang, GGZ...). Een tweede vaststelling is dat zij te veel vanuit het huidige VAPH-aanbod naar de zorgvraag van de gebruiker kijken. Gebruikers zelf willen eerder beroep doen op reguliere ondersteuning (thuishulp, poetshulp...) en wensen dit te betalen met VAPH-middelen. Met het PGB gaat een bijkomend aantal personen reguliere zorgdiensten inzetten, voornamelijk via dienstencheques. De reguliere zorg is echter voor velen niet voldoende stuurbaar, flexibel en intensief. Daarom kiezen deze PmH voor persoonlijke assistenten (vooral ingezet voor huishoudelijke taken, mobiliteit, vrije tijd). In de Zorg in natura wordt veel minder gebruik gemaakt van reguliere zorg dan in de budgetformules. De Zorg in natura is, gezien de meer gespecialiseerde aard ervan, onvoldoende flexibel om sommige zorgtekorten van niet-gespecialiseerde aard op te lossen. Dit kan ten dele verklaard worden doordat de VAPH-zorg een deel van de tot dan toe gebruikte reguliere zorg vervangt. Een belangrijkere reden is volgens Breda (2011) dat een beroep doen op de reguliere zorg extra eigen zorgkosten met zich meebrengt voor de gebruiker van zorg in natura. Zorg in natura blijkt voor deze persoon extra geld te kosten, terwijl dit in de budgetformules minder het geval is. De extra zorguitgaven bij personen met een verstandelijke beperking gaan voornamelijk naar zorg die men inkoop bij reguliere diensten. Extra zorguitgaven bij personen met een niet-verstandelijke beperking zijn vooral gelieerd aan hoger gebruik van RIZIV-diensten.

De conclusie is dat een meer flexibele en afdoende reguliere dienstverlening mogelijk heel wat van de aan het VAPH gestelde zorgvragen kan opvangen en voorkomen. Deze hypothese is echter nog niet becijferd. Dit bemoeilijkt het inschatten van de toereikendheid van het aanbod voor personen met een handicap.

Een mogelijke piste die op tafel gelegd wordt door de onderzoekers is het **zichtbaar maken van de doelgroep van het VAPH** die gebruik maakt van reguliere zorg en dienstverlening. Men zou kunnen registreren hoeveel PmH (en meer specifiek personen met een VAPH-erkenning) een beroep doen op thuiszorg. Binnen de CGG wordt op dit moment al geregistreerd of personen met een handicap gebruik maken van hun hulpverlening en of personen met een handicap worden doorverwezen omdat er binnen het CGG onvoldoende expertise aanwezig is om deze groep te behandelen of te begeleiden. Ook in VESTA, het registratiesysteem van diensten voor gezinszorg wordt ook bijgehouden of de gebruiker een handicap heeft. Maar dit is opnieuw een andere definitie van handicap dan diegene die gebruikt wordt door het VAPH.

Qua inclusief onderwijs kan gemonitord worden wat het **aandeel PmH is in regulier onderwijs**. Inhoudelijk is hiertegen geen bezwaar, wel zijn er nog onduidelijkheden met betrekking tot definiëring¹⁴. Ook zijn deze cijfers slechts deels voorhanden bij het VAPH. Er is wel te achterhalen hoeveel kinderen met een handicap residentieel worden opgevangen in VAPH-zorgvormen. Daarnaast zijn er ook nog kinderen met een handicap die in residentiële voorzieningen van het gemeenschapsonderwijs worden opgevangen. Ook die zouden dan op één of andere manier meegenomen moeten worden. Een mogelijkheid is om een koppeling te maken tussen de gegevens van diverse agentschappen en te kijken of een kind verhoogde kinderbijslag heeft en aan welk type onderwijs hij participeert. Dit aantal zou dan vervolgens als noemer gebruikt kunnen worden. In de teller kunnen dan het aantal kinderen in residentiële instellingen opgenomen worden. Er is wel nog een bijkomend probleem, met name de definitie van residentiële zorg. Dit zou eerst ten gronde uitgeklaard moeten worden.

Gegevens met betrekking tot instroom en uitstroom van cliënten zijn beschikbaar. Het betreft het verkrijgen van VAPH-ondersteuning, per zorgvorm en naar leeftijd. Deze cijfers geven een indirecte indicatie van de toereikendheid van het aanbod. Een andere vraag hierbij is of de instroomkansen van verschillende groepen gelijk zijn. Met betrekking tot de uitstroom kunnen we vaststellen dat deze vertraagt, ondermeer omwille van ouder wordende PmH. Toch wordt deze indicator niet weerhouden in de shortlist, omdat de toereikendheid al door kwalitatief betere indicatoren wordt afgedekt.

De invullingsgraad is de verhouding tussen de geprogrammeerde output en de feitelijk uitvoerbaar verklaarde output. Hier brengen we de regelgeving (wenselijkheid) in verband met de feitelijke praktijk (werkelijkheid). Het CBGS verwees eerder reeds naar deze indicator als te behouden indicator. De gegevens zijn beschikbaar. De vraag is echter volgens de vertegenwoordigers van het VAPH wat de validiteit is van deze indicator, omdat aangezien de programmatiebesluiten worden gemaakt op basis van de werkelijk beschikbare budgettaire ruimte en niet zozeer op basis van de wetenschappelijk vastgestelde norm die gerealiseerd moet worden. Met andere woorden, de huidige programmatie wordt in de eerste plaats bepaald op basis van budgettaire over-

¹⁴ Zie onderzoek over de inschaling leerzorg van Lebeer et al (2008, 2009).

wegingen. Hierdoor verliest de invullingsgraad ook deels zijn validiteit als indicator van de toereikendheid.

Het aantal gunstige beslissingen Individuele Materiële Bijstand (IMB) is beschikbaar en kan op korte of middellange termijn door het VAPH aangeleverd worden. Wel dient vooraf nog een koppeling tussen de verschillende databanken te gebeuren. Er zou geopteerd worden om te kijken naar de toegekende middelen in euro. Vervolgens kunnen de toegekende middelen gekoppeld worden aan andere zorgvormen. Men kan bijvoorbeeld nagaan of IMB ondersteuning in zorg aanvult of substitueert. Dit laatste is op dit moment niet geweten. Bij de operationalisering stellen zich wel enkele vragen, bijvoorbeeld met betrekking tot de tijdsperiode. Sommige hulpmiddelen kosten immers veel geld tijdens de meetperiode maar gaan enkele jaren mee. Hoe zet je dit dan af tegen middelen PAB of zorg in natura? Een bijkomende bedenking is dat deze indicator niets zegt over de optimalisatie van de inzet van hulpmiddelen. De efficiënte inzet van hulpmiddelen is erg case-afhankelijk. Op korte termijn kunnen dus geen uitspraken gedaan worden of hulpmiddelen zorg in natura vervangt of aanvult. Bovendien blijft het moeilijk om deze indicator te interpreteren, omdat er in de jaarverslagen niet gerapporteerd wordt over de redenen van een ongunstige beslissing.

Toegankelijkheid

Wat de **sociaal-economische status van de PmH** die gebruikt maken van VAPH-dienstverlening betreft, zien we dat op dit moment gezinskenmerken (arbeidsmarktsituatie, gezinsvorm, kansarmoede) niet worden geregistreerd. Er kunnen op dit moment dus geen uitspraken gedaan worden over de socio-economische status van de gebruikers. Ghysels (2007) stelde echter Matheüseeffecten vast in het gebruik van zorg van gezinnen met een kind met een handicap. Hij onderscheidt drie subgroepen: collectieve zorgvoorziening en buitengewoon lager onderwijs; buitengewoon onderwijs en ambulante of geen zorg; ambulante zorg en regulier onderwijs. Buitengewoon onderwijs in combinatie met een collectieve zorgvorm is op dit moment de norm. Als ouders iets anders willen, dan moeten zij beschikken op bijkomende draagkracht. Hoe groter de draagkracht, hoe groter de kans op regulier onderwijs en ambulante hulp. De draagkracht meet Gheysels deels op basis van socio-economische variabelen (o.a. opleidingsniveau). Een mogelijkheid zou kunnen zijn om deze kenmerken mee te nemen in de vraagverduidelijking. Hiervoor moeten wel de bestaande registratiesystemen aangepast worden.

Effectiviteit en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker

De Kwaliteit van leven dient ondersteund en gefaciliteerd te worden door VAPH maar het monitoren van deze doelstelling is nog niet uitgewerkt. Er zijn wel instrumenten in ontwikkeling om de kwaliteit van leven te meten (bv. de Schaal voor Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten), maar die zijn op dit moment niet geïntegreerd in de reguliere registratiepraktijken. De effectiviteit van het aanbod kan dus op dit moment niet afgemeten worden aan de mate waarin dit aanbod bijdraagt tot de kwaliteit van leven van de gebruiker.

Met betrekking tot de realisatie van de geïndiceerde hulp als indicator van de effectiviteit zijn er wel cijfers voorhanden in het halfjaarlijkse zorgregierapport, dat de centrale registratie van zorgvragen voor de verschillende zorgvormen bespreekt. Deze indicator is ook opgenomen in Pact 2020, maar is wel gebaseerd op de hoogdringendheid van de zorgvraag. Eerder gaven we al aan dat de mate van hoogdringendheid zal afgevoerd worden, omdat de inschatting onvoldoende objectief en dus betrouwbaar is.

In Pact 2020 wordt kwaliteit echter ook expliciet vanuit het oogpunt van de gebruiker opgevat. Een mogelijk spoor is gebaseerd op de door het NIVEL **ontwikkelde CQ-index**. Brandt et. al. (2007) beschrijven de ontwikkeling van een CQ-index voor de gehandicaptenzorg. Het VAPH acht dit relevant, maar wijst op het feit dat Vlaanderen nauwelijks een traditie heeft in het bevragen van gebruikersgroepen over de ervaren kwaliteit. Nochtans is dit noodzakelijk om de vraag te kunnen stellen of de verkregen ondersteuning ook de ondersteuning is die men nodig acht. Het onderzoek van Breda (2011) wijst ook op deze kloof.

Rond uitkomstindicatoren met betrekking tot kwaliteit vanuit oogpunt van de gebruiker zitten er zeker elementen in de Intersectorale toets decreet rechtspositie minderjarige. Dit is echter slechts een eenmalige toets geweest en in dat opzicht niet bruikbaar voor monitoring.

Betaalbaarheid

Wat **betaalbaarheid** betreft, wordt verwezen naar de registratie van de eigen bijdrage in de zorg waarvan hij gebruikt. Men zou als indicator de verhouding van de eigen bijdrage in verhouding tot de totale kost kunnen berekenen, naar analogie van de internationaal gevalideerde indicator in de gezondheidszorg die de eigen bijdrage van de patiënt berekend op de totale kostprijs. De gegevens zijn hiervoor beschikbaar binnen de voorzieningen. In welke mate VAPH hier gegevens rond heeft, is onduidelijk. Het VAPH beschikt over gegevens omtrent de inkomens van opgenomen personen met een handicap binnen residentiële voorzieningen, zij het dat de opgave van deze inkomsten niet steeds volledig en dus onbetrouwbaar is. Bovendien heeft de gebruiker mogelijks recht op andere financiële tegemoetkomingen die compenseren voor de bijkomende kosten als gevolg van zijn handicap (Vlaamse zorgverzekering, federale integratietegemoetkoming), waardoor het berekenen van de betaalbaarheid in termen van de eigen bijdrage vertekend is. Gezien de problemen rond de beschikbaarheid van de data en de interactie met andere systemen (Vlaamse en federale sociale bescherming) is deze indicator niet op korte termijn beschikbaar, maar zou dit mogelijks wel kunnen op middellange termijn.

Efficiëntie

Met betrekking tot **efficiëntie** bespreken we twee procesindicatoren. Wat de indeling van zorgzwaarte betreft werden in 2005 eenmalig cijfers verzameld voor de ontwikkeling van het zorgzwaarte-instrument. Het zal nog enkele jaren duren vooraleer iedereen ingeschaald is. Op korte termijn is dit dus geen optie. De gegevens met betrekking tot doorstroming (tussen verschillende zorgvormen) zijn interessant maar wat met mensen die geen VAPH-ticket hebben? Mensen met een VAPH-ticket die een additionele vraag stellen kunnen wel in kaart gebracht worden.

Daarnaast zijn er nog verschillende structuurindicatoren die besproken zijn. De verhouding van het budget besteed aan ambulante versus besteed aan residentiële zorg is relevant in het kader van vermaatschappelijking van de zorg en het burgerschapsmodel. De achterliggende idee is of de vermaatschappelijking ook tot uiting komt in de budgetten die vrijgemaakt worden voor ambulante hulp. Er stellen zich mogelijk wel problemen met de definitie van ambulante en residentieel. Met betrekking tot de vraagsturing stellen de onderzoekers voor te kijken naar het aandeel persoonlijke budgetten op het totale zorgbudget. Hier zouden dan ook de persoonsvolgende budgetten (volgen persoon los van voorziening, nu 100 tal lopende) in rekening moeten gebracht worden. De vraag is echter in hoeverre vraagsturing enkel gevat wordt door budgetten versus zorg in natura.

In het kader van een efficiënte zorg, is de mate van samenwerking een goede indicator. Dit werd eveneens reeds door het CBGS voorgesteld. Voor VAPH zijn hierover geen gegevens beschikbaar. In het kader van de Diensten Inclusieve Ondersteuning is het wel interessant om op te volgen. Deze diensten zullen voor de realisatie van de ondersteuning maximaal inclusief werken, met name door samen te werken met de reguliere welzijnsdiensten en met het netwerk van de persoon met een handicap. Een evaluatie van het nieuwe regelkader is voorzien. Die zal gebaseerd zijn op een tevredenheidsonderzoek bij de cliënten en op de ervaringen van de betrokken diensten.

Tot slot is de **invullingsgraad** een indicator voor budgettaire schaarste. Dit is de verhouding tussen de geprogrammeerde output (bv. erkende plaatsen) en de feitelijk uitvoerbaar verklaarde output. Hier brengen we m.a.w. de regelgeving (wenselijkheid) in verband met de feitelijke praktijk (werkelijkheid). Tegelijkertijd moet erop gewezen worden dat de huidige programmatie van het aanbod niet gebaseerd is op objectieve paramaters, maar eerder op het beschikbare budget.

Personeelskenmerken

De piste van **personeelskenmerken** als structuurindicator voor toereikendheid, kwaliteit en efficiëntie wordt besproken. Het aantal VTE en deeltijds/voltijds wordt geregistreerd op voorzieningsniveau en zou dus gebruikt kunnen worden evenals het verloop van personeel of verschuivingen (leeftijd/opleidingsniveau). Er is een databank personeel binnen het VAPH voorhanden om dit te monitoren. Ook de verhouding loonlast tegenover het totale budget is beschikbaar. Wat het aantal uren vorming/effectief gepresterde uren betreft, zijn geen gegevens beschikbaar. De financiële reserves van voorzieningen is een indicator die reeds door het toenmalige CBGS naar voor werd geschoven als structuurindicator voor toereikendheid. Deze gegevens zijn beschikbaar maar er zou toch een hoge inspanningsvereiste zijn voor het aanleveren. Bovendien stellen zich vragen bij de betrouwbaarheid. Constructies met neven-vzw's zouden niet toelaten om een correct beeld te verkrijgen.

De lijst van knelpuntberoepen zoals ook door CBGS voorgesteld, kan een indicatie geven van de toereikendheid inzake personeel. Het is echter niet duidelijk of de registratie bij VDAB fijnmazig genoeg is om hierop te monitoren.

3.3 Van longlist naar shortlist

Op basis van de bespreking van de longlist van indicatoren tijdens de tweede bijeenkomst, werd een shortlist opgesteld, die tijdens een derde bijeenkomst ter bespreking voorligt. Wegens andere verplichtingen van diverse personen binnen VAPH en het strakke tijdsschema van het project, gebeurde dit met het hoofd van de studiedienst. Daarnaast werd de shortlist ook opgestuurd naar het VAPH ter validering. De indicatoren die voorgelegd werden, zijn opgenomen in Tabel 12

Tabel 12. Shortlist Prestatie-indicatoren VAPH

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Toereikend	Aantal personen op de Centrale Registratie Zorgvragen van het VAPH met dringende zorgvraag
2	Toereikend	Aantal personen op de Centrale Registratie Zorgvragen van het VAPH met dringende zorgvraag en reeds gebruik makend van VAPH-ondersteuning
3	Effectiviteit	Het aandeel "persoonsgebonden budget" versus "het totale budget zorg in natura bij het VAPH
4	Effectiviteit	De budgettaire verhouding tussen ambulante en residentiële zorg in natura in de sector 'ondersteuning personen met een handicap'
5	Effectiviteit	De realisatie van inclusief onderwijs voor kinderen met een handicap
6	Toegankelijk	PmH aangemeld bij een CGG en geweigerd omwille van gebrek aan expertise

De overzichtstabel maakt duidelijk dat de meeste indicatoren betrekking hebben op het concept 'toereikendheid'. Aangezien een kritiek op de huidige kernindicatoren net was dat de focus nogal eenzijdig op dit concept gelegd wordt in het Pact 2020, is het van belang om ook naar indicatoren te zoeken die de andere concepten meten. Enerzijds wordt door de indicatoren uit deze lijst een andere operationalisering van 'toereikendheid' geboden. Anderzijds worden ook indicatoren naar voor geschoven die andere aspecten van kwaliteitsvolle zorg moeten vatten. 'Kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker' wordt niet vertaald in een indicator, omdat hieromtrent geen gegevens beschikbaar zijn.

Toereikend

- Aantal personen op de centrale registratie zorgvragen van het VAPH met een dringende zorgvraag

Dit is een kernindicator in pact 2020 meegenomen ter bespreking. Dit blijft relevant in het kader van een toereikend zorgaanbod want het zet vraag en aanbod tegen elkaar af. Voor een correcte interpretatie van deze indicator is het echter noodzakelijk dat er een goede indicatiestelling gebeurt. Op dit moment zijn de urgentiecodes onvoldoende objectief waardoor het moeilijk is te schatten is hoe hoog de zorgnood is van personen met een handicap. Er zal in de toekomst gewerkt worden met de omschrijving 'piori-

tair te behandelen vragen'. Dit kan niet los gezien worden van de veranderingen die op dit moment worden doorgevoerd bij de multidisciplinaire teams. Gezien de wijziging in berekeningswijze zal de nieuwe indicator geen vergelijkingen toelaten met de situatie in 2010, het startpunt van Pact 2020.

Tot slot met betrekking tot een toereikend zorgaanbod werd de indicator 'PmH op de centrale registratie met een dringende zorgvraag en reeds gebruikmakend van VAPH-ondersteuning' voorgesteld. Ook deze indicator brengt vraag en aanbod met elkaar in verband. Ook hier geldt echter de kritiek aangaande de urgentiecodes. Het nagaan van de kloof tussen ondersteuningsnood en verkregen steun, werd door VAPH als wenselijker naar voor geschoven. Het is echter duidelijk op basis van de ontwikkelingen binnen VAPH dat dit niet op korte termijn gerealiseerd kan worden.

Effectief

- Het aandeel "persoonsgebonden budget" versus "het totale budget zorg in natura bij het VAPH: : het aandeel van het budget dat direct aan de zorgvrager wordt uitgekeerd

Het CBGS beschouwde deze indicator als een indicator die oog heeft voor de mate waarin de autonomie van de cliënt wordt versterkt. Een mogelijkheid is om de ratio te berekenen tussen het budget dat rechtstreeks aan de cliënt wordt overgemaakt in vergelijking met het budget dat aan zorgorganisaties wordt overgemaakt. De indicator werd uiteindelijk niet behouden, omdat ze een onvoldoende toepasbaarheid heeft in andere sectoren. Ondertussen is het belang van vraagsturing verder toegenomen en zeker binnen de sector van de ondersteuning voor PmH. In het kader van de realisatie van de vraagsturing door de gebruiker is een mogelijkheid om de ratio te berekenen tussen het budget dat rechtstreeks aan de cliënt wordt overgemaakt in vergelijking met het budget dat aan zorgorganisaties wordt overgemaakt. Dit vertrekt van een sterk afgelijnde invulling van vraagsturing, waarbij de gebruiker het laatste woord heeft. Deze indicator past ook binnen Perspectief 2020. Het aandeel persoonlijke budgetten op het totale zorgbudget kan een indicatie geven van de mate dat de vraagsturing wordt gerealiseerd. Wat afbakening betreft dient rekening gehouden te worden met zowel de PAB, PGB alsook de persoonsvolgende budgetten (volgen persoon los van voorziening; 100-tal lopende dossiers in 2011). Deze cijfers zouden beschikbaar zijn op korte termijn.

- De budgettaire verhouding tussen ambulante en residentiële zorg in natura in de sector 'ondersteuning personen met een handicap'

De verhouding in het budget voor ambulante en residentiële hulp laat toe om te zien in welke mate de vermaatschappelijking van de ondersteuning voor personen met een handicap wordt waargemaakt. Dit kadert in de doelstelling van een divers aanbod waarbij de globale doelmatigheid van het zorgapparaat wordt gerealiseerd wanneer zorgnoden opgelost worden op het laagste niveau, dit wil zeggen, het dichtst bij de gewone leefsituatie van de cliënten.

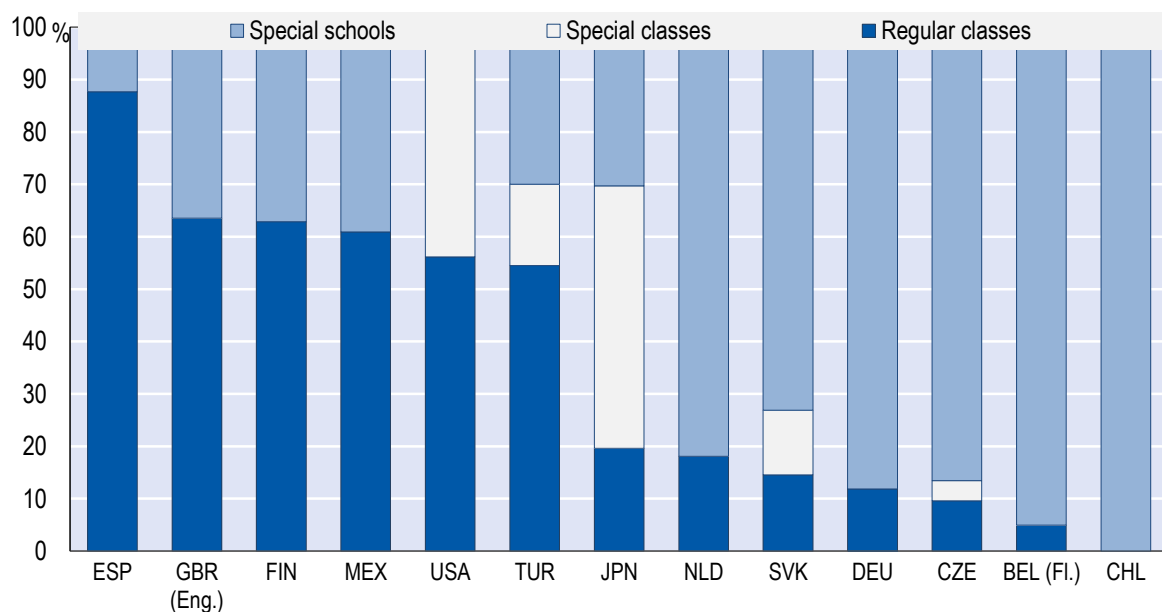
Er stellen zich wel mogelijk uitdagingen met betrekking tot de afbakening van beide concepten: wat is ambulant en wat is residentieel? Waartoe worden de semi-

residentiële zorgvormen gerekend? Is een semi-internaat ambulante of residentiële? Zo kan ambulante zorg bijvoorbeeld gegeven worden door een (semi)residentiële voorziening. Een bijkomend probleem is dat een aantal residentiële voorzieningen de facto (deels) zijn omgevormd tot kleine groepswoningen in een normale woonomgeving. Dit zijn woonvormen die ook in het buitenland als inclusief worden omschreven. Het probleem is echter dat ze in Vlaanderen nog ressorteren onder de wetgeving over de residentiële zorg. Omwille van de nodige uitklaring van de teller en de noemer is deze indicator allicht niet op korte termijn beschikbaar.

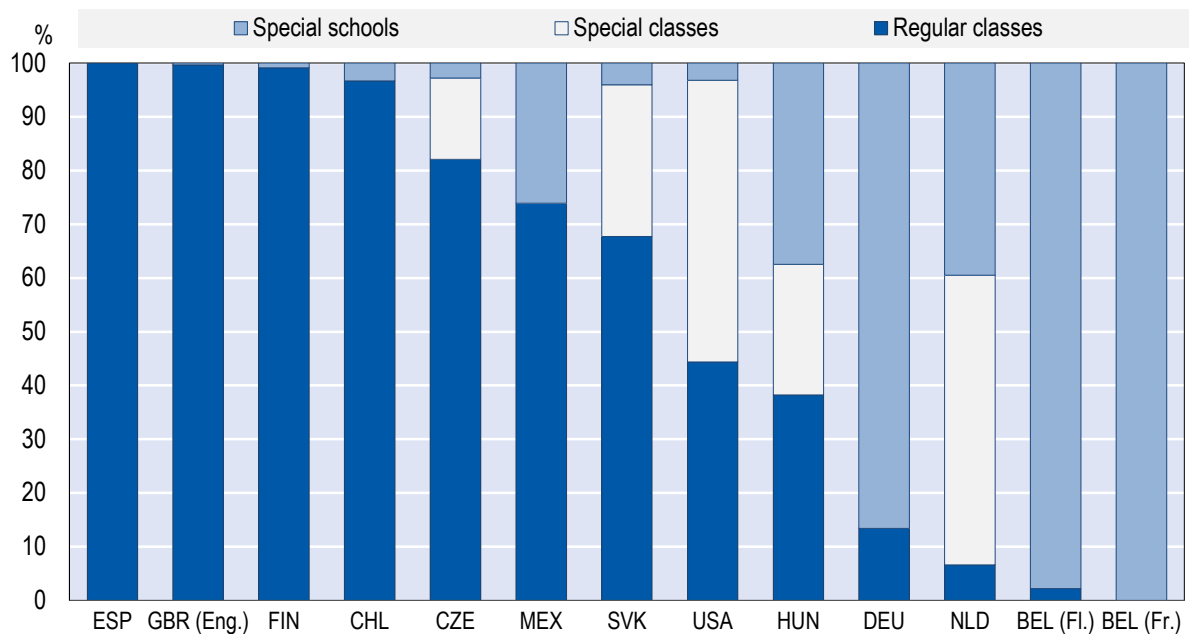
- De realisatie van inclusief onderwijs voor kinderen met een handicap

Ook de PISA-indicatoren met betrekking tot inclusief onderwijs kunnen beschouwd worden als een indicatie van de effectiviteit van het inclusiebeleid. De voorgestelde indicator geeft aan in welke mate de betrokken kinderen met een handicap al dan niet binnen het reguliere onderwijs een plaats krijgen. In onderstaande tabel worden de internationaal vergelijkbare gegevens voor 2003 gepresenteerd. Categorie A zijn kinderen met een handicap en categorie B zijn leerlingen met leerproblemen. Daaruit blijkt dat Vlaanderen relatief zwak scoort. Er zijn echter geen recentere data beschikbaar op basis van de PISA-indicatoren. Eerder merkten we al op dat voor de doelstelling 'Talent' van Pact 2020 geen indicatoren rond inclusief onderwijs zijn opgenomen. De vraag stelt zich in of deze indicator, gezien de complexe berekeningen op korte termijn en dus binnen de volgende meting van het Pact 2020 beschikbaar zal zijn. De teller en de noemer zullen eerst nog voldoende uitgeklaard moeten worden. Bovendien zal een beroep gedaan moeten worden op de gegevens van het departement onderwijs.

Tabel 13. Aandeel leerlingen en scholieren met een handicap die bijkomende ondersteuning genieten naar type onderwijs in 2003



Tabel 14. Aandeel leerlingen met leerproblemen tijdens de schoolloopbaan naar type van onderwijs in 2003



Toegankelijkheid

- Aantal personen met handicap geweigerd bij CGG omwille van een gebrek aan expertise

Een efficiënt zorgaanbod maakt dat de verkregen zorg aansluit bij de geïndiceerde zorg. Het aantal PmH aangemeld bij een CGG en geweigerd omwille van een gebrek aan expertise kan hiervan als een indicatie worden beschouwd. Deze indicator geeft een beeld van de toegankelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor PmH. Deze indicator past binnen Perspectief 2020, dat de toegankelijkheid van reguliere zorg voor personen met een handicap wil vergroten.

Kwaliteitsvol

- Personeelsverloop

Zoals eerder al aangegeven is het aantal indicatoren voor kwaliteitsvolle zorg (en dan specifiek vanuit het oogpunt van de gebruiker, op dit moment niet voorhanden. We gaven reeds aan welke (middellange of langere termijn) pistes hier mogelijk bewandeld kunnen worden. Eén indicator die we nog op korte termijn naar voor geschoven kan worden, is het personeelsverloop. Het gaat dan om de verhouding tussen de uitstroom van personeel en het totaal aantal personeelsleden. Een kwaliteitsvolle zorg wordt mede bewaakt door een relatief beperkt verloop van personeel. Deze geringe uitstroom zorgt ervoor dat de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener stabiel is. Deze gegevens zijn beschikbaar via de databank personeel van het VAPH en aan te leveren door VAPH. Het is wel onduidelijk binnen welke termijn dit mogelijk is.

3.4 **Besluit**

Op dit moment is er slechts beperkt cijfermateriaal voorhanden om de doelstellingen van beleid ten aanzien van personen met een handicap te monitoren. Op dit moment heeft men weinig of geen zicht op de resultaten van zorg in termen van kwaliteit van leven. Ook zijn er maar beperkte gegevens beschikbaar over de socio-economische kenmerken van de VAPH-gebruikers, terwijl in het verleden onderzoek toch in het zorggebruik matthëuseffecten heeft vastgesteld. De huidige indicator van het Pact 2020, het aantal personen op de centrale registratie met een dringende zorgvraag, zou in de toekomst op een andere manier gemeten worden. De reden hiervoor is dat het proces van indicatiestelling herzien wordt, omdat dit op dit moment te subjectief gekleurd zou zijn.

Twee belangrijke uitdagingen voor het VAPH zijn het uitklaren van de implicaties van het VN-Verdrag voor doelgroep van het VAPH en het monitoren van een inclusieve samenleving. Op dit moment is er geen indicator voorhanden die de vermaatschappelijking van de zorg kan meten. In de geestelijke gezondheidszorg gebeurt dit internationaal door het aantal bedden te berekenen. Hier wordt voorgesteld om de verhouding in het budget tussen ambulante en residentiële hulp te monitoren.

Internationaal gezien scoorde Vlaanderen in 2003 niet goed op het gebied van inclusief onderwijs (als andere indicator van vermaatschappelijking van de zorg). Het is opvallend dat in het Pact 2020 wel een indicator voorhanden is voor de mate van integratie van personen met een handicap op de arbeidsmarkt maar niet in het onderwijs. Er is bij de OECD een indicator voorhanden. Die zou wel nog aangepast moeten worden aan de Vlaamse situatie.

Een andere nieuwe indicator, die de mate van vraagsturing meet in termen van het budget dat vrijgemaakt voor persoonsgebonden financiering in verhouding tot het totale budget, is mogelijks gecontesteerd, gezien het maatschappelijke debat dat de laatste jaren over het persoonlijk assistentiebudget is gevoerd. Toch geeft het een indicatie in welke mate vraagsturing de komende jaren ook in de feiten tot uiting komt.

Het meten van de toegankelijkheid van de reguliere, niet-categoriale dienstverlening voor personen met een handicap is op dit moment niet mogelijk, behalve dan voor de CGG-sector die registreert of cliënten worden geweigerd omwille van een gebrek aan expertise rond de specifieke problematiek.

4 **Jongerenwelzijn**

4.1 **Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties**

Wat de scope van de monitor betreft, stellen we vast dat de verschillende concepten uit de subdoelstellingen niet voor elk agentschap even cruciaal zijn. Betaalbaarheid vanuit het oogpunt van de gebruiker en toegankelijkheid zijn twee concepten die min-

der bruikbaar zijn voor de bijzondere jeugdzorg. Voor het Agentschap Jongerenwelzijn zijn de efficiëntie en effectiviteit van de zorg de belangrijkste prestatiecriteria.

BINC

Jongerenwelzijn heeft recentelijk het nieuwe registratie-instrument BINC (Begeleiding in Cijfers) voor de private voorzieningen in de bijzondere jeugdzorg gelanceerd. BINC heeft ondermeer als expliciete doelstelling om de kwaliteit van de hulpverlening op verschillende manieren in beeld te brengen. Het systeem is geïnspireerd op de Nederlandse prestatie-indicatoren zoals die door Van Yperen ontwikkeld werden (zie hoofdstuk 3). Een pilootfase waarin het instrument door 78 voorzieningen is uitgetest, is achter de rug. De evaluatie van deze testfase is beschikbaar¹⁵. BINC levert gegevens op over de **effectiviteit** van de hulp in termen van doelrealisatie en functioneren van de jongere. De doelrealisatie is wel geparametriseerd (Goal Attainment Scoring), op basis van het model van Van Yperen, maar de doelstellingen zelf zijn niet geparametriseerd.

Uit de evaluatie van de pilootfase bleek dat er te weinig een link tussen de registratie en de dagelijkse praktijk werd ervaren. Hierdoor zagen de hulpverleners de registratie eerder als een administratieve belasting. De registratie van de doelstellingen werd wel positief geëvalueerd en had een invloed op de manier waarop de handelingsplannen werden opgesteld. Het scoren van het functioneren van de jongere werd enerzijds als normerend ervaren maar ondersteunde anderzijds het opstellen van doelstellingen. De inschaling hiervan maakt dat alle aspecten van het functioneren van de jongere meegenomen worden. Daarnaast was er ook een duidelijke behoefte aan werkvormspecifieke modules in het registratiesysteem.

Op basis van een jaar registreren in BINC werden ook een aantal inhoudelijke conclusies getrokken. Qua score op de kansarmoede-indicatoren blijkt dat vooral 'opleiding ouders' (60% lager opgeleid) en 'huisvesting' (30% slechte huisvesting) opmerkelijke scores hebben. Een aanzienlijk aandeel van de jongere (35%) komt uit een eenoudergezin-moeder¹⁶. Bij een vergelijking van het functioneren van de jongere bij instroom met de uitstroom, stellen we vast dat de som van de "negatieve" en de "status-quo" evoluties de meerderheid uitmaken. Dit functioneren wordt gemeten aan de hand van diverse aspecten: sociaal, gezinsband, cognitief, gezondheid, omgevingsband, emotie, gedrag, identiteit en zelfredzaamheid. Afhankelijk van het gescoorde domein is 10% tot 50% positief geëvolueerd. Globaal genomen is er echter toch eerder weinig evolutie. Ook wat doelrealisatie betreft is er een groot aandeel jongeren waarbij de toestand hetzelfde is of verslechterd lijkt te zijn. Op basis van de evaluatie werd ook besloten BergOp te gebruiken. Dit is een softwareprogramma voor de digitale verwerking van instrumenten voor effectonderzoek in jeugdzorg en onderwijs in Nederland. Zo-doende kunnen genormeerde vragenlijsten geïntegreerd worden in BINC.

¹⁵ Het Eindrapport Pilootfase Registratieproject Bijzondere Jeugdzorg is af te laden van de website www.osbj.be.

¹⁶ Gebaseerd op afgesloten dossiers (n=163). Na een jaar pilootfase zijn slechts 163 van de 2121 geregistreerde dossiers afgesloten.

Drop-out wordt in de literatuur beschouwd als een eerste vorm van (een gebrek aan) effectiviteit. Uit de pilootfase blijkt dat meer dan een kwart van de begeleidingen binnen de dagcentra en de thuisbegeleidingsdiensten stoppen omwille van de ongeschiktheid van het aanbod. De interpretatie van deze cijfers is echter niet eenduidig. Betekent dit dat jongeren onterecht in deze werkvormen terechtkomen? Of wordt deze vaststelling pas duidelijk doorheen de begeleiding? Betreft het voornamelijk een nood aan zwaarder/intensiever aanbod? Is het subsidiariteitsbeginsel hier ontoereikend? Alleszins is de reden voor het vroegtijdig uitvallen van cliënten of de reden van afsluiting van een begeleiding een mogelijke indicator voor de effectiviteit van de zorg. Die vroegtijdige uitval wordt geregistreerd aan de hand van de reden.

DOMINO

Qua effectiviteit is het ook belangrijk te weten of jongeren de hulp krijgen die ze nodig hebben (realisatie van indicatiestelling). Er is het onderzoek van het SWVG o.l.v. Grietens over hulpverleningstrajecten op basis van DOMINO. De eerste resultaten die op de studiedag van het SWVG gepresenteerd werden, tonen aan dat een kwart van de jongeren door het comité toegeleid wordt naar hulpverlening buiten de bijzondere jeugdzorg ('Indicatiestelling buiten de bijzondere jeugdzorg'). De vertegenwoordigers van het agentschap wijzen erop dat deze beslissingen niet altijd goed binnen DOMINO worden geregistreerd, omdat er ook geen financiële consequenties aan verbonden zijn. Men benoemt ze nu als 'plaatsingen zonder kosten'. Voor Jongerenwelzijn is dit niet zo interessant, wel in het kader van de intersectorale toegangspoort. Als men intersectoraal gaat toewijzen, dan wil men wel weten qua hulprealisatie in hoeverre dat dit werkt. Er worden echter vraagtekens geplaatst bij de betrouwbaarheid van deze cijfers. Gezien het belang van deze effectiviteitsmaat is een betere registratie hier op opportuun. De gegevens zijn op dit moment en op korte termijn dus onvoldoende voorhanden om dit te monitoren.

Referentiekader Kwaliteit van zorg

Een andere evolutie is het uitvoeringsbesluit met betrekking tot het **kwaliteitsdecreet**. Het nieuw uitvoeringsbesluit zou er eind 2011, begin 2012 moeten zijn. Eind dit jaar zou het theoretisch kader (het zogenaamde 'referentiekader kwaliteit van zorg') ontwikkeld moeten zijn. Dat zal één kader zijn en dus ook van toepassing op de gemeenschapsinstellingen. Het is de bedoeling dat hierin standaarden worden geformuleerd. Hoewel het niet evident is, wil men naar vergelijkbaarheid gaan met de private sector. Dit kader zal geïnspireerd zijn op het EFQM-model. Verschillende kwaliteits-thema's worden opgedeeld in subthema's, waaraan indicatoren worden gekoppeld. Het thema kwaliteitszorg is momenteel uitgewerkt en bekrachtigd door de stuurgroep. Voor de andere thema's (bv. personeelsbeleid, processen, resultaten) is dit nog lopende. Wellicht zullen hier zaken zoals doelrealisatie en reden stopzetting van de hulpverlening ook aan bod komen.

Wat mogelijk opgenomen kan worden is het VTO-beleid. Met betrekking tot **personeelskenmerken** (verhouding fulltime/deeltijds, verloop in voorzieningen, diversiteit,...) zijn cijfers voorhanden voor de gemeenschapsinstellingen. Voor de private voorzieningen is dit niet duidelijk. Sommige voorzieningen hebben zeer gedetailleerde

cijfers tot op het niveau van het individu. Aan de hand van Steekproeven kunnen hierop wel indicatoren gebaseerd worden, maar op korte termijn zal dit niet beschikbaar zijn.

Stijgend beroep op jeugdzorg

Tot slot wordt nog gesproken over de sterke stijging problematische opvoedingssituaties en de als misdrijf omschreven feiten. In dit kader wordt een project toegelicht. Jongerenwelzijn volgt nu kortdurend verblijf op in Antwerpen. In meer dan 50% van de gevallen adviseert men geen verdere opvolging door de consulent en toch blijft men opvolgen zowel door de jeugdrechtbank als de eigen sociale diensten. Dit toont de nood aan van een risicotaxatieinstrument. In West-Vlaanderen is er een experiment positieve heroriëntering in de vrijwillige hulpverlening. Bij aanmelding stroomt 50% door naar caseonderzoek. Wanneer daar systematisch een kort intensief project positieve heroriëntering gebeurt met als doel van die 50% maximaal 20% naar hulpverlening te laten doorstromen. Die cijfers worden effectief gehaald. Dus het onderliggende principe is dat van de hulpvraag te snel overgeschakeld wordt naar hulpverlening. Het aantal POS en MOF wordt nu al gemonitord in het kader van de VRIND-indicatoren, maar het kan niet beschouwd worden als een maat voor effectiviteit of toegankelijkheid.

4.2 Bespreking van de longlist

Tijdens een tweede bijeenkomst werd op basis van de verzamelde informatie een longlist met indicatoren voorgelegd en geëvalueerd.

Kwaliteit

- Gemiddeld aantal hulpverleners betrokken bij het cliëntsysteem

Bij de Nederlandse prestatie-indicatoren voor **efficiëntie** wordt het gemiddeld aantal hulpverleners betrokken bij een cliëntsysteem gemonitord. Als dit te hoog is, zou het niet meer efficiënt zijn, want dan is het risico op afstemmingsproblemen te groot. Men kan in DOMINO wel de betrokken hulpverleningsdiensten registreren maar men moet dit niet opgeven als het niet relevant is. Dit laatste zorgt waarschijnlijk voor interpretatieverschillen tussen hulpverleners en dus voor betrouwbaarheidsproblemen. In BINC wordt dit eveneens geregistreerd, onder het item 'samenwerking met andere instanties'. Dit wordt op dit moment nog niet geëxploreerd. In de praktijk zijn de gegevens voor deze indicator mogelijk te trekken uit de handelingsplannen in het kader van integrale jeugdhulp. Bemerking bij deze piste van het agentschap jongerenwelzijn is of er een voldoende onderbouwde relatie is tussen het aantal hulpverleners en de uitkomst van de hulpverlening. Als er goed samengewerkt wordt in een team is een hoog aantal hulpverleners niet noodzakelijk problematisch. Bespreking van deze indicator geeft aan dat het hele traject in kaart zou moeten gebracht worden. Dit leidt dan weer tot vragen met betrekking tot de koppelingen van systemen, privacyproblemen, weerstanden en inspanningsvereisten in het veld. Er worden dus ernstige vraagtekens

geplaatst bij deze prestatie-indicator, en dat omwille van interpretatie- en normeringsproblemen.

- **Personeelskenmerken**

Met betrekking tot personeelskenmerken (verhouding fulltime/deeltijds, verloop in voorzieningen, diversiteit,...) zijn cijfers voorhanden voor de gemeenschapsinstellingen. Voor de private voorzieningen is dit niet het geval. Het zou een structuurindicator van kwaliteit kunnen zijn. Men ziet nu, dat de uitval (langdurige en korte afwezigheid), hoog is naar overheidsnormen en een beetje hoger dan in de private (voorzieningen)sector. Het zijn vooral de langdurige afwezigheden die deze cijfers stuwen. Gezien we in dit project de voorkeur geven aan proces- en resultaatsindicatoren wordt deze indicator niet weerhouden.

- **Caseload consulenten**

De caseload van consulenten is genormeerd op 60 dossiers per voltijds consulent. Cijfers zijn hierover beschikbaar. Dit kan beschouwd worden als een maat voor kwaliteit. Een andere optie is de bereikbaarheid van de consulent (wachtijd voor een afspraak, maar wordt niet geregistreerd). Men kan wel het verschil tussen aanmelding en beslissing meten maar tussen het eerste telefonisch contact dat de consulent heeft en de opening van een dossier kan weken tussen zitten. Hierover zijn er geen cijfers voorhanden.

Efficiëntie en effectiviteit

- **De mate van realisatie van de geïndiceerde hulp**

Cijfers met betrekking tot instroom/doorstroom/uitstroom zijn beschikbaar maar er stellen mogelijk wel problemen qua betrouwbaarheid van de registraties. In Domino zijn in januari 2011 nog aanpassingen gedaan die de kwaliteit hiervan zouden moeten verhogen¹⁷. Bovendien stelt men bij Jongerenwelzijn ook een leerproces vast wat betreft het werken met indicatoren. De indicator op zich kan in ieder geval op sterke instemming rekenen als indicator van effectiviteit van de jeugdhulpverlening.

- **Heraanmelding van de jongere**

Eveneens voor effectiviteit en efficiëntie wordt heraanmelding bij de Jeugdzorg voorgesteld, naar analogie met de prestatie-indicatoren in de Nederlandse jeugdzorg. Hoe minder heraanmeldingen, hoe effectiever de jeugdzorg zou zijn, is de achterliggende redenering. Bedenkingen hieromtrent zijn dat momenteel enkel de heraanmeldingen

¹⁷ Dossier Minderjarige Opvolgingssysteem is het registratiesysteem dat gebruikt wordt door de consulenten. BINC is hieraan gelinkt om te verzekeren dat elke jongere 'uniek' wordt geregistreerd. Er was niet dadelijk een directe link tussen indicatiestelling en gerealiseerde hulp in Domino. Nu zit dit in een trajectformulier en kan je direct zien, in die fase waarin de cliënt zit, is dat de prioritaire indicatiestelling, en is dat dan de eigenlijke hulpverlening geworden. Nu is het de bedoeling nog om de mensen zover te krijgen dat ze los van het aanbod echt die prioritaire indicatiestelling gaan registreren.

tot 18 jaar beschikbaar zijn. Op termijn wordt wel gedacht aan een tool om die data voor volwassenen te verkrijgen. Dat vereist echter afspraken met Justitie en het gevangeniswezen en daar stellen zich wellicht nog problemen met de matching met hun registratiesysteem. Hierrond lopen er op dit moment geen acties.

Een andere beperking rond deze heraanmeldingen is dat als de Vlaamse overheid de uitstroom wil bevorderen door jongeren voor kortere tijd te begeleiden (bv. via intensieve kortdurende thuisbegeleiding), dan is een mogelijk effect dat jongeren wel eens meer terugkomen. Is dat dan heraanmelding? Hetzelfde geldt voor recidive. Alles staat of valt dus met een valide afbakening van de heraanmelding, maar die is er momenteel onvoldoende. Bovendien is Domino slechts 5 jaar operationeel, dus qua heraanmelding kan men niet verder dan dat terug gaan.

- Doelrealisatie en functioneren van de jongere

De doelrealisatie en het functioneren van de jongere zijn op dit moment opgenomen in BINC en kunnen beschouwd worden als indicatoren van effectiviteit van de hulpverlening. In BINC wordt de doelrealisatie vanuit de 3 perspectieven geregistreerd op het einde van de hulpverlening: hulpverlener, cliënt en cliëntsysteem. Dus BINC rekent op de professionaliteit van de hulpverlener om dat ook aan de cliënt voor te leggen en op een correcte manier te registreren. Dit maakt deze indicator gevoelig voor manipulatie. Op relatief korte termijn moet doelrealisatie bruikbaar worden voor monitoring. Maar gezien het prille karakter van de registratie hiervan is het op dit moment nog te vroeg om voldoende betrouwbare registratie te veronderstellen. Een andere optie is de voor- en nameting functioneren van de jongere in BINC, maar hierrond moeten eerst nog de nodige acties ondernomen worden. Mogelijks wordt dit op middellange termijn beschikbaar.

- Duur van de hulpverlening

De kritieke waarde van de duur van de hulpverlening wordt in het Perspectiefplan op 14 maanden gelegd, naar analogie met de kritieke waarde hiervan in Nederland. Er wordt vanuit gegaan dat hulpverlening die langer duurt, in feite weinig toegevoegde waarde zou bieden. Het agentschap hanteert die norm bewust niet. Jongerenwelzijn streeft wel naar een benchmarking tussen de verschillende voorzieningen om te kijken waarom het daar zolang en daar zolang duurt. Heeft dat te maken met intensiteit, met deskundigheid, daar zijn vele mogelijke verklaringen. Men is overtuigd dat een strikte normering van hulpverleningstrajecten niet aangewezen is in deze sector. In de kortdurende thuisbegeleiding is wel een termijn van 6 maanden gefixeerd. Maar ook daar zal de vraag zijn of er terugval is en of de indicatie juist was. De duur van de hulpverlening wordt dus niet weerhouden.

Toereikendheid

- Bezettingsgraad

Dit betreft het aantal bezette plaatsen/aantal erkende plaatsen. De bezettingsgraad meet het effectief gebruik van het aanbod. Indien er afwijking naar onder of naar boven is, dan geeft dit een indicatie met betrekking tot de toereikendheid. De **bezett-**

tingsgraad voor Jongerenwelzijn is bijna volledig. Er zou kunnen gewerkt worden met de gemiddelde verblijfsduur, maar deze cijfers zijn niet eenduidig te interpreteren. Kernvraag voor Jongerenwelzijn is of men degenen die het nodig hebben bereikt en hebben degenen die men bereikt het nodig.

- Wachlijsten

Wachlijsten worden als eendimensionale indicator niet direct naar voor geschoven door de vertegenwoordigers van het agentschap. Het volume blijft wel belangrijk indien er grote fluctuaties zijn. Het is echter mogelijk dat een stijgend volume gepaard gaat met een dalende wachtduur. Deze indicator op zich geeft dus maar een beperkt beeld. Jongerenwelzijn bevestigt op die manier de kritiek op deze prestatie-indicator zoals die in de CBGS-studie werd geformuleerd.

Toegankelijk en betaalbaarheid

- Socio-economisch profiel van begeleide gezinnen

Zoals al eerder aangegeven is toegankelijkheid en betaalbaarheid voor Jongerenwelzijn minder relevant. De CBGS-studie stelt wel voor dat de beschrijving van doelgroepen één van de indicaties is van de toegankelijkheid.

Recent onderzoek identificeerde een aantal sociaal-economische risicofactoren voor het beroep op jeugdzorg op basis van een koppeling tussen DOMINO en federale gezinsgegevens in de Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming (De Bie e.a., 2009). De positie op de arbeidsmarkt en het type inkomen spelen een belangrijke rol. Kinderen die opgroeien in een gezin waar minstens één gezinslid werkt, lopen beduidend minder gevaar om met een maatregel te worden geconfronteerd. Kinderen die echter opgroeien in een gezin waar minstens één gezinslid een leefloon, sociale bijstand of een invaliditeitsuitkering krijgt, lopen veel meer gevaar. Kinderen en jongeren die opgroeien in een achtergestelde stadsbuurt¹⁸ (lopen ook duidelijk meer gevaar om met een maatregel te worden geconfronteerd dan kinderen en jongeren die niet in achtergestelde buurten wonen).

Het scholingsniveau van de ouders is wel opgenomen in DOMINO maar het wordt niet systematisch geregistreerd (het is niet altijd relevant voor de consulent). In BINC is het wel verplicht. Om deze risicofactoren te interpreteren, stelt zich de vraag met betrekking tot de noemer van deze indicator. Het kan goed zijn dat jongeren uit hoger geschoolde gezinnen ook hulp nodig hebben maar hiervoor een beroep doen op de privé-markt. Deze indicator geeft dus een zicht op welke doelgroepen Jongerenwelzijn bereikt, maar het zegt weinig over de centrale concepten in Pact 2020. Wanneer deze socio-economische kenmerken gelinkt worden aan de hierboven beschreven effectiviteitsmaten, komt men wel tot relevante inzichten.

¹⁸ de voornaamste indicatoren om een buurt als achtergesteld te bestempelen, zijn in deze studie huisvesting, gezondheid, opleidingsniveau en tewerkstellingsgraad

Kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker

Binnen Jongerenwelzijn is er relatief weinig cijfermateriaal voorhanden dat de ervaringen van de gebruikers in kaart brengt. In de toekomst zal binnen BINC op termijn wel de mate van doelrealisatie vanuit het oogpunt van de jongere beschikbaar zijn. Het is wel zo dat de ouders gehoord moeten worden, voor de jongere gebeurt dit niet steeds. Bovendien betreft het hier geen onafhankelijke bevraging van de jongere, maar gebeurt dit door de hulpverlener. Hierdoor is vertekening mogelijk.

Er is daarnaast de recente intersectorale toets van het Decreet Rechtspositie beschikbaar die is uitgevoerd door het Agentschap Zorginspectie. Binnen Jongerenwelzijn werden de Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentra en de Begeleidingstehuizen gevisiteerd. Hierin zitten drie belangrijke metingen vervat die als indicatie van kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker opgevat worden:

1. percentage jongeren dat bij begin van procedure informatie krijgt over DRM /hulpverleningsvorm/reden van hulpverleningsvorm
2. percentage jongeren dat akkoord gaat met hulpverleningsvorm
3. Percentage jongeren dat inspraak heeft bij het opstellen van doelstellingen

Het betreft hier wel een eenmalige inspectie. Het Agentschap Jongerenwelzijn is voorstander van een herhaling om evoluties te kunnen vaststellen.

4.3 Van longlist naar shortlist

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Effectiviteit	De verhouding tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulp in de bijzondere jeugdzorg
2	Effectiviteit	Doelrealisatie op het einde van de hulpverlening (via BINC) vanuit het perspectief van de hulpverlener
3	Effectiviteit	Het vermijden van heraanmelding in de bijzondere jeugdzorg
4	Effectiviteit	De wachtduur per beschikbare werkvorm in de bijzondere jeugdzorg
5	Efficiëntie	De bezettingsgraad van voorzieningen bijzondere jeugdzorg
6	Kwaliteit	De caseload van de consultants bij de Comités Bijzondere Jeugdzorg en de sociale diensten van de Jeugdrechtbank
7	Kwaliteit vanuit gebruiker	% jongeren akkoord met hulpverleningsvorm
8	Kwaliteit vanuit gebruiker	Doelrealisatie op het einde van de hulpverlening (via BINC) vanuit het perspectief van de jongere

Effectiviteit en efficiëntie

- De verhouding tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulp in de bijzondere jeugdzorg

Deze indicator is uit Domino te trekken en aan te leveren door Jongerenwelzijn.

Relevantie: In de literatuur wordt de verhouding geïndiceerde versus gerealiseerde hulp als een indicator van effectiviteit beschouwd. Indicatie gebeurt op werkvorm. Percentages verschillen tussen werkvormen met een gemiddelde van 70 à 80%. Thuisbegeleiding scoort wat lager. Ook indicatiestelling buiten de sector is mogelijk.

Opmerkingen: De overgang naar multifunctionele centra bemoeilijkt het gebruik van deze indicator, omdat een MFC combinaties van modules en werkvormen kan inzetten op maat van de cliënt. Dan moet er als het ware opgevolgd worden wat er achter de deur van het MFC gebeurt. Met betrekking tot de indicatiestelling kan er een verschillende interpretatie zijn tussen de consulent en de rechtbank aangezien het strafdosier nog bijkomende relevante informatie bevat waarover de consulent niet beschikt. Een laatste probleem is het knelpunt van enigszins aanbodgestuurde indicatiestelling (zeker vanuit rechtbank) .

Betrouwbaarheid: In DOMINO zijn in januari nog aanpassingen gedaan die de kwaliteit zouden moeten verhogen. Bovendien stelt men bij Jongerenwelzijn ook een leerproces vast wat betreft het werken met indicatoren. In het verleden bleek wel uit verschillende onderzoeksprojecten (Grietens et al., 2005) dat de kwaliteit van de indicatiestelling in de bijzondere jeugdzorg een pijnpunt is. Dit vertaalt zich waarschijnlijk ook in de mate van betrouwbaarheid hiervan in de registratie.

Validiteit: De literatuur geeft aan dat de realisatie van de indicatiestelling een eerste maat van effectiviteit is.

- Doelrealisatie op het einde van de hulpverlening (via BINC) vanuit het perspectief van de hulpverlener en van de jongere

Relevantie: Van belang in het kader van een effectieve zorg. Gezien de verschillende perspectieven die geregistreerd worden is deze indicator eveneens relevant met betrekking tot de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Een andere optie is de voor- en nameting van het functioneren van de jongere, eveneens in BINC. Betrouwbare registraties worden verwacht ten vroegste vanaf 2012. Vanaf 2012 zijn in ieder geval alle variabelen verplicht te registreren in BINC.

Betrouwbaarheid: In BINC worden de 3 perspectieven geregistreerd: hulpverlener, cliënt en cliëntensysteem. Dus BINC rekent op de professionaliteit van de hulpverlener om dat ook aan de cliënt voor te leggen en op een correcte manier te registreren. Dit maakt deze indicator gevoelig voor manipulatie. Het functioneren van de jongere levert waarschijnlijk in een opstartfase ook betrouwbaarheidsproblemen op.

Opmerkingen: De doelrealisatie is niet enkel afhankelijk van de geboden hulp. Dit impliceert dat deze indicator met de nodige voorzichtigheid moet geïnterpreteerd worden. De evolutie van het cijfer geeft natuurlijk wel een belangrijk signaal. Bij de nameting van het functioneren van de jongere wordt enkel (in samenspraak) het perspectief van de hulpverlener genoteerd.

- Het vermijden van heraanmelding in de bijzondere jeugdzorg

Definitie: In het huidige systeem is er al sprake van een heraanmelding wanneer iemand zeer kort uit het systeem verdwijnt. Een typisch voorbeeld is een jongere die een residentiële voorziening verlaat en vervolgens thuisbegeleiding zal krijgen. Indien die thuisbegeleiding pas na 3 maanden voorhanden is, is er sprake van heraanmelding. De heraanmelding zit vervat in DOMINO en wordt geregistreerd sedert 2008. In de registratie is de nuance voorhanden van verschillende trajecten tussen aanmelding en heraanmelding (vb. was er al dan niet case-onderzoek). Een andere optie is te kijken naar 'reden naadloze aansluiting' in BINC.

Relevantie: Met betrekking tot effectieve zorgverlening is heraanmelding een indicatie van een hulpverlening die minder effectief is.

Opmerkingen: momenteel zijn enkel de heraanmeldingen tot 18 jaar beschikbaar. Op termijn wordt wel gedacht aan een tool om die data voor volwassenen te verkrijgen. Dat vereist echter afspraken met het Justitie en het gevangeniswezen maar daar stellen zich wellicht nog problemen met de matching met hun registratiesysteem. Een andere opmerking is wat te doen met meerdere kinderen in gezin (kind 1 wordt niet heraangemeld, kind 2 wel). Er wordt nu geregistreerd op kindniveau en niet op niveau van het gezin. Hetzelfde probleem stelt zich bij thuisbegeleiding: voor welk kind geldt de begeleiding? Een gelijkaardige opmerking betreft de tijdsduur tussen aanmeldingen. Wat te doen bijvoorbeeld met een jongere die een POS-maatregel krijgt op 6 jaar en een MOF-maatregel op 16 jaar? Is het dan nog relevant om te spreken van een heraanmelding

- De wachtduur per beschikbare werkvorm in de bijzondere jeugdzorg

Relevantie: Relevant in het kader van een efficiënte en toereikende zorg. Hulpverlening die te lang uitblijft wordt tevens inefficiënt.

Opmerkingen: Cijfers zijn beschikbaar. Er kan voor de duur wel pas gemeten worden vanaf het moment dat men van de wachtlijst is (aanmelding/plaats beschikbaar/opname effectief/af de wachtlijst). Best is dus te kijken naar de maandelijkse cijfers van de gemiddelde wachtduur van die personen die van de wachtlijst af zijn, per reden (meerderjarig, geen hulp meer nodig). Het vat niet diegenen die nog steeds wachten. Deze indicator is op dit moment al meegenomen in Pact 2020.

- De bezettingsgraad van voorzieningen bijzondere jeugdzorg

Definitie: aantal bezette plaatsen/aantal erkende plaatsen.

Relevantie: Meet het efficiënt gebruik van het aanbod. Indien er afwijking naar onder of naar boven is, dan geeft dit een indicatie met betrekking tot de toereikendheid.

Opmerkingen: Licht hoog maar vragen bij meten (hoeveel jongeren zijn er effectief?). Maandelijks meten brengt variatie beter in beeld (zomermaanden lager).

- Caseload van de consulenten van de Comités Bijzondere Jeugdzorg en de sociale diensten van de Jeugdrechtbank

Relevantie: Een structuurindicator voor de geboden kwaliteit. Wanneer men kijkt naar het aantal aanmeldingen gemiddeld per consulent, kan dit een maat zijn voor middelenefficiëntie. Het aantal caseonderzoeken per consulent, en vervolgens een vergelijking tussen de regio's, laat toe de inzet van middelen te bepalen.

Opmerkingen: Indicator laat benchmarking tussen voorzieningen toe. Met betrekking tot validiteit kunnen we verwijzen naar het onderzoek van Verlinden en Breda (1999).

- Percentage jongeren akkoord met hulpverleningsvorm

Relevantie: relevant in het kader van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Dit werd reeds opgenomen in de intersectorale toets van het decreet rechtspositie minderjarige door Zorginspectie. Andere elementen uit deze toets zijn het % jongeren dat bij begin van de procedure informatie krijgt mbt de hulpverleningsvorm, % jongeren dat inspraak heeft bij het opstellen van de doelstellingen.

Opmerkingen: Inspraak in doelstellingen zit wel in DOMINO, maar niet in BINC. In DOMINO wordt de instemming van de cliënt bij verschillende stappen van de indicatie en diagnose bevestigd.

4.4 Besluit

Uit dit overzicht blijkt dat dit agentschap uitdrukkelijk gekozen heeft voor de ontwikkeling van resultaatsindicatoren. Er is binnen het agentschap een geëxpliciteerde en een onderbouwde visie op registratie en de rol van monitoring door middel van resultaatsindicatoren. Dit blijkt uit het werken met pilootvoorzieningen, het terugkoppelen van resultaten aan voorzieningen, het opvatten van resultaten als leermoment.

Qua betrouwbaarheid van het registratiesysteem DOMINO loopt er op dit moment een verbetertraject binnen agentschap. Hoe betrouwbaar deze gegevens nu effectief zijn, kan niet op basis van dit onderzoek vastgesteld worden.

BINC leidt tot een nieuw type van registratie. Registratie gebeurt niet enkel op één moment, maar tijdens verschillende fasen van de hulpverlening: zowel bij startpunt, mogelijks tussentijds en in ieder geval bij het einde van de hulpverlening. Dit is een nieuw gegeven waarmee hulpverleners moeten leren werken.

5 Afdeling Welzijn en Samenleving

5.1 Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties

Tijdens de eerste focusgroep met de Afdeling Welzijn en Samenleving werd afgesproken de scope van de monitor minstens te beperken tot de Centra Algemeen Welzijns-

werk (CAW), de Centra voor Integrale Gezinszorg (CIG) en de Erkende Diensten voor Schuldbemiddeling van de OCMW en CAW.

Bij de huidige stand van zaken met betrekking tot beschikbare indicatoren, wordt door de vertegenwoordigers van de afdeling gewezen op de ontwikkeling van de resultaatgerichte indicatoren voor de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen. De beleidsbrief 2010-2011 van de minister geeft aan dat op basis van het woonzorgdecreet een aantal vernieuwende concepten uitgewerkt worden voor de ouderenzorg. Hierbij inbegrepen is er de decretale overheveling van de aansturing van de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen naar het Agentschap Zorg en Gezondheid. Een gemengde werkgroep stelde een indicatorenset op voor de monitoring van de activiteiten van deze diensten. Deze indicatoren hebben betrekking op het aantal cliënten dat ze bereiken, proactieve acties die gerealiseerd worden. In de loop van 2011 zullen de resultaatgerichte indicatoren in een regelgevend kader worden omgezet. Nadien zal in overleg met de sector een uniforme registratietool worden uitgewerkt. Bij de diensten maatschappelijk werk wordt ook gekeken naar het aandeel meest kwetsbare cliënten maar dan op maat van de ziekenfondsen.

De sector Samenlevingsopbouw en de verenigingen waar armen het woord nemen, hebben een belangrijke signaalfunctie met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg/basisvoorzieningen. Maar zij maken geen deel uit van het zorgaanbod. Hierdoor vallen zij volgens de vertegenwoordigers van de Afdeling W&S niet onder doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020.

CAW

Op basis van de focusgroep en de beleidsnota van de minister komen volgende beleidsprioriteiten naar voren.

Ten eerste wil de minister vroegdetectie en preventie versterken. Suïcidepreventie en preventie van schulden zijn hierbij aandachtspunten. Ten tweede vermelden we een versterking van de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Wat dit laatste betreft is er ook een versterking van de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp binnen de CAW's (Jongerenadviescentra, enz.). Andere aandachtspunten voor de minister zijn de aanpak van thuisloosheid, de aanpak van intrafamiliaal geweld en kindermishandeling, een hulpaanbod naar jongvolwassenen toe, schuldhulpverlening, hulpverlening in het kader van relatie- en huwelijksproblemen, opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers en hulpverlening aan gedetineerden en geïnterneerden. Tot slot wenst de minister een meer gestandaardiseerd en geüniformiseerd hulpaanbod van de CAW te realiseren.

Met betrekking tot de specifieke subdoelstellingen uit Pact 2020 kan opgemerkt worden dat wat de versterking van de eerstelijnszorg en thuiszorg betreft de eerstelijnspsychologische functie volgens de vertegenwoordigers van de afdeling in de CAW al aanwezig is maar zowel qua competenties als spreiding niet overal even goed uitgebouwd is. De vraag stelt zich dan ook of subdoelstelling 3 van het Pact 2020 ook niet de versterking van de onthaalfunctie van de CAW impliceert.

Er zijn op dit moment al procesindicatoren met betrekking tot de aard van de problemen waarmee mensen zich aanbieden, die ook in VRIND 2010 opgenomen zijn. Deze cijfers geven een indicatie van de groepen die de CAW bereikt. Door Welzijn en Samenleving wordt als belangrijkste potentiële indicatoren deze rond efficiëntie en effectiviteit van de CAW naar voor geschoven. Dit wordt geoperationaliseerd als de instroom en de doorstroom van onthaal naar begeleiding maar ook de doorstroom naar hulpverlening buiten het CAW. De doorstroom binnen de eigen begeleiding en naar externe begeleiding voor CAW kan gemonitord worden door in Tellus een koppeling te maken tussen de fiches onthaal en begeleiding. Tegelijkertijd blijft het wel moeilijk om de cijfers van deze indicator te interpreteren, omdat het op dit moment nog niet beslist is of cliënten die uitstromen uit het onthaal zonder interne of externe doorstroming, meegenomen moeten worden in de teller of noemer van de indicator. Gezien de onduidelijkheid rond zowel teller als noemer als de aanpassingen die nodig zijn aan het registratiesysteem is dit een waardevolle piste om in de toekomst verder te verkennen, maar kan deze indicator niet meegenomen worden in de eerstvolgende meting voor het Pact 2020.

De reden van afsluiting is eveneens een goede indicator voor de efficiëntie en effectiviteit. Hiervoor moet een beroep gedaan worden op Tellus. Tellus is een systeem dat door de CAW zelf ontwikkeld werd. In het onderzoek van Degroof et al. (2009) wordt gewezen op een aantal betrouwbaarheids- en validiteitsproblemen van dit systeem. Er zijn in de eerste plaats de ontbrekende waarden ('missings'). En daarnaast is het onmogelijk om op basis van dit systeem te bepalen hoeveel mensen op jaarbasis een beroep doen op het CAW. Indien een persoon zich meerdere malen aandient, dan wordt dit telkens als een nieuwe vraag beschouwt. Er is op dit moment geen unieke identificator voorhanden om het effectieve aantal te bepalen.

Wat toereikendheid betreft, wordt de geografische toegankelijkheid en spreiding van het onthaal voor volwassenen en jongeren naar voor geschoven als een relevante indicator. De caseload van hulpverleners ligt moeilijker omdat uit de huidige registratie niet afgeleid kan worden hoe intensief de begeleiding is geweest. Op termijn is dit wel nog een piste. Als de hulp van een CAW meer gestandaardiseerd is, dan is een indicator rond caseload ook meer haalbaar.

De toegankelijkheid van de CAW voor de gehele bevolking en voor de kwetsbare groepen in het bijzonder is een belangrijke doelstelling. Hierover kunnen echter nog geen onderbouwde uitspraken gedaan worden, omdat de kwetsbare groepen nog niet gedefinieerd zijn door de overheid. Ook met de sector moet hierover de discussie aangegaan worden. Hierdoor is het op dit moment niet mogelijk om uitspraken te doen over de toegankelijkheid van de CAW en het bereik van de meest kwetsbare groepen.

Op dit moment worden de typemodules gehanteerd in het Tellus-systeem. Dit biedt een beter zicht op wie welke hulpverlening krijgt. Er zouden zich wel problemen met betrekking tot de interpretatie en de invulling van de modules door de CAW stellen.

Qua effectiviteit is er de registratie van de stopzetting van de begeleiding bij de CAW ('reden stopzetting van de begeleiding'). De Afdeling Welzijn en Samenleving vindt dit een valide indicator, maar het is op dit moment onduidelijk in welke mate deze cijfers in Tellus betrouwbaar zijn. Over deze variabele wordt ook niet gerapporteerd in de jaarlijkse CAW-Monitor. Zo weet men bijvoorbeeld niet naar welk type huisvesting een cliënt doorstroomt vanuit een opvangcentrum of vanuit begeleid wonen. Specifiek voor

de thuislozenzorg worden de registratiemogelijkheden van de vraag- en aanbodzijde onderzocht in het LUCAS-project 'Thuislozenmonitor'. Met betrekking tot het voorkomen van uithuiszetting door preventieve woonbegeleiding van de CAW wordt gesteld dat er geen officiële, betrouwbare cijfers zijn, zowel niet wat betreft het aantal uithuiszettingen als het aantal dat vermeden wordt door middel van preventieve woonbegeleiding.

Een meer algemene opmerking luidt dat zolang er geen elektronisch dossieropvolging is, het meten van effectiviteit en efficiëntie moeilijk blijft volgens de vertegenwoordigers van de Afdeling Welzijn en Samenleving.

Qua kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker zijn er op dit moment onderzoeksgegevens beschikbaar, maar dit gaat slechts over een deel van de hulpverlening. Het KANS-onderzoek (De Smet et.al., 2010) van het SWVG bevroegt een aantal gebruikersgroepen, maar deze gegevens kunnen niet veralgemeend worden naar Vlaanderen. Het gebruikersperspectief werd voor de thuislozenzorg door Van Regenmortel et. al. (2006) met kwalitatieve onderzoeksmethoden in kaart gebracht, maar ook dit onderzoek laat geen veralgemening toe.

De bezettingsgraad wordt in de CBGS-studie bekrachtigd als indicator voor toereikendheid. Wat betreft de vluchthuizen en de residentiële opvang van thuislozen zijn deze cijfers voorhanden. De vraag stelt zich wel of dit een valide indicator is voor de toereikendheid van het aanbod, omdat de duur van beide opvangvormen deels samenhangt met het beleid van de voorziening en met de beschikbaarheid van doorstromingsmogelijkheden.

Tot slot is er nog de ontwikkeling van de programmatie binnen het algemeen welzijnswerk die moet toelaten om het gewenste aanbod te bepalen. Het programmatie-onderzoek van Degroof et al. (2009) wees op de beperkte middelen waarmee de CAW hun basistaken dienen te volbrengen. Programmatie kan vertrekken vanuit 2 principes: herverdelen van huidige middelen op basis van kwetsbaarheidsindicatoren of inschatten van de zorgbehoeften en op basis daarvan de financiële middelen bepalen. Het programmatiemodel dient nog ontwikkeld te worden. Dit moet meer duidelijkheid verschaffen rond de toereikendheid van het aanbod en de geografische spreiding. Qua toereikendheid stelt zich een bijkomend probleem. Aangezien de CAW niet werken met een unieke identifier, is het, zoals eerder al aangegeven, onmogelijk te bepalen op basis van Tellus hoeveel cliënten exact van dit aanbod gebruik maken.

Erkende Diensten voor Schuldbemiddeling

Bij de Erkende Diensten voor Schuldbemiddeling is er op dit moment een basisregistratie. Per organisatie worden het aantal dossiers geregistreerd. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen dossiers budgethulpverlening zonder schulden en dossiers schuldhulpverlening met schulden. Het totale aantal dossiers budgethulpverlening en schuldhulpverlening bedraagt in 2009 77.162, hetgeen wijst op een gestage toename ten opzichte van 2008 (74.157 dossiers) en 2007 (73.231 dossiers). Daarnaast wordt ook het aantal personen op de wachtlijst opgevraagd (als er een wachtlijst wordt opgemaakt) en de gemiddelde wachttijd. Tweejaarlijks wordt in een steekproef van dossiers meer gegevens verzameld. De tot nu toe gehanteerde steekproef roept ernstige vragen op met betrekking tot de representativiteit van de resultaten van de registra-

tie. Het VCS heeft de opdracht om, in samenwerking met het CSB, tegen het najaar van 2011 een wetenschappelijk verantwoorde steekproeftrekking uit te voeren om op basis daarvan de tweejaarlijkse meting 2011 uit te voeren.

Er zijn op dit moment geen gegevens voorhanden over de duur van de begeleiding, de bereikte doelstellingen, de manier van beëindiging van de hulpverlening, de evaluatie van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Gezien de verschillende praktijk met betrekking tot het hanteren van een wachtlijst kan hierop moeilijk verder gebouwd worden om indicatoren rond de toereikendheid van het aanbod te construeren. Wat betreft de gemiddelde wachttijd zijn er wel cijfers voorhanden, maar die zijn afkomstig van slechts 189 van de 331 erkende diensten, waardoor de representativiteit onduidelijk is:

“in 106 erkende diensten schuldbemiddeling is er geen gemiddelde wachttijd is. In 83 van de 331 diensten is er wel een wachttijd en wordt deze ook geregistreerd. Deze gemiddelde wachttijd varieerde van twee weken tot 16 maanden. Bij 21 van deze 83 diensten was de gemiddelde wachttijd in de loop van 2009 3 maanden. De gemiddelde wachttijd bij deze diensten die effectief een wachttijd opgeven, bedraagt, net zoals in kalenderjaar 2008, 4 maanden. Ten slotte kan gesteld worden dat het aantal diensten waar er een wachttijd is in realiteit waarschijnlijk hoger ligt, aangezien 142 diensten schuldbemiddeling geen gemiddelde wachttijd hebben geregistreerd” (Vlaams Centrum Schuldbemiddeling, 2010, p.7).

Er is recent een onderzoek afgerond naar werking en kwaliteit instellingen schuldbemiddeling met het oog op een mogelijke subsidiëring en stimulering van kwaliteit (Storms e.a., 2011). In de studie worden verschillende monitoringspistes aangereikt. Ten eerste kan men volgens de onderzoekers de behoeften in kaart brengen (direct en indirect). Dit kan aan de hand van het aantal dossiers schuldbemiddeling maar ook aan de hand van indirecte parameters (het aantal eenoudergezinnen, alleenstaanden, personen met een leefloon, huurders, rechthebbenden op een voorkeurstarief in de ziekteverzekering, opgezegde contracten door energieleveranciers...). Mogelijke kwaliteitsindicatoren zijn de organisatie van preventieactiviteiten, een groepswerking voor cliënten, methodiekontwikkeling, participatie van cliënten door middel van een tevredenheidsmeting (en aanpassingen van de werking die daaruit volgen), het volgen van relevante vorming en samenwerkingsverbanden.

Centra voor Tele-onthaal en Centra voor Integrale Gezinszorg

Met betrekking tot de CIG is het een open vraag wat de toegangspoort zal brengen (CIG als al dan niet rechtstreeks toegankelijke hulp). Voor de Centra voor Tele-onthaal en de Centra voor Integrale Gezinszorg werden in het onderzoeksrapport van Christiaens et al. (2009) prestatie-indicatoren ontwikkeld. De focus van deze studie ligt volgens de onderzoekers op het meten van de output en op de efficiëntie van beide sectoren. De studie hanteerde een pragmatische benadering van indicatorenontwikkeling. Een aantal van de ontwikkelde indicatoren zijn ook opgenomen in de VRIND-rapportering van 2010: aard van de problemen waarmee de mensen zich aanbieden, aantal contactnames (telefonisch en online), aard van de gespreksonderwerpen Tele-onthaal.

5.2 Van longlist naar shortlist

Er worden drie indicatoren weerhouden in de shortlist (tabel 15).

Tabel 15. Shortlist Afdeling Welzijn en Samenleving

	Pact 2020	Indicator
1	Toereikendheid	Bezettingsgraad vluchthuizen, integrale begeleiding voor thuislozen in opvangcentra en crisisopvangcentra
2	Toegankelijkheid	Aanwezigheid van de onthaalfunctie van het CAW in elke kleinstedelijke regio in Vlaanderen
3	Kwaliteit vanuit gebruiker	Het percentage jongeren dat begeleid wordt door het CAW en inspraak heeft bij het opstellen van de doelstellingen van de hulpverlening

Wanneer we het beschikbare cijfermateriaal afkomstig van de sector van het autonoom algemeen welzijnswerk linken aan de centrale concepten van Pact 2020, dan komen we tot de volgende vaststellingen. Het inschatten van de toereikendheid van het eerstelijns welzijnswerk is in ieder geval geen evidente opgave. Dit is zeker het geval voor de kernfunctie 'onthaal' en het inschatten van het gewenste aantal onthaalmedewerkers. De Vlaamse overheid heeft aangegeven een programmatiemodel te ontwikkelen en hierin ook de meest kwetsbare doelgroepen te omschrijven. Dit zou een beter zicht moeten geven op de toereikendheid. Voordat er dit is, kan de geografische spreiding van het CAW-onthaal als een proxy van de toegankelijkheid beschouwd worden.

Wat betreft de functie begeleiding zou dit kunnen op basis van het aantal interne doorverwijzingen vanuit het onthaal, waarbij het onthaal als een soort van toegangspoort fungeert. Maar dit blijft een zwakke validiteit hebben, omdat er in Tellus tijdens het onthaal geen registratie gebeurt van de hulp die nodig en/of gewenst is (bijvoorbeeld vraag naar een bepaalde CAW-module), enkel van de aard van de problematiek en van de geboden hulp tijdens het onthaal. Hierdoor is het moeilijk te beoordelen of er mogelijk tekorten zijn in de hulpverlening en of de gerealiseerde hulp aansluit bij de geïndiceerde hulp.

Qua effectiviteit is er de registratie van de stopzetting van de begeleiding bij de CAW ('reden stopzetting van de begeleiding'), maar het is op dit moment onduidelijk in welke mate deze cijfers betrouwbaar zijn. Qua efficiëntie stelt de Afdeling Welzijn en Samenleving de verhouding in de doorstroom vanuit het onthaal naar de eigen begeleidingsmodules en naar externe hulpverlening voor. Op korte termijn zijn beide indicatoren niet beschikbaar, maar dit zou wel op middellange termijn zijn, mits de nodige investering in kwaliteitsverbetering van de registratie.

Qua toegankelijkheid kan er verwezen worden naar het nieuwe decreet van 8 mei 2009 dat stipuleert dat het onthaal breed toegankelijk moet zijn voor iedereen met om het even welke welzijnsvraag. Aangezien het hier gaat om een eerstelijnsfunctie, dan impliceert dit dat dit ook geografisch nabij is. De toegankelijkheid van het aanbod

wordt hier gedefinieerd in termen van geografische nabijheid die aansluit bij de laagdrempeligheid van een CAW. Eén van de kerntaken van het onthaal is vraagverheldering. Op die manier kan de gebruiker zijn hulpvraag ontrafelen en op zoek gaan naar een gepast antwoord binnen het zorgaanbod. De aanwezigheid van het onthaal draagt dus bij tot de toegankelijkheid van het zorgaanbod (subdoelstelling 1 van Pact 2020). Op dit moment is het zo dat het CAW-onthaal geografisch gezien ongelijk vertegenwoordigd is in Vlaanderen. Per gemeente of kleinstedelijke regio kan de aanwezigheid van het onthaal gemeten worden, het aantal VTE per 1000 inwoners berekend worden om de geografische spreiding en aanwezigheid te berekenen.

Qua kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker is het cijfermateriaal voorhanden afkomstig van de evaluatie door het Agentschap Zorginspectie van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen.

6 Agentschap Zorg en Gezondheid

Het agentschap Zorg en Gezondheid rapporteert uitvoerig over relevant cijfermateriaal, zowel op het vlak van algemene gezondheidscijfers voor de Vlaamse bevolking als voor het functioneren van het zorgaanbod. Hoofdstuk 2 beschreef al het gebruik van prestatie-indicatoren in de beheersovereenkomst. In het eerste deel van deze paragraaf staan we stil bij de belangrijkste beleidsontwikkelingen die relevant zijn voor de ontwikkeling van prestatie-indicatoren.

6.1 Scope van de monitor en belangrijkste prioriteiten en evoluties

In de eerste bijeenkomst werd de scope van de monitor afgelijnd tot: ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg (met inbegrip van thuiszorg). Deze drie blokken sluiten het best aan bij doelstelling 12 van het Pact 2020. Doelstelling 17 (gezondheidsbevordering) behoort niet tot het onderzoeksobject van dit project. Per blok werden de huidige indicatoren zoals vermeld in de beheersovereenkomst opgelijst ter bespreking. Daarna werd de koppeling gemaakt met de 7 toetsstenen afkomstig uit de doelstellingen in het Pact 2020. Deze drie sectoren (ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnsgezondheidszorg) zijn het middelpunt van grondige veranderingen. Deze paragraaf staat stil bij de belangrijkste beleidsevoluties en toetst ze af op de mate van bruikbaarheid in functie van de ontwikkeling van indicatoren.

Woonzorg

Het Woonzorgdecreet wenst de zelfzorg van de gebruiker te versterken en te komen tot een meer gedifferentieerde en gespecialiseerde woonzorg door middel van de afstemming en samenwerking tussen woonzorgactoren en dit om zorg op maat en continuïteit van zorg te realiseren.

Daarnaast is er het ouderenbeleidsplan 2010-2014 met een hoofdstuk over beleidsplannen met betrekking tot het zorgaanbod voor ouderen (versterking vrijwilligers-

zorg, thuiszorgondersteunende diensten, thuiszorgdiensten, stimuleren van woonzorgcentra om kwaliteit te verbeteren, uittekenen van de programmatie in de ouderenzorg). Er zouden monitoringsindicatoren ontwikkeld worden, maar die waren nog niet voorhanden in juni 2011.

Het stimuleren van woonzorgcentra tot kwaliteitsvolle zorg krijgt vorm door de ontwikkeling van een referentiekader 'Kwaliteit van zorg' voor de woonzorgcentra in samenwerking tussen Zorg en Gezondheid en Zorginspectie. Dit referentiekader zal in de toekomst ook indicatoren bevatten die toelaten om die standaarden te meten en te evalueren. Er is een onderzoeksopdracht lopende om het project wetenschappelijk te onderbouwen en te begeleiden. Deze onderzoeksopdracht is toegekend aan LUCAS, het Centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven. Op middellange moet dit referentiekader dus toelaten om de kwaliteit van de zorgverlening door woonzorgcentra te monitoren aan de hand van prestatie-indicatoren.

Wat betreft de toereikendheid van de ouderenzorg werd er afgelopen jaar een wetenschappelijke studie uitgevoerd naar de programmatie van de ouderenzorg (Hedebouw & Peetermans, 2009). Dit past in het kader van de aanpassing van de programmatie die in de Beleidsnota van de huidige minister werd aangekondigd. De toereikendheid van het aanbod qua woonzorg kan dus geëvalueerd worden op basis van dit nieuwe model. De vraag is echter op basis van welke factoren een programmatiemodel ontwikkeld wordt. Hedebouw & Peetermans. (2009) bevestigen in ieder geval dat leeftijd een belangrijke variabele is. Daarnaast baseren zij zich op gegevens over het huidig zorggebruik. Maar men kan ook veronderstellen dat dit zorggebruik deels beïnvloed wordt door het huidig zorgaanbod. Dit bemoeilijkt het maken van een programmatiemodel. Alleszins wordt het maatschappelijk debat op dit moment gevoerd over de toereikendheid van de ouderenzorg en hoe hierop geanticipeerd kan worden. De validiteit van de huidige indicator binnen het Pact 2020 zal dus bepaald worden door de wijze waarop het programmatiemodel aangepast en onderbouwd zal worden.

Een andere belangrijke ontwikkeling is de invoering van Vesta, het systeem van **elektronische gegevensuitwisseling** tussen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Dit systeem laat toe een beter zicht te krijgen op de gebruikers en op de prestaties van deze diensten. Vesta bevat registratiegegevens over het personeel, het (zorg)profiel van de gebruikers en het zorggebruik. Het is wel pas in 2008 in gebruik genomen. Er is nog geen publieke rapportering gebeurd op basis van deze registratiegegevens. Vesta moet wel toelaten informatie te geven in welke mate de thuiszorg ingezet wordt voor de meest zorgbehoevende groepen.

Een laatste belangrijke ontwikkeling is het federale BELRAI-project. BELRAI is een uniforme en web-based (online) registratiesysteem van cliëntgegevens, eventueel afkomstig uit verschillende zorgsettings, aan de hand van het internationaal gevalideerde interRAI-beoordelingsinstrumentarium. Het Resident Assessment Instrument (RAI) werd oorspronkelijk in de Verenigde Staten ontwikkeld als een beoordelingsinstrument om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen. Het laat bovendien ook het plannen van de zorg toe en de gegevens kunnen ook gehanteerd worden om kwaliteitsindicatoren op het niveau van de voorziening te berekenen. Wat betreft de residentiële voorzieningen wordt de totale gezondheidssituatie geregistreerd, maar ook

zorgperiodes in het ziekenhuis. Veel hangt af van de sectorbrede implementatie van dit systeem. Indien dit gebeurt, zijn er heel wat beloftevolle sporen om kwaliteitsindicatoren te meten (bv. met betrekking tot het optreden van decubitus, zoals internationaal wordt voorgesteld).

In de Beheersovereenkomst 2011-2015 worden drie indicatoren rond de woonzorg naar voren geschoven:

- Indicator: Percentage geholpen gebruikers thuiszorg met een BEL-profiel > 35
- Indicator: Aantal forfaits B en C en dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
- Indicator: Aantal rechthebbenden met forfaits A, B en C in een woonzorgcentrum

Bij deze indicatoren kunnen een aantal opmerkingen rond validiteit geformuleerd worden. De eerste indicator moet de meten in welke mate de thuiszorg ook de meest zorgbehoevenden bereikt. In de noemer wordt gewerkt met het totale aantal dossiers in de thuiszorg. In de noemer zou tevens gewerkt kunnen worden met het aantal zorgbehoevenden in zijn totaliteit die op basis van de gegevens van de zorgverzekering (die met dezelfde definitie van zorgbehoevendheid werkt), afgeleid kunnen worden. Op die manier kan beter ingeschat worden in welke mate de thuiszorg ook effectief is in het bereik van de zorgbehoevenden. Ook de tweede indicator moet met de nodige voorzichtigheid gedefinieerd worden, omdat er geen noemer gedefinieerd is. Het aantal geeft een indicatie van het aantal zwaar zorgbehoevenden die nog thuis verblijven. Tegelijkertijd moet ermee opgepast worden dat de thuiszorgondersteunende diensten niet enkel ingezet worden voor de meest zorgbehoevenden, omdat dit hun preventieve werking ondermijnt. Deze centra kunnen ook gebruikt worden door minder zwaar zorgbehoevenden, zodat ook hun mantelzorgers ontlast worden. Wat betreft de derde indicator wordt ook enkel met het absolute aantal gewerkt, en niet met het aandeel. Het totale aantal bewoners in de woonzorgcentra kan bekomen worden bij het RIZIV. Er is een mogelijkheid van dubbeltellingen omdat mensen van categorie kunnen veranderen tijdens het jaar.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg in december 2010 had een tweeledige doelstelling: kwaliteitsverbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg voor patiënten door meer professionele samenwerking tussen de verschillende zorgverstrekkers, en garanties voor de kwaliteit van leven en werken van de zorgverleners. Ter voorbereiding van de conferentie hebben zes werkgroepen zich over zes thema's gebogen: (1) positionering van de eerstelijnsgezondheidszorg, (2) ICT-ontwikkeling van de eerstelijnspraktijken, (3) samenwerking tussen zorgverstrekkers, (4) de rol van de eerstelijns in de preventieve gezondheidszorg, (5) zorg om talen en aanpak voor een mogelijk tekort aan zorgverstrekkers, (6) de plaats van geestelijke gezondheidszorg binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Op de conferentie formuleerde Minister Vandeuren zijn beleidsintenties die in de komende jaren het beleid voor de eerste lijn moeten schragen. In het Pact 2020 werd al het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg in de verf gezet door in subdoelstelling drie op te roepen tot een versterking ervan. Naast de versterking van de eerste lijn pleit het Pact 2020 ook voor een toename van de groepspraktijken.

In het syntheserapport somt Nuyens (2010) een aantal indicatoren op die de prestatie van de eerstelijnszorg in beeld moeten brengen:

1. In 2008 bedroeg het aantal sterfgevallen in Vlaanderen dat door primaire of secundaire preventie had kunnen vermeden worden 4.772 voor mannen en 3.035 voor vrouwen.
2. De helft van de Vlaamse vrouwen (50-69) namen de voorbije twee jaar niet deel aan een bevolkingsonderzoek naar borstkanker, bijna 10% van dezelfde groep onderging in deze periode geen enkele radiografie van de borst, dus ook geen gewone mammografie.
3. 2 op 5 vrouwen (25-65) namen de voorbije drie jaar geen uitstrijkje om baarmoederhalskanker op te sporen. 3 op 4 vrouwen in diezelfde leeftijdscategorie deden dat evenwel jaarlijks of frequenter, wat duidelijk op overscreening wijst
4. Het risico om geen controle van het cholesterolgehalte in het bloed gehad te hebben over de laatste vijf jaar ligt ongeveer 1,6 maal hoger bij de laagst opgeleiden in vergelijking met de hoogst opgeleiden.
5. Bij 24% van de gebruikers van eerstelijnszorg kan een psychische of psychosociale problematiek worden vastgesteld.
6. 104 gemeenten in Vlaanderen kampen met een huisartsentekort in 2010.
7. Vergeleken met 2000 zou Vlaanderen in 2020 ongeveer 30% meer verpleegkundigen en 58% meer verzorgenden nodig hebben.
8. 1 op 5 Vlamingen had tijdens het afgelopen jaar geen contact met een huisarts maar wel geeft een overgrote meerderheid aan over een reguliere huisarts.
9. 59% van de Vlaamse vrouwen heeft een Globaal Medisch Dossier (2009), tegenover 49% van de Vlaamse mannen.
10. In 49% van de contacten voor een nieuw gezondheidsprobleem neemt de patiënt zelf het initiatief om een specialist te contacteren. Bij kinderarts, dermatoloog, oogarts en gynaecoloog vinden tweederde van de raadplegingen voor een nieuw gezondheidsprobleem plaats op initiatief van de patiënt.
11. Beroep doen op de spoedgevallendienst behoorde tot het medisch consumptiepakket van 1 op 10 Vlamingen maar dit cijfer verdubbelt voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
12. 30% van de cliënten van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg dienden langer dan een maand op een eerste face-to-facegesprek met een hulpverlener te wachten.
13. Waar in 1997 slechts 4% van de Vlamingen hun medische zorg dienden uit te stellen omwille van financiële redenen verdubbelde dit tien jaar later. Voor eenoudergezinnen loopt dit cijfer in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op tot praktisch één op twee.

In het rapport zelf wordt er geen onderbouwing gegeven waarom deze indicatoren worden gehanteerd. Merk op dat de twaalfde en dertiende indicator ook al is opgenomen in de lijst met kernindicatoren van Pact 2020.

Performantie van de ziekenhuizen

Wat betreft de ziekenhuizen is er een heel proces in functie van performantie-indicatoren afgelegd. Er werd in 2004 door het Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingswetenschap een kernset van 69 klinische performantie-indicatoren voor 12 domeinen ontwikkeld. De 12 domeinen van de kernset zijn:

- ziekenhuissterfte (11 indicatoren)
- decubitus (7 indicatoren)
- valincidenten (6 indicatoren)
- ongeplande heropnames (2 indicatoren)
- ongeplande transfers van opgenomen patiënten (2 indicatoren)
- zorg aan verloskundige patiënten (1 indicator)
- zorg aan patiënten op de spoedgevallendienst (2 indicatoren)
- zorg aan patiënten in dagbehandeling (1 indicator)
- trombo-embolische verwickelingen (3 indicatoren)
- infecties (27 indicatoren)
- transfusiereacties (1 indicator)
- gebruik en distributie van geneesmiddelen (4 indicatoren)

Het betrof hier een theoretische benadering van indicatorenontwikkeling. Gezien de ontwikkelde indicatoren niet konden berekend worden op basis van de toenmalige registraties werd deze lijst herwerkt op basis van de beschikbare data afkomstig van de Minimale Klinische Gegevens. Dit resulteerde in een lijst van een 30-tal indicatoren. Ondertussen heeft het Agentschap al driemaal gerapporteerd aan de ziekenhuizen over hun scores op de indicatorenlijst.

Geestelijke gezondheidszorg

In het Beleidsplan Geestelijke gezondheidszorg 2009-2014 schetst de minister de klijtlijnen van het toekomstig beleid: (1) een versterking van de eerstelijnszorg in functie van vroeginterventie en -detectie, (2) de vermaatschappelijking van de zorg onder andere via een versterking van de samenwerking tussen ambulante en residentiële zorg, gezondheid- en welzijnszorg, informele en professionele zorg en (3) een versterking van de toegankelijkheid in de vorm van bijzondere aandacht voor mensen in armoede en cultuursensitieve zorg. Vermaatschappelijking betekent dat zoveel mogelijk mensen in hun vertrouwde omgeving zorg krijgen en dat het sociale netwerk, de buurt en de ruimere lokale samenleving betrokken wordt bij de ondersteuning van de gebruiker. Net zoals in de zorg voor personen met een handicap staat inclusie dus centraal. Met dit plan sluit de Vlaamse overheid aan bij de grootschalige federale hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. Het plan zelf bevat geen beleidsindicatoren die toelaten om de uitvoering te monitoren. Er worden wel geen indicatoren geformuleerd die toelaten de mate van vermaatschappelijking te monitoren.

In 2003 werd door afgevaardigden van de CGG-sector, in samenspraak met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid vijf toetsbare doelstellingen geformuleerd waarvan de realisatie kan opgevolgd worden aan de hand van het registratiesysteem van de CGG. Elke doelstelling is vertaald in één of meerdere indicatoren. Het Agentschap zelf wijst erop dat het formuleren van prestatie-indicatoren moeilijker verloopt in de geestelijke gezondheidszorg dan in de algemene gezondheidszorg (Zorg en Ge-

zondheid, 2010: 119). Tabel 16 bevat de lijst de huidige 10 beleidsindicatoren. Jaarlijks wordt hierover gecommuniceerd naar de voorzieningen. Voorzieningen kunnen hun eigen score situeren ten aanzien van de scores van de andere centra.

Tabel 16. De huidige 10 beleidsindicatoren voor de CGG

<p><i>Doelstelling 1: Behandeling start binnen een redelijke termijn</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indicator 1: Wachtijd in dagen tussen aanmelding en FTF1• Indicator 2: Wachtijd in dagen tussen FTF1 en FTF2• Indicator 3: Wachtijd in dagen tussen aanmelding en FTF2 <p><i>Doelstelling 2: Profileren en positionering van CGG als 2^e lijnvoorziening</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indicator 4: % zorgperiodes met aanmelding op eigen initiatief• Indicator 5: % afgesloten zorgperiodes met ≥ 4 FTF met DSM diagnose• Indicator 6: % afgesloten zorgperiodes met < 4 FTF die werden doorverwezen• Indicator 7: % afgesloten zorgperiodes met > 1 FTF met minstens 1 psychiater <p><i>Doelstelling 3: Uitdrukkelijke aandacht voor kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indicator 8: % doelgroep in CGG t.o.v. % doelgroep in werkgebied <p><i>Doelstelling 4: Psychisch evenwicht herstellen of psychische stoornis draaglijk maken voor cliënt en omgeving.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indicator 9 (=KPI): % tewerkstellingstijd naar cliëntencontacten <p><i>Doelstelling 5: Beperken vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij > 4 sessies</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Indicator 10: % vroegtijdig eenzijdig afgebroken zorgperiodes met ≥ 4 FTF
--

Een vergelijking tussen de doelen van Pact 2020 en deze indicatoren leert dat de toereikendheid van het CGG-aanbod gevat wordt door de eerste drie indicatoren. Deze zijn ook terug te vinden in de indicatorenlijst van Pact 2020. De effectiviteit van de hulpverlening wordt geformuleerd in termen van het herstellen van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van de stoornis. Er wordt verondersteld dat bij een grotere investering van tijd in cliënten en bij meer face-to-face contacten cliënten ook beter geholpen zijn. Deze hypothese is niet wetenschappelijk gevalideerd. Deze indicator lijkt eerder aan te sluiten bij het efficiënt gebruik van de beschikbare tijd. De laatste indicator verwijst naar de drop-out, die ook in buitenlandse voorbeelden als indicatie van effectiviteit wordt beschouwd (zie hoofdstuk 3). Er zijn op dit moment geen andere effectiviteitsindicatoren voorhanden voor de CGG-sector.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen werd ook een uitgebreide lijst van performantie-indicatoren opgesteld. In de publieke rapportering door Zorg en Gezondheid worden enkel scores gegeven voor het aantal behandelde patiënten per stoornis.

6.2 Van longlist naar shortlist

Tijdens de tweede bijeenkomst werd een longlist met indicatoren die werd samengesteld op basis van de literatuur, de bestaande VRIND-indicatoren en een studie van de huidige registratiesystemen voorgelegd en besproken. Deze paragraaf bespreekt de resultaten hiervan.

Toegankelijk en betaalbaar

- Aantal geholpen gezinnen door gezins- en thuiszorg (naar dienst: Gezinszorg, Aanvullende thuiszorg, Dienst logistieke hulp, Dienst oppashulp, Vereniging van gebruikers en mantelzorgers): deze procesindicator verwijst naar de gerealiseerde output en is al beschikbaar in de VRIND-rapportering, maar geeft weinig zicht op (zie VRIND)
- Bijdrage per persoon of per gezin, opgesplitst per dienst: opgenomen in VRIND 2010.
- Aantal stopzettingen van thuiszorg omwille van financiële redenen: in Vesta wordt geregistreerd wat de reden van beëindiging is. Er zijn op dit moment geen publiek gemaakte analyses voorhanden die kunnen wijzen op de betrouwbaarheid van deze indicator.
- Dagprijs woonzorgcentrum: deze gegevens zijn beschikbaar bij Economische zaken van de federale overheid (dagprijs per instelling en per type kamer). Het probleem is echter de vergelijkbaarheid van het cijfermateriaal, gezien de diversiteit aan kamertypes.
- Eigen cliëntbijdrage in een CGG: er is op dit moment een protocol in ontwikkeling dat de prijs voor de hele sector zou bepalen. Hierdoor verliest deze indicator zijn waarde.
- De take-up van het OMNIO-statuut: er is weliswaar een schatting van het aantal gerechtigden op het OMNIO-statuut maar hieromtrent is er de laatste jaren geen bijkomende duidelijkheid verschaft. In 2011 zijn er in België bijna 330.000 gerechtigden. In 2008 schatte de toenmalige federale minister van volksgezondheid het aantal gerechtigden op 800.000. In het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding wordt gepleit voor de automatische toekenning van het statuut.

Kwaliteitsvol

Referentiekader 'kwaliteit van zorg in woonzorgcentra' in ontwikkeling: er is een kader in ontwikkeling waarin ook prestatie-indicatoren geformuleerd worden in samenwerking tussen Zorginspectie, Zorg en Gezondheid en vertegenwoordigers van het werkveld. Dit proces wordt ondersteund door LUCAS KU Leuven.

Toereikend

- Realisatie van de programmatie van de thuiszorg en woonzorgcentra: Er is in opdracht van het agentschap een 'conceptmodel regionale zorgstrategische planning ontwikkeld'. Dit model laat toe de invulling van de programmatie voor de verschil-

lende typen van voorziening op basis van de regionale indelingen volgens het zorgregiodecreet op te volgen. De implementatie van het model vereist aanpassing van de bestaande reglementering inzake programmering. Dit impliceert dat de huidige indicator in het Pact 2020 mogelijks in de toekomst geen vergelijkingen met 2010 zal toelaten.

- Knelpuntberoepen : op de lijst met knelpuntberoepen van de VDAB van 2010 waren er 5458 ontvangen jobs voor verpleegkundigen en 3036 jobs voor zorgkundigen als indicatie van een tekort aan zorgpersoneel.
- Wachtijd in dagen tussen aanmelding en 2^{de} zorgsessie CGG: al opgenomen in de indicatorenset van de CGG-sector.

Efficiëntie en effectiviteit

- Aantal psychiatrische bedden in de geestelijke gezondheidszorg: zowel op federaal als op Vlaams niveau wenst het beleid in te zetten op de vermaatschappelijking van de zorg en dus ook op de afname van het aantal bedden. Internationaal is deze indicator beschikbaar en vergelijkbaar.
- Aantal zorgperiodes van cliënten die zich niet op eigen initiatief aanmeldden / aantal zorgperiodes waarbij cliënt zich wel op eigen initiatief aanmeldde in GGZ: als indicator van de realisatie van de tweedelijnsfunctie van de CGG.
- KPI van de CGG: Percentage van de tewerkstellingstijd in de CGG dat naar patiëntencontacten gaat. De vraag stelt zich of de link tussen deze meting en de effectiviteit van de hulpverlening voldoende sterk is. Het betreft hier een structuurindicator die geen info geeft over de resultaten van de hulpverlening. In het EPD is er ook de mogelijkheid om de GAF-score op het einde van de hulpverlening te meten, maar er is geen duidelijkheid over de betrouwbaarheid van de registratie hiervan¹⁹.
- Aantal vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies in de CGG: wetenschappelijk gevalideerde indicator om de drop-out te meten.
- De mate van zorgafhankelijkheid determineert het type thuiszorg of residentiële zorg
 - Indicator: Percentage geholpen dossiers thuiszorg met een BEL-profiel > 35
 - Indicator: Aantal forfaits B en C en dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
 - Indicator: Aantal rechthebbenden met forfaits A, B en C in een woonzorgcentrum
- Percentage volwassenen met een globaal medisch dossier (zie ook KCE-rapport over de Belgische gezondheidszorg, hoofdstuk 3).

¹⁹ Gaf-score is een maat waarmee het [psychisch](#), [sociaal](#) en [beroepsmatig](#) functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De term is een afkorting van Global Assessment of Functioning. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV.

- Penetratie van elektronisch dossier in de eerstelijnsgezondheidszorg: zoals bleek uit hoofdstuk 3 is deze indicator internationaal beschikbaar en vergelijkbaar via de Eurohealth Consumer Index. Het betreft hier dus de mate van gebruik van het elektronisch dossier door de huisarts.
- Wijze van contactname van een medisch specialist als indicator voor de echelonnering van de gezondheidszorg: de Gezondheidsenquête van 2008 geeft aan dat in 49% van de contacten voor een nieuw gezondheidsprobleem neemt de patiënt zelf het initiatief neemt om een specialist te contacteren, in 35 % van de gevallen gaat het om een verwijzing door de huisarts (Vanderheyden, 2010). Het betreft hier wel gerapporteerd zorggebruik. Dit kan mogelijks tot een vertekening leiden. Via de IMA-databank kunnen deze gegevens mogelijks geobjectiveerd worden. Dit spoor werd niet verkend in dit project.

Kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker

- Tevredenheid met de huisarts: de Gezondheidsenquête 2008 leert dat 70% van de bevolking is zeer tevreden over de dienstverlening van huisartsen in België, 25% is tamelijk tevreden, 3% niet tevreden maar ook niet ontevreden, 1% tamelijk ontevreden en minder dan 1% zeer ontevreden. De tevredenheid over de dienstverlening van huisartsen is nog iets hoger hoger in het Vlaams Gewest (96%)
- Tevredenheid met de diensten van de thuiszorg: 61% van de bevolking is zeer tevreden over de diensten voor thuiszorg in België, 31% is tamelijk tevreden, 6% niet tevreden maar ook niet ontevreden, 1% tamelijk ontevreden en 1% zeer ontevreden. Deze percentages betreffen de personen die hieromtrent een mening geven. Maar liefst 73% van de bevolking geeft op deze vraag geen antwoord of geeft aan dat men het niet weet. Gezien de hoge non-respons is het erg moeilijk om de representativiteit van dit cijfer te beoordelen.

Besluit

Op basis van de bespreking van de longlist komen we tot de volgende shortlist voor het Agentschap Zorg en Gezondheid. Bij het overlopen van deze lijst blijkt dat er rond de ouderenzorg op dit moment het minste materiaal aanwezig is. Ondertussen is er wel een referentiekader 'Kwaliteit van zorg' in ontwikkeling dat ook een aantal indicatoren zou hanteren. Met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg zijn er een tweetal internationaal gevalideerde indicatoren toegevoegd. De derde indicator is gebaseerd op de Gezondheidsenquête en sluit aan bij de beleidsvisie die tijdens de eerstelijnsgezondheidsconferentie werd bekrachtigd. Voor de thuiszorg is een indicator toegevoegd die betrekking heeft op het vraagstuk over de doelgroep van deze sector. Deze indicator is tevens opgenomen in de laatste beheersovereenkomst. Voor het toetscriterium 'kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker.

Tabel 17. Shortlist Zorg en Gezondheid

	PACT 2020	INDICATOR
1	Effectiviteit	Vroegtijdige uitval in de CGG: aantal vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies in de CGG
2	Effectiviteit	Aantal psychiatrische bedden in de GGZ per 100.000 inwoners
3	Effectiviteit en efficiëntie	Het percentage dossiers in de gezinszorg met een BEL-profiel hoger dan 35 Aantal forfaits B en C in dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf Aandeel rechthebbenden met forfaits A, B en C in WZC
4	Effectiviteit	Wijze van contactname van medisch specialist
5	Effectiviteit	Aandeel volwassenen met een globaal medisch dossier
6	Efficiëntie	Gebruik van het elektronisch dossier door de huisarts
7	Kwaliteit vanuit gebruiker	Tevredenheid van patiënten met de huisarts

7 Zorginspectie

Met Zorginspectie werd conform het algemeen opzet een eerste samenkomst georganiseerd in ruim verband. Ook hier was de bedoeling een zicht te krijgen op de belangrijkste evoluties en prioriteiten voor Zorginspectie enerzijds en een aanzet te geven voor mogelijke indicatoren. Belangrijkste overkoepelende evolutie is de overgang van kwaliteitszorg naar kwaliteit van zorg (Zie hoofdstuk 5, punt 2).

Punten die door de onderzoekers naar voor werden geschoven, zijn onder meer de intersectorale toets van het decreet rechtspositie minderjarige (intersectoraal met betrekking tot kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker). Eventuele hernemingen van dergelijke inspectierondes op dezelfde items zouden toelaten hieraan indicatoren te onttrekken. Een herhaling van een dergelijke inspectieronde ligt evenwel niet in het verschieft maar items uit de intersectorale toets DRM zouden wel geïncorporeerd worden in de reguliere inspecties. De inspectieopdrachten zijn er vooral in functie van erkenningen, verlengingen van erkenningen en opvolgingen van voorzieningen. Het verloop van de opdrachten is dan ook asynchroon, waardoor het niet evident is om te monitoren (probleem van vergelijkbaarheid). Bovendien verandert het kader in een tempo dat vaak hoger ligt dan de cycli voor inspectie. Zeker wanneer voluit gekozen wordt voor risicogestuurd inspecteren (met inachtneming van de beschikbare middelen), kan moeilijk een cyclus gedefinieerd worden per sector.

Met betrekking tot het referentiekaders kwaliteit van zorg in de ouderenzorg wordt opgemerkt dat zowel de finaliteit als de vorm van de indicatoren nog onduidelijk is. Zullen die aangewend worden in het kader van een zelfevaluatie door voorzieningen of worden die aangewend door inspectie? Zullen er verplichtingen komen met betrekking

tot registratie, bijvoorbeeld rond performantie, of is dat vrijblijvend en kiest elke voorziening wat gemonitord wordt rond kwaliteit van zorg. De vraag is welke opties (richting omkaderende uitvoeringsbesluiten) hier genomen zullen worden. Bij Zorginspectie wordt beklemtoond dat een vrijwillige constellatie geen optie is indien men op lange termijn wil monitoren. Indien de doelstellingen met betrekking tot het referentiekader gerealiseerd worden, dan liggen hier op termijn mogelijkheden (eind 2012 helemaal gefinaliseerd; 8 thema's die naar indicatoren vertaald zouden worden). De evolutie naar uitkomstindicatoren neemt evenwel niet weg dat indicatoren die volgen uit het eerste generatie kwaliteitsdecreet hun nut blijven hebben. Uit de referentiekaders worden die zaken geselecteerd die de grootste impact hebben op kwaliteit van zorg (e.g. oppervlakte kamers voor bejaarden).

Een ander punt dat opgenomen werd met Zorginspectie is de aandachtsvoorzieningen en of dit een piste was om tot een indicator te komen. De mate dat klachten tot bij Zorginspectie komen en er aanleiding kunnen geven tot een inspectie (en eventueel de classificatie tot aandachtsvoorziening), verschilt erg tussen de functionele agentschappen. Bij de erkende kinderopvang gaan de klachten eerst via K&G, bij VAPH worden klachten onontvankelijk verklaard indien ze niet eerst de klachtenprocedure binnen de instelling hebben doorlopen. Resultaat is in de kinderopvang meer dan 300 bezoeken per jaar op basis van een klacht. Dat is allemaal in de zelfstandige sector maar dat is omwille van het feit dat alle klachten in de zelfstandige sector rechtstreeks bij K&G worden ingediend. Dat zijn er 600 op jaarbasis, 300 zijn rechtstreekse opdrachten, 300 komen in het systeem. Voor personen met een handicap gaat het dan om 20 klachten. Dit wijst duidelijk op het gebrek aan vergelijkbaarheid tussen sectoren, net omdat de procedures sterk verschillen. Hier zou eventueel gemonitord kunnen worden hoe het aantal klachten evolueert indien het verhaal rond de gehanteerde screening van het functioneel agentschap opgenomen wordt in de metafiche. Dit kan ook procentueel uitgewerkt worden (n klachten die leiden tot aandachtsvoorziening op totaal n klachten en vergelijken over sectoren). Hier wordt wel de vraag gesteld of er een goede onderbouwing is tussen de indicator en de doelstelling²⁰ (betrouwbaarheid).

Wat de ondersteuning van personen met een handicap betreft, is er weinig regelgeving die rechtstreekse voorschriften formuleert over kwaliteit van zorg. Zorginspectie legde in het verleden vooral de focus op het kwaliteitssysteem van de voorziening. Nu gebeurt aan de hand van de 'Sectorale Minimale Kwaliteitseisen wel wat rond kwaliteit van leven en kwaliteit van wonen. Het is nog onduidelijk hoe de 'SMK's geconcretiseerd worden op dit terrein. Wat het functioneren van gebruikersraden betreft, werd alles tot voor kort in Word documenten gerapporteerd, met als gevolg dat men daar qua beleidsrapportering weinig mee kon. Rond jongerenwelzijn is Zorginspectie bezig met een (publieke) rapportering (in Modular).

²⁰ Bij kinderopvang wordt 1 duidelijke parameter gehanteerd (kwapoi score) die wetenschappelijk onderbouwd is. Er worden wel bemerkingen gemaakt met betrekking tot de registratie van die score. Een ander punt is ernstige tekortkomingen aangaande 1 van de breekpunten die door Zorginspectie geformuleerd worden. Dit dient echter nog nauwkeuriger gedefinieerd te worden.

Zorginspectie is zelf vragende partij om – voor zover er nog erkenningen van bepaalde duur zijn²¹ – de inspecties los te koppelen van die erkenningen, zodat men kan evolueren naar echt risicogestuurd inspecteren. Om de x aantal jaar zou dan een basisinspectie gedaan worden voor de sector. Nu is dat nog teveel op basis van die erkenningen. Nog met betrekking tot het risicogestuurd inspecteren werkt Zorginspectie aan een instrument om te zien waar men risicogestuurd best naartoe gaat.

Een laatste punt is de optie om Zorginspectie zelf te monitoren, aan de hand van de capaciteit aan inspecteurs. Er is inderdaad de vaststelling dat een korps van inspecteurs steeds meer inspectiepunten heeft zonder dat er een verband is met het personeelsbestand. Risicogestuurd inspecteren moet daar wat soelaas bieden maar daar zit ook geen oneindige rek op.

8 VIPA

Het VIPA verleent zowel investeringssubsidies als -waarborgen voor de realisatie van infrastructuur van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen en dit zowel voor nieuwbouw, uitbreiding, verbouwing als aankoop al dan niet in combinatie met verbouwing. Op die manier tracht het VIPA ervoor te zorgen dat gebruikers van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen kunnen werken, wonen, zorgen en verzorgd worden in gebouwen die dit maximaal ondersteunen en stimulerend werken. Om de minimale kwaliteit te garanderen dienen al deze gebouwen te voldoen aan de minimale kwaliteitsnormen (m², minimaal te voorziene ruimtes, ...) zoals opgenomen in de sectorale erkenningsnormen. Om een meerwaarde voor de gebruiker (zowel de klant als het personeel) op lange termijn te creëren voorziet het VIPA enkele extra kwaliteitsgaranties met betrekking tot toegankelijkheid (inspiratiebundel toegankelijkheid woonzorgcentra, uit te breiden naar andere sectoren), duurzaamheid (E 80-norm, gezond binnenklimaat, ...) en woon- en werkcomfort (groottes van kamers, vergaderruimtes, ... (in m²)).

Om de toenemende nood aan extra voorzieningen en plaatsen te realiseren zoekt het VIPA instrumenten om hetzij meer middelen te verwerven (verhogen van de budgetten), hetzij meer initiatieven te kunnen ondersteunen (alternatieve financiering, PPS, prefinanciering, waarborgverlening), hetzij korter op de bal te spelen (VIPA-buffer met koppeling van erkenning aan VIPA-subsidies). Minister Vandeurzen wil expliciet uitbreiding realiseren in de sectoren van de kinderdagopvang, de bijzondere jeugdbijstand en de voorzieningen voor de opvang van personen met een handicap. Dit gebeurt onder andere door in de betrokken sectoren de VIPA-buffer toe te passen. De VIPA-buffer is een techniek die erin bestaat aan een voorziening die wenst te (ver)bouwen, maar nog niet over de nodige erkende capaciteit beschikt, een principiële erkenningsinstemming te verstrekken om de infrastructuur te kunnen realiseren. Wanneer de infrastructuur klaar is, wordt deze instemming in een effectieve erkenning omgezet. Op die manier wil de minister vermijden dat er, omwille van infrastructurele redenen, vertraging optreedt bij het effectief operationaliseren van nieuwe erkennin-

²¹ De woonzorgcentra en kortverblijf zijn aan het overschakelen naar onbepaalde duur.

gen. Het VIPA subsidieert voor een bedrag dat in principe overeenkomt met ongeveer 60% van de geraamde bouwkost. Het betreft de kosten voor de bouw en de uitrusting van gebouwen.

Elke sector die onder het toepassingsgebied van het VIPA valt, heeft eigen accenten en doelstellingen. Toch zijn er drie intersectorale vormen van infrastructuurwerken te onderscheiden:

1. Kwaliteitsvolle gebouwen (toegankelijk, duurzaam, brandveilig, betaalbaar, ...);
2. Comfortverbetering van het bestaande aanbod voor gebruikers (personeel en klanten).
3. Uitbreiding van het bestaande aanbod

Gelinkt aan de doelen van Perspectief 2020 is een eerste indicator die weerhouden wordt, de uitbreiding van de erkende capaciteit als gevolg van de infrastructuurwerken. Deze cijfers zijn voorhanden voor alle sectoren en agentschappen. Op die manier kunnen uitspraken gedaan worden over de verhouding tussen de drie vormen van infrastructuurwerken. De mate van capaciteitsuitbreiding kan beschouwd worden als een structuurindicator voor de toereikendheid van het aanbod.

Een tweede relevante indicator betreft de mate waarin het uitgangspunt van de 60% VIPA-subsidiëring zoals geformuleerd in 1994 vandaag nog steeds geldt. Het jaarverslag van 2010 stelt dat op basis van alle geregistreerde bedragen van zo'n 300 VIPA-dossiers de VIPA-subsidies 54% van de geraamde bouwkost dekken. Ook wanneer we kijken naar het gewogen gemiddelde dat rekening houdt met het aantal dossiers per sector zien we dit cijfer terugkomen. Deze verhouding schommelt enigszins naargelang de sector, maar situeert zich tussen 50 en 55%, behalve voor de psychiatrische ziekenhuizen en de PVT's, waar dit telkens 61% bedraagt. Beide structuurindicatoren geven dus een indicatie van het functioneren van het overheidsbeleid.

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Toereikendheid	Relatieve toename van de capaciteit als gevolg van VIPA-subsidies per sector
2	Toereikendheid	Realisatie van de 60%-norm van VIPA

Daarnaast stelt het VIPA nog drie andere indicatoren voor die een indicatie geven van zijn prestaties en van zijn effecten op het beleid binnen WVG, maar waarvoor het cijfermateriaal op dit moment nog niet voorhanden is. Een eerste betreft de gesubsidieerde m². VIPA subsidieert in de ouderenzorg en in de toekomst ook voor het VAPH 65 m² per bewoner. In de praktijk betekent dit een vergroting van de woonkwaliteit van de individuele kamers, waarbij kamers ongeveer 25 tot 30 m² groot zijn. Een tweede indicator betreft het aantal voorzieningen die voldoen aan de E80 norm. Infrastructuurwerken die door VIPA-middelen worden gesubsidieerd voldoen normaal gezien aan deze norm. Een laatste kan een indicatie geven over aantal toegankelijke voorzieningen. Zo heeft het VIPA sinds begin 2011 een inspiratiebundel woonzorgcentra ter beschikking gesteld die initiatiefnemers op weg helpt hij het verhogen van de toegankelijkheid van de gebouwen.

9 Besluit

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het ontwikkelingsproces van nieuwe indicatoren dat met de zes agentschappen en met de Afdeling Welzijn en Samenleving werd afgelegd. Er wordt vertrokken vanuit de operationalisering van de subdoelstellingen van het Pact 2020 en het in kaart brengen van nieuwe of geplande meetprocedures. Op basis van internationale voorbeelden en bestaande studies wordt een longlist met indicatoren voorgelegd. Deze longlist wordt aan de hand van de kwaliteitscriteria van indicatoren overlopen. Indien een indicator niet voldoet aan één of meerdere criteria, wordt deze niet weerhouden in de shortlist. Hierbij wordt tevens bijzondere aandacht besteed aan de haalbaarheid van het meten van de indicator op korte termijn. Bijlage 2 bevat de metafiches van de weerhouden indicatoren. In de metafiche in de bijlage worden de volgende kenmerken beschreven: benaming, definitie, relevantie, berekeningswijze, bron en leverancier, tijds kader, streefwaarde, validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Dit onderzoek heeft geen pilootfase doorlopen. Dit betekent dat de indicatoren niet berekend werden. Het is evident dat deze metafiches nog herzien en aangepast kunnen worden op basis van deze pilootfase. Deze pilootfase kan meer duidelijkheid brengen over de kenmerken die nu nog niet zijn opgenomen in de metafiche: format en tijds kader (zie hoofdstuk 1).

Hoofdstuk 6

Conclusies en aanbevelingen

Vlaanderen in Actie (ViA) is het toekomstproject voor Vlaanderen. De uitvoering van dit plan moet er toe leiden dat Vlaanderen tegen 2020 in Europa uitmunt als een economisch innovatieve, duurzame en sociaal warme samenleving. ViA formuleerde zeven doorbraken: de open ondernemer, de lerende Vlaming, innovatiecentrum Vlaanderen, groen en dynamisch stedengewest, slimme draaischijf van Europa, warme samenleving en slagkrachtige overheid. De doorbraken zijn omgezet in 20 concrete doelstellingen in het Pact 2020. De Vlaamse Regering en de sociale partners ondertekenden het Pact en engageren zich om het uit te voeren.

De Vlaamse overheid heeft in het Pact 2020 ook indicatoren geformuleerd die moeten toelaten de uitvoering van het plan en dus de realisatie van de doelstellingen te monitoren. Over deze indicatoren wordt jaarlijks gerapporteerd. Deze studie focust op doelstelling 12 'Zorg' en heeft twee onderzoeksdoelen: het evalueren van de huidige kernindicatoren en het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. De centrale vraag hierbij is of de beschikbare indicatoren toelaten om de realisatie van de doelstellingen te meten en of er andere indicatoren kunnen ontwikkeld worden die hiertoe een essentiële bijdrage kunnen leveren?

1 Situering van doelstelling 12 'Zorg' van Pact 2020

Met betrekking tot doelstelling 12 'zorg' schuift het Pact 2020 zes subdoelstellingen naar voren:

1. In 2020 voorziet Vlaanderen in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.
2. Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan in 2020 efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.
3. Eerstelijnszorg en thuiszorg zijn in 2020 versterkt.
4. Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.
5. In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er in 2020 voldoende aanbod gecreëerd.
6. Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden in 2020 formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.

Op het eerste gezicht zijn de eerste twee subdoelstellingen van een andere orde dan de vier daaropvolgende. Immers, de eerste twee subdoelstellingen zijn bijzonder ambitieus en schuiven zeven toetscriteria naar voren om de performantie van de zorg te

beoordelen: toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Hiermee sluit Vlaanderen aan bij de criteria die ook op internationale fora (Institute of Medicine, OECD, EU) worden geformuleerd als toetsstenen voor de zorg. De recente visienota 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin hanteert een andere indeling en schuift vijf uitgangspunten naar voren : kwaliteit, performantie, relevantie, rechtvaardigheid en toegankelijkheid.

De SAR WGG geeft bovendien een uitgesproken invulling van performantie: "performante zorg is zorg die leidt tot stijgende zorg- en levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn" (SAR WGG, 2011). Ook al lijkt de invulling van performantie door de SAR WGG evident en verdedigbaar, toch is het vaststellen van de bijdrage van de zorg aan de levenskwaliteit geen eenvoudige opdracht. De verdienste van deze invulling is wel dat ze de discussie op de voorgrond plaatst waartoe zorg moet bijdragen. De andere toetsstenen (efficiëntie, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker, toereikendheid) van het Pact 2020 zijn ook opgenomen in de visietekst van de SAR WGG, maar als onderdeel van de vijf centrale uitgangspunten. De SAR WGG spreekt niet zozeer van toereikendheid, maar wel van relevantie. In de ogen van de SAR WGG is de zorg immers uitputbaar terwijl behoeften van mensen oneindig kunnen zijn.

De overige vier subdoelstellingen zijn sectoraal gekleurd. Subdoelstelling twee en drie hebben betrekking op een versterking en een verandering van de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg (in de vorm van de uitbouw van groepspraktijken). De vijfde en zesde doelstelling pleiten voor een toereikend aanbod in vier door de Vlaamse overheid erkende en gesubsidieerde sectoren. Ook al wordt gepleit voor een voldoende groot aanbod, toch is dit een minder ambitieuze doelstelling, omdat er geen bepalingen zijn over de kwaliteit (de hoe-vraag) en over de performantie (de waartoevraag).

2 Het ontwikkelen van indicatoren

In het eerste hoofdstuk van dit rapport wordt stilgestaan bij de definitie en het ontwikkelingsproces van indicatoren. De literatuur onderscheidt drie types van beleids- of performantie-indicatoren:

- *Structuurindicatoren* geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen de zorg wordt geleverd (bv. het aantal fulltime medewerkers, de competenties van het personeel, de beschikbaarheid van financiële middelen)
- *Procesindicatoren* geven informatie over de handelingen en processen die binnen het zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Ze meten op welke manier en hoe (vaak) iets is gedaan (bv. het aantal geholpen personen, de ondernomen acties)
- *Uitkomst- of resultaatsindicatoren* geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen voor alle stakeholders. In de eerste plaats wordt hiermee verwezen naar de gebruikers en de ruimere samenleving.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een theoretische en pragmatische benadering van indicatorontwikkeling. Het onderstaande schema legt het verschil uit tussen

beide benaderingen. Bij de theoretische benadering worden eerst de meest valide en betrouwbare indicatoren geformuleerd om vervolgens procedures te ontwikkelen om het benodigde cijfermateriaal te bekomen. De pragmatische benadering start van het beschikbaar cijfermateriaal en tracht op basis hiervan indicatoren te ontwikkelen die voldoende valide en betrouwbaar zijn om de doelstellingen of de concepten te meten.

Theoretische benadering: doelen → indicator → beschikbaarheid cijfermateriaal

Pragmatische benadering: beschikbaar cijfermateriaal → indicator → doelstelling

Het eerste hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen bij het ontwikkelingsproces (in de vorm van een checklist) en een aantal evaluatiecriteria om de kwaliteit van indicatoren te beoordelen die gevat worden in een metafiche. De weerhouden metafiche is opgenomen in bijlage 2.

3 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek vertrekt vanuit een pragmatische benadering, omdat de indicatoren moeten opgenomen kunnen worden in de volgende metingen in het kader van Pact 2020. Traditioneel worden vijf fasen in het ontwikkelingsproces onderscheiden:

6. Het bepalen van SMART-doelstellingen en van de scope van de monitoring: wat meten we wel en wat niet?
7. Selecteren en opstellen van indicatoren.
 - a. Betrek stakeholders.
 - b. Doe ruime brainstorming over relevante indicatoren (los van beschikbaarheid van data).
 - c. Breng internationaal vergelijkbare indicatoren in beeld (longlist van indicatoren)
 - d. Analyseer beschikbare data en databanken.
 - e. Vergelijk theoretische indicatoren en beschikbare data.
8. Ontwikkel shortlist van indicatoren.
 - a. Beoordeel kwaliteit en haalbaarheid van shortlist met indicatoren.
 - b. Beschrijf metadata van de indicatoren.
9. Pilootfase in beperkte setting om indicatoren te berekenen.
10. Implementatie op grote schaal

Gezien de duur van dit project kunnen enkel de eerste drie fasen doorlopen worden. Er wordt geopteerd voor een agentschap-specifieke aanpak. Dit betekent dat per agentschap performantie-indicatoren worden ontwikkeld. Per agentschap worden hiervoor drie focusgroepen georganiseerd. De eerste focusgroep staat in het teken van het verfijnen en operationaliseren van de zeven centrale concepten in Pact 2020: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, toereikendheid, efficiëntie, effectiviteit, kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. We onderzoeken hoe deze begrippen kunnen

vertaald worden naar de sectoren die door de agentschappen erkend en gesubsidieerd worden en hoe ze gelinkt kunnen worden aan beleidsprioriteiten. Het eerste deel van de tweede focusgroep bouwt voort op de brainstorm van de eerste samenkomst. De vaststellingen uit de eerste bijeenkomst worden in de vorm van een geschreven tekst teruggekoppeld naar de deelnemers. In tweede instantie leggen de onderzoekers hun longlist met mogelijke indicatoren voor. Deze longlist is gebaseerd op de internationaal beschikbare indicatoren, de lijst met indicatoren afkomstig uit de CBGS-studie (Jacobs e.a., 2003) en een verkenning van de beschikbare registratiesystemen. Er worden dus geen theoretisch meer kwaliteitsvolle indicatoren voorgesteld waarvoor het cijfermateriaal op dit moment of op korte termijn niet voorhanden is. De derde samenkomst bouwt voort op het werk van de eerste twee samenkomsten. De shortlist van indicatoren wordt ter discussie voorgelegd. De onderzoekers overlopen samen met de deelnemers de kwaliteitscriteria en de definitie. Ook wordt de vraag voorgelegd of er nog indicatoren ontbreken die in het kader van het Pact 2020 relevant zijn, opnieuw met als vertrekpunt dat de cijfers op korte termijn beschikbaar moeten zijn.

4 Evaluatie van de huidige kernindicatoren

Hoofdstuk twee zet de vaststellingen bij de huidige kernindicatoren op een rijtje. Ten eerste gaan de huidige kernindicatoren slechts een beperkt deel van de subdoelstellingen na. De focus ligt daarbij vooral op de toereikendheid van het aanbod. Effectiviteit, efficiëntie en kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker worden nauwelijks of niet afgedekt door de huidige kernindicatoren. Het zijn bovendien voornamelijk structuur- en procesindicatoren die toelaten om de output te meten.

Ten tweede wordt de toereikendheid van het aanbod geoperationaliseerd aan de hand van wachtlijsten en wachttijden. Tijdigheid is internationaal gezien een belangrijk toetscriterium van de kwaliteit van de zorg, maar tegelijkertijd blijven de proceskenmerken en de resultaten van de zorg buiten beeld. Het vermijden van te lange wachttijden is dus een verdedigbare keuze, maar de toereikendheid van het aanbod kan hiertoe niet herleid worden.

Ten derde gaat de eerste indicator ervan uit dat de realisatie van de programmatie in de ouderenzorg leidt tot een toereikend aanbod. Dit veronderstelt een voldoende betrouwbaar en valide programmatie. Breda e.a. (2010) voerden in opdracht van de Vlaamse overheid een studie uit naar de hertekening van de programmatiënormen in de ouderenzorg. Deze onderzoekers plaatsen de nodige kanttekeningen bij de validiteit van een programmatie. Programmatiemodellen moeten toelaten om voorspellingen te maken over toekomstig zorggebruik. Maar de overheid kan via beleidsmaatregelen de organisatie van het aanbod wijzigen. Net zoals ook de preferenties en de behoeften kunnen wijzigen. De realisatie van de programmatie is dus slechts één indicator om de toereikendheid en de performantie van de zorg te evalueren.

Ten vierde geven de meeste indicatoren geen indicatie van de geleverde kwaliteit. Het wegwerken van wachtlijsten of het creëren van voldoende capaciteit geeft geen indicatie van de kwaliteit en effectiviteit van de zorg.

Ten vijfde kan er in de officiële documenten geen info gevonden worden over de internationale vergelijkbaarheid van de huidige kernindicatoren. Dit is nochtans relevant, aangezien Vlaanderen in 2020 wil behoren tot de top vijf van de meest succesvolle regio's in Europa.

Tabel 18. Pact 2020: doelstelling¹² 'Zorg en kernindicatoren'

Doelstelling	Huidige kernindicator
1 Vlaanderen voorziet in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaaldemografische ontwikkelingen.	Indicator 1: capaciteit ouderenzorg Indicator 2: capaciteit kinderopvang Indicator 3: aantal dringende zorgvragen VAPH Indicator 4: aantal wachtlijst Jeugdzorg Indicator 5: wachttijden CGG Indicator 6: uitstellen medische consumptie Indicator 7: kinderen min 2 huisbezoeken
2 Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.	
3 Eerstelijnszorg- en thuiszorg zijn versterkt.	Indicator 8: geholpen gezinnen gezinszorg
4 Het ontstaan van groepspraktijken wordt gestimuleerd.	Indicator 9: aandeel groepspraktijken
5 In de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg is er voldoende aanbod gecreëerd.	Indicator 1: capaciteit ouderenzorg Indicator 3: aantal dringende zorgvragen VAPH Indicator 5: wachttijd CGG
6 Voor minstens de helft van de kinderen tot 3 jaar worden formele en kwaliteitsvolle vormen van kinderopvang aangeboden.	Indicator 10: aantal plaatsen kinderopvang

5 Internationaal vergelijkbare indicatoren?

Het overzicht van de huidige internationaal vergelijkbare performantie-indicatoren leidt tot de volgende vaststellingen. In de eerste plaats blijkt dat internationale vergelijkingen tussen zorgsystemen en dus tussen scores op indicatoren met de nodige omzichtigheid moeten geïnterpreteerd worden omwille van verschillende meetprocedures en gezondheids- en welzijnssystemen. Bovendien zijn de meeste OECD-indicatoren enkel voor België beschikbaar. Hier ligt nog een onontgonnen terrein om deze indicatoren specifiek voor Vlaanderen te berekenen.

Een tweede vaststelling is de groeiende aandacht voor resultaatsindicatoren. Tegelijkertijd vraagt het werken met resultaatsindicatoren veel inspanningsvereisten bij het werkveld op de benodigde data te verzamelen. De Nederlandse zorgbalans leert dat

zeer uitgebreide meetprocedures nodig zijn om de indicatoren te berekenen. Dit type van meetprocedures zijn voor een aantal sectoren in Vlaanderen op dit moment niet voorhanden.

Een derde vaststelling is het grote verschil in beschikbaarheid tussen welzijns- en gezondheidsindicatoren. De kinderopvang is hierop de uitzondering. Maar ook hier moet men met de nodige voorzichtig internationale vergelijkingen maken. Er zijn wel belangrijke stappen die de laatste jaren zijn gezet in sectoren die in het verleden minder gevat werden door prestatie-indicatoren. Er is het OECD-project rond kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg en rond langdurige zorg. En de recente door de EU gefinancierde projecten om prestatie-indicatoren voor de eerstelijnsgezondheidszorg en de residentiële ouderenzorg te formuleren, zijn beschikbaar. Tegelijkertijd komen al deze internationale projecten tot een gelijkaardige vaststelling. In deze sectoren is het veel minder evident om uitvoerige meetprocedures op te zetten. Ook in België neemt de aandacht toe om de prestaties te meten van de gezondheidszorg, getuige het eerste KCE-rapport hierover. Toch komt ook deze studie tot de conclusie dat er voor langdurige zorg en residentiële zorg weinig materiaal aanwezig is om prestatie-indicatoren te meten.

Ten vierde neemt de aandacht toe voor de kwaliteitsbeleving vanuit het perspectief van de gebruiker/patiënt als toetssteen van de effectiviteit van de zorg. Dit wordt gelegitimeerd vanuit het belang van 'patient-centredness', één van de toetscriteria van kwaliteit van zorg wordt meegenomen. Dit betekent ook dat nieuwe meetprocedures ontwikkeld moeten worden om gebruikerservaringen op een geobjectiveerde wijze te meten. De Nederlandse Consumer Quality Index is hiervan een voorbeeld. Ook de OECD heeft op dit terrein haar werkzaamheden uitgebreid.

Een laatste meer overkoepelend besluit betreft het grote aantal indicatoren dat ontwikkeld wordt om (onderdelen) van de gezondheidszorg te monitoren. Dit is natuurlijk het gevolg van het feit het de prestaties van de gezondheidszorg op heel wat diverse onderdelen en sectoren betrekking heeft. Dit komt nog het sterkst tot uiting bij de Nederlandse zorgbalans. In het kader van Pact 2020 wordt ernaar gestreefd om het aantal indicatoren zo beperkt mogelijk te houden. Gezien de veelheid aan sectoren die door doelstelling 12 van het Pact 2020 gedekt worden, stelt zich de vraag of het werken met enkele indicatoren er niet toe leidt dat essentiële onderdelen van dat functioneren buiten beeld blijven.

6 Agentschap-specifieke shortlisten

Aan de hand van de focusgroepen met medewerkers van de agentschappen worden agentschap-specifieke performantie-indicatoren ontwikkeld die gebaseerd zijn op cijfermateriaal dat op dit moment voorhanden is en die toelaten om de centrale concepten uit de eerste twee subdoelstellingen van doelstelling 12 'Zorg' van het Pact 2020 te meten. Er wordt eerst gestart met een aantal intersectorale beschouwingen.

6.1 Intersectorale inzichten op basis van de focusgroepen

Een eerste algemene vaststelling is dat de concept "kwaliteitsvol" niet eenvoudig te operationaliseren valt. Er is de neiging om de andere concepten (effectiviteit, efficiëntie...) naar voor te schuiven als dimensies van het containerbegrip "kwaliteitsvol", net zoals dit ook bij de EU en de OESO gebeurt. Van Eekert (2007) van het Agentschap Zorginspectie beschrijft welke evoluties het denken in Vlaanderen omtrent kwaliteitszorg heeft doorgemaakt. Tot de tweede helft van de jaren negentig lag de klemtoon op input(normen) in de vorm van de inspectie van erkenningsvoorwaarden. Vervolgens vertrekt het eerste kwaliteitsdecreet vanuit het idee dat als de werking van een voorziening beschreven en geborgd wordt in een kwaliteitshandboek (kwaliteitszorg) dit zal leiden tot een degelijk eindproduct (de kwaliteit van zorg). Er komt dus weliswaar een verschuiving van input naar processen en procedures, maar de kwaliteit van zorg zelf wordt niet getoetst. Met het kwaliteitsdecreet van de tweede generatie wordt meer gekeken naar die kwaliteit van zorg. De kwaliteit van het eindproduct vormt dus de toetssteen. De impact van deze verschuiving kan niet onderschat worden. Zo is het tekenend dat er in de CBGS-studie van 2003 weinig of geen aandacht ging naar de effecten van zorg als toetssteen van de kwaliteit. Dit zorgt ervoor dat kwaliteit en effectiviteit naar elkaar opschuiven. Er komt nog bij dat al de agentschappen bezig zijn met het formuleren van een referentiekader 'kwaliteit van zorg', in samenspraak met het werkveld. Dit zorgt mogelijks op relatief korte termijn tot nieuwe sporen voor indicatorenontwikkeling.

Ten tweede lokt het concept "kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker" wisselende respons uit bij de agentschappen. Eén van de bezorgdheden is in welke mate het subjectieve oordeel van de gebruiker als toetssteen beschouwd kan worden, zeker wanneer dat subjectieve oordeel gemeten wordt via een tevredenheidsmeting. Bij Kind en Gezin lijkt er het meeste te gebeuren rond dit toetscriterium, aangezien zij zowel voor de kinderopvang als de preventieve gezinsondersteuning recentelijk een behoeftenstudie bij de gebruikers hebben georganiseerd (Vandenbroek e.a., 2010; Hedebouw & Peetermans, 2009). Het betreft hier evenwel eenmalige surveys. Voor de kinderopvang is er wel een vergelijking mogelijk met een gelijkaardige survey die een aantal jaren geleden werd uitgevoerd door hetzelfde onderzoeksinstituut. Een ander spoor is de Intersectorale Toets van het Decreet op de Rechtspositie van de Minderjarige die door het Agentschap Inspectie werd uitgevoerd en die resultaten bevat die toelaten het concept 'kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker' te monitoren. Het betreft hier natuurlijk slechts een eenmalige toets. Veel zal ervan afhangen of er binnen een bepaalde termijn (3 of 5 jaar, bijvoorbeeld) een nieuwe inspectieronde wordt doorgevoerd.

Een derde vaststelling heeft te maken met de aanbeveling uit het eerste hoofdstuk dat beleidsindicatoren betrekking moeten hebben op processen waarop de overheid een impact kan hebben. Gezien de specifieke bevoegdheidsverdeling in België is dit verre van evident. Een aantal beleidssectoren wordt deels Vlaams, deels federaal aangestuurd (bv. diensten voor schuldbemiddeling van de OCMW, delen van de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg, statuut van de onthaalouder, financiële tegemoetkomingen voor de kost van handicap...). Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling is er bij de agentschappen wel terughoudendheid vast te stellen om indicatoren te ontwikkelen waarop de Vlaamse overheid slechts deels impact heeft. Daartegenover stel-

len we vast dat in de andere domeinen van het Pact 2020 dezelfde bevoegdheidsproblemen optreden (armoede, werkzaamheidsgraad, ...). Toch worden hier indicatoren opgenomen die geen rekening houden met de gevolgen van de bevoegdheidsverdeling.

Een vierde vaststelling is dat er in de focusgroepen voortdurend verwezen wordt naar de ontwikkelingen omtrent e-Health en het GEWIN-decreet. Dit decreet wenst de Vlaamse overheid in 2011 te finaliseren. Welke koppelingen tussen gegevenssystemen mogelijk zullen zijn, zal afhangen van het al dan niet tot stand komen van dit decreet. Naast de privacy-gerelateerde en juridische kwesties vereist de koppeling tussen databanken ook een aantal technische operaties. Koppelingen tussen databanken zijn enkel mogelijk door middel van een unieke cliëntidentificator. Indien dit grootschalig traject zou gerealiseerd worden, zijn er veel meer mogelijkheden qua beleidsmonitoring. Maar aangezien dit slechts op middellange termijn mogelijk lijkt, zijn we genoodzaakt om in deze studie vooral te focussen op indicatoren die op dit moment haalbaar zijn op basis van de bestaande registraties en dus sectoraal van aard zijn.

Een zesde bedenking betreft de houding van de agentschappen ten aanzien van indicatoren. Zij verwijzen in de eerste plaats naar de VRIND-indicatoren en de indicatoren die in de beheersovereenkomsten zijn opgenomen en die politiek gevalideerd zijn. Wanneer we de indicatoren uit de beheersovereenkomst overlopen, valt op dat er relatief weinig resultaatsindicatoren zijn opgenomen. Het formuleren van resultaatsindicatoren blijft dus een moeilijke opgave. Bovendien getuigen de focusgroepleden van een ambivalente houding ten aanzien van indicatoren. Enerzijds staan ze positief ten aanzien van nieuwe prestatie-indicatoren, maar anderzijds wijst men ook op de gevaren. Indicatoren laten volgens de literatuur dan wel geen evaluatie toe, omdat ze enkel trends aangeven en geen verklaringen. Slechtere scores kunnen te maken hebben met verschuivingen in de doelgroep, het personeel, het functioneren van andere voorzieningen. Indien indicatoren als evaluatiecriterium gehanteerd worden, dan is dit een oneigenlijk gebruik van dit type van beleidinstrumenten. Ze vrezen dat negatieve scores op indicatoren bij gelegenheid 'misbruikt' worden.

6.2 Agentschapspecifieke indicatoren

In de onderstaande tabellen wordt per agentschap de weerhouden indicatoren opgeëlijst. Voor een grondige omschrijving van de indicatoren verwijzen we naar hoofdstuk 5 en naar bijlage 1 waarin de metafiches van de weerhouden indicatoren zijn opgenomen. De volgende kenmerken worden daar beschreven: benaming, definitie, relevantie, berekeningswijze, bron en leverancier, tijds kader, streefwaarde, validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid. Dit onderzoek heeft geen pilootfase doorlopen. Dit betekent dat de indicatoren niet berekend werden. Het is evident dat deze metafiches nog herzien en aangepast kunnen worden op basis van deze pilootfase. Deze pilootfase kan meer duidelijkheid brengen over de kenmerken die nu nog niet zijn opgenomen in de metafiche: format en tijds kader (zie hoofdstuk 1).

De overzichtstabel van Kind en Gezin maakt duidelijk dat het concept 'toegankelijkheid' sterk gevat wordt door de hier voorgestelde indicatoren. Met betrekking tot kwaliteit in de kinderopvang zijn zoals eerder aangegeven belangrijke instrumenten in

ontwikkeling die moeten toelaten om in de toekomst op een meer continue basis de kwaliteit van de kinderopvang te monitoren. Het monitoren van de economische functie van de kinderopvang is geen eenvoudige opdracht, zoals het bestaand onderzoek uitwijst. Als toetssteen kan de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen waarvan het jongste kind jonger is dan drie, opgevolgd worden. De sociale functie wordt gedekt door de survey bij de gebruikers van de kinderopvang en door de jaarlijkse meting van het regelmatig gebruik van formele kinderopvang voor de totale populatie en opgedeeld naar kansengroepen. Er zijn meer continue vormen van registratie mogelijk door koppeling met Mirage, maar hierrond worden op dit moment geen beleidsinitiatieven ondernomen. De toereikendheid van de kinderopvang werd al gevat in de indicatorenlijst van het Pact 2020. Voor de preventieve gezinsondersteuning zijn er op dit moment twee indicatoren voorhanden die aangeven hoe groot het bereik ervan is. Er is in deze lijst één nieuwe indicator die intersectoraal van aard is: de investering van de Vlaamse overheid in jonge kinderen in vergelijking met de investering in de overige kinderen.

Tabel 19. Prestatie-indicatoren Kind en gezin

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Efficiëntie	Relatieve overheidsinvestering in jonge kinderen: Verhouding overheidsbudget 0- tot 3-jarigen / 0- tot 18-jarigen
2	Efficiëntie	Bezettingsgraad in de voorschoolse kinderopvang
3	Toegankelijk	Gebruik van formele kinderopvang door de voorrangsgroepen op niveau van de voorziening
4	Toereikend	Toereikendheid van de kinderopvang: 500 per 1000 kinderen jonger dan 3 jaar in formele opvang
5	Toegankelijk en betaalbaar	Betaalbaarheid van de kinderopvang: aantal inkomensgerelateerde plaatsen in het totaal aantal plaatsen in de formele, voorschoolse kinderopvang
6	Toegankelijk	Bereik van de PGO: Bereik PGO van de totale bevolking

Op dit moment is er slechts beperkt cijfermateriaal voorhanden om de doelstellingen van beleid ten aanzien van personen met een handicap te monitoren. Het Agentschap heeft relatief weinig zicht op de resultaten van de zorg in termen van de kwaliteit van leven van personen met een handicap. Ook zijn er maar beperkte gegevens beschikbaar over de socio-economische kenmerken van de VAPH-gebruikers. De huidige indicator van het Pact 2020, het aantal personen met een dringende zorgvraag, zou in de toekomst op een andere manier gemeten worden. De reden hiervoor is dat het proces van indicatiestelling herzien wordt, omdat het op dit moment te subjectief gekleurd zou zijn. Hierdoor verliest deze indicator zijn vergelijkingskracht. In deze lijst worden drie nieuwe indicatoren opgenomen die een indicatie zijn van de mate van inclusie en vermaatschappelijking van de zorg: de budgettaire verhouding in de middelen voor

ambulante en residentiële hulp; de realisatie van inclusief onderwijs; aandeel van persoonlijke budgetten in totale zorgbudget.

Tabel 20. Prestatie-indicatoren VAPH

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Toereikend	Aantal personen op de Centrale Registratie Zorgvragen van het VAPH met dringende zorgvraag
2	Toereikend	Aantal personen op de Centrale Registratie Zorgvragen van het VAPH met dringende zorgvraag en reeds gebruik makend van VAPH-ondersteuning
3	Effectiviteit	Het aandeel "persoonsgebonden budget" versus "het totale budget zorg in natura bij het VAPH
4	Effectiviteit	De budgettaire verhouding tussen ambulante en residentiële zorg in natura in de sector 'ondersteuning personen met een handicap'
5	Effectiviteit	De realisatie van inclusief onderwijs voor kinderen met een handicap
6	Toegankelijk	PmH aangemeld bij een CGG en geweigerd omwille van gebrek aan expertise

Voor jongerenwelzijn is het duidelijk dat de voorgestelde indicatoren gebaseerd zijn op de Nederlandse prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. De focus ligt sterk op effectiviteit die via resultaatsindicatoren wordt gemeten. De dataverzameling van de mate van doelrealisatie en heraanmelding moet wel nog geoptimaliseerd worden.

Tabel 21. Prestatie-indicatoren Jongerenwelzijn

	PACT 2020	INDICATOR
1	Effectiviteit	De verhouding tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulp in de bijzondere jeugdzorg
2	Effectiviteit	Doelrealisatie op het einde van de hulpverlening (via BINC) vanuit het perspectief van de hulpverlener
3	Effectiviteit	Het vermijden van heraanmelding in de bijzondere jeugdzorg
4	Effectiviteit	De wachtduur per werkvorm in de bijzondere jeugdzorg
5	Efficiëntie	De bezettingsgraad van voorzieningen bijzondere jeugdzorg
6	Kwaliteit	De caseload van de consulenten bij de Comités Bijzondere Jeugdzorg en de sociale diensten van de Jeugdrechtsbank
7	Kwaliteit vanuit gebruiker	% jongeren akkoord met hulpverleningsvorm
8	Kwaliteit vanuit gebruiker	Doelrealisatie op het einde van de hulpverlening (via BINC) vanuit het perspectief van de jongere

Wat betreft Zorg en Gezondheid is getracht zo veel mogelijk aan te sluiten bij internationaal gevalideerde indicatoren, omdat de gezondheidszorg al een langere traditie heeft in het werken met performantie-indicatoren. Specifiek voor de eerstelijnsgezondheidszorg zijn vier indicatoren voorgesteld. De ouderenzorg is het minste verkend in dit onderzoek, aangezien er gelijktijdig met deze studie een onderzoek loopt rond het formuleren van en werken met kwaliteitsindicatoren.

Tabel 22. Prestatie-indicatoren Zorg en Gezondheid

	PACT 2020	INDICATOR
1	Effectiviteit	Vroegtijdige uitval in de CGG: aantal vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies in de CGG
2	Effectiviteit	Aantal psychiatrische bedden in de GGZ per 100.000 inwoners
3	Effectiviteit en efficiëntie	Het percentage dossiers in de gezinszorg met een BEL-profiel hoger dan 35 Aantal forfaits B en C in dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf Aandeel rechthebbenden met forfaits A, B en C in WZC
4	Effectiviteit	Wijze van contactname van medisch specialist
5	Effectiviteit	Aandeel volwassenen met een globaal medisch dossier
6	Efficiëntie	Gebruik van het elektronisch dossier door de huisarts
7	Kwaliteit vanuit gebruiker	Tevredenheid van patiënten met de huisarts

Voor Welzijn en Samenleving werden ook enkele bijkomende prestatie-indicatoren geformuleerd, maar hier stelt zich het probleem van de betrouwbaarheid van de Tel-lus-registratie. De Afdeling Welzijn en Samenleving zelf onderstreept het belang van de toegankelijkheid van het autonoom eerstelijns welzijnswerk, waarbij niet enkel de fysieke en sociale toegankelijkheid wordt gerealiseerd maar tevens de geografische nabijheid.

Tabel 23. Prestatie-indicatoren Welzijn en Samenleving

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Toereikendheid	Bezettingsgraad vluchthuizen, integrale begeleiding voor thuislozen in opvangcentra en crisisopvangcentra
2	Toegankelijkheid	Aanwezigheid van de onthaalfunctie van het CAW in elke kleinstedelijke regio in Vlaanderen
3	Kwaliteit vanuit gebruiker	Het percentage jongeren dat begeleid wordt door het CAW en inspraak heeft bij het opstellen van de doelstellingen van de hulpverlening

Voor VIPA werden twee prestatie-indicatoren geselecteerd die ook al zijn opgenomen in hun jaarverslag.

Tabel 24. Prestatie-indicatoren VIPA

NR	PACT 2020	INDICATOR
1	Toereikendheid	Relatieve toename van de capaciteit als gevolg van VIPA-subsidies per sector
2	Toereikendheid	Realisatie van de 60%-norm van VIPA

7 Terugblik en aanbevelingen

In deze studie kwamen **vier spanningsvelden** naar boven. Het debat over het monitoren van beleid zal zich in de toekomst hierop moeten positioneren:

1. Sectorale indicatoren versus intersectorale indicatoren: is het wenselijk en haalbaar om te werken met een beperkte set van intersectorale indicatoren binnen het domein WVG?
2. Het streven naar wetenschappelijk geldige en betrouwbare indicatoren versus de haalbaarheid van inspanningsvereisten om de basisdata voor zulke indicatoren te verzamelen.
3. Het monitoren van het functioneren van het zorgaanbod (in termen van capaciteit, kost, personeel, gebruikers) versus het monitoren van het realiseren van lange-termijn beleidsdoelstellingen en van de resultaten van de zorg.
4. Het monitoren op basis van continue registraties versus het monitoren via minder intensieve meetprocedures (bv. bijkomende enquêtes met interval van 3-4 jaar of via uitgebreide registraties bij steekproeven van gebruikers).

Deze studie maakt duidelijk dat een beperkte set van intersectorale indicatoren geen eenvoudige opdracht is, omdat een aantal sectoren erg verschillend zijn en vooral omdat de huidige registratiesystemen verschillend zijn. Voor een aantal minimale basiskenmerken van gebruikers moet dit wel haalbaar zijn, maar dit kan pas als de huidige basisinformatie meer uniform is. Daartoe zijn al een aantal stappen gezet, door bijvoorbeeld het werken met de definitie van kansarmoede van Kind en Gezin in andere sectoren (o.a. EPD in de CGG en BINC in de bijzondere jeugdzorg), maar het is pas haalbaar als alle relevante systemen die veranderingen doorvoeren. Voor de ontwikkeling van procesindicatoren omtrent de output van sectoren moet dit wel haalbaar zijn.

Er is op dit moment geen instantie verantwoordelijk die de bestaande registratiesystemen kunnen linken op een wijze die de privacy van de gebruiker waarborgt, naar analogie met de Federale Kruispuntbank Sociale Zekerheid. Het onderzoeken van het linken van registratiesystemen is een waardevolle piste om de mate van overlap tussen de verschillende 'sectorale' doelpopulaties te kunnen inschatten. Dit koppelen van databanken kan bijvoorbeeld aantonen hoe groot het 'intersectoraal' zorggebruik is. Hiervoor is er wel minstens een **unieke cliëntidentificator** nodig om de databanken te kunnen koppelen. Onderzoek kan in de toekomst uitwijzen of zo'n procedure ook

praktisch mogelijk is. Het GEWIN-decreet zou in ieder geval hiervoor de juridische basis moeten leggen. Hierbij kan ook nagedacht worden over de registratie-eenheid. Op dit moment worden gegevens op het niveau van het individu geregistreerd. In sommige systemen blijft de huishoudelijke context deels of volledig buiten beeld (bijvoorbeeld de CRZ van het VAPH, de gebruikers van de kinderopvang). Via administratieve data over de samenstelling van het huishouden kan verkend worden of zorggebruik op het niveau van het huishouden in beeld gebracht kan worden. Het koppelen van registratiesystemen kan ook uitspraken doen over de validiteit van de achterliggende logica van het **GEWIN-decreet** dat de bestaande registratiesystemen als vertrekpunt neemt. Door te bestuderen wat voor soort beleidsinformatie deze koppelingen oplevert, kan ook de vraag gesteld worden of de Vlaamse overheid op de lange termijn vanuit hetzelfde vertrekpunt naar registratiesystemen zal kijken. De andere en veel radicalere piste is om resoluut te kiezen voor nieuwe systemen, zoals onder andere gebeurt in de ouderenzorg. In deze sector heeft de federale overheid de beslissing genomen om in de toekomst met één systeem te werken in verschillende zorgsectoren. RAI heeft echter al een lang wetenschappelijk ontwikkelingsproces achter de rug. Dit is een heel andere werkwijze dan te vertrekken vanuit de huidige systemen om van daaruit dan de informatie meer uniform te maken.

Op dit moment stellen we uiteenlopende praktijken vast tussen de verschillende agentschappen, vooral dan in het gebruik van resultaatsindicatoren. Er is de laatste jaren binnen het beleidsdomein WVG geïnvesteerd in de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie op monitoring die onder andere tot uiting komt in de creatie van de vier departementale dashboards (zorgaanbod, gebruik, kostprijs en personeel). De vraag is welke plaats resultaatsindicatoren hierin zullen innemen. Het vaststellen van de **effectiviteit van de zorg** blijft een grote uitdaging. De SAR WGG heeft de discussie scherper gesteld door in haar definitie van performantie de effecten in termen van kwaliteit van leven als toetscriteria te gebruiken. Op dit moment zijn er weinig data voorhanden die bruikbaar zijn om dit in kaart te brengen. Bovendien is de relatie tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven niet altijd zo rechtlijnig. Het vaststellen van dit causale verband wordt nog bemoeilijkt door de specifieke bevoegdheidsverdeling in België, waardoor de agentschappen terughoudend zijn om resoluut te kiezen voor resultaatsindicatoren, net omdat de Vlaamse overheid niet over alle bevoegdheden beschikt om het beleid te sturen. Hoofdstuk 3 toont echter aan dat op het internationale forum resoluut gekozen is voor het meten van de resultaten van de zorg en dus voor resultaatsindicatoren. Tegelijkertijd blijkt ook dat de gezondheidszorg een grotere traditie hierin heeft, maar dat de langdurige zorg hierbinnen het minst afgedekt wordt door resultaatsindicatoren. Het monitoren van de effecten van het beleid aan de hand van resultaatsindicatoren moet in de toekomst daarom verder onderzocht worden.

Een volgende aanbeveling betreft het meten van de **kwaliteit vanuit oogpunt** van de gebruiker. Vlaanderen heeft in tegenstelling tot Nederland weinig ervaring met het bevragen van gebruikers. Nederland heeft de afgelopen 10 jaar een sterke traditie opgebouwd in de vorm van de de consumer quality index. Met de CQ-index wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten en consumenten met de zorg. De systematiek bestaat uit een familie van vragenlijsten met bijbehorende richtlijnen voor dataverzameling, data-analyse en het rapporteren van de

resultaten. De vragenlijsten geven inzicht in twee zaken: wat patiënten belangrijk vinden én wat hun ervaringen zijn met de zorg. In Nederland neemt de consumer quality index een belangrijke rol in bij het beoordelen van de prestaties van de gezondheidszorg. Het gaat hier niet om continue registraties, maar om jaarlijkse metingen.

Een laatste discussiepunt is het aantal indicatoren. Er zijn op dit moment 10 kernindicatoren opgenomen die vooral in het teken staan van het meten van de toereikendheid van het aanbod. Aan deze indicatoren zijn per agentschap een aantal indicatoren toegevoegd die toelaten om ook de andere doelen van het Pact 2020 te meten. Het internationaal overzicht maakt echter duidelijk dat het in feite moeilijk mogelijk is om door middel van één indicator het functioneren van een hele sector te vatten. In feite staat men voor een fundamentele keuze. Ofwel opteert men om slechts één toetscriterium te monitoren (bv. toereikendheid) ofwel gaat men voor alle criteria maar dan is **een shortlist van tien kernindicatoren te beperkt** om over alle sectoren valide uitspraken te kunnen doen.

Dit onderzoek eindigt met het opstellen van een shortlist van indicatoren. Uit hoofdstuk 1 blijkt dat er hierop een essentiële fase volgt, met name het uittesten van de indicatoren door ze te berekenen. In deze fase kunnen de ontwikkelde metafiches in bijlage 2 verder aangevuld worden met informatie over de methodologische en kwalitatieve kenmerken van de indicator.

Bibliografie

- AHRQ (2011). "Agency for healthcare research and quality." from <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10 (6), 319 – 327.
- Beersen, N., M. Kallewaard, et al. (2007). *Handleiding in indicatorontwikkeling*. Den Haag, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg: 55.
- Block, T., J. V. assche, et al. (2004). *Containerbegrippen ontrafelen en meten*, Centrum voor Duurzame Ontwikkeling.
- Bowen, S., S. Kreindler (2008), Indicator Madness: A Cautionary Reflection on the Use of Indicators in Healthcare. *Health Policy*, 3 (4), pp. 41-48.
- Bral, L. (2009). *Indicatoren voor sociaal kapitaal in Vlaanderen. Sociaal kapitaal: van kapitaal belang voor gezondheid*. Leuven.
- Brandt, G. (1999). "EFQM-model: wat is er veranderd?" from <http://www.amelior.biz/ndl/artikels/artikel.asp?c=2&sc=40&a=210&tc=1>.
- Breda J., De Bruyn, E., J. Geerts (2002), De Vlaamse welzijnsbarometer: eindrapport. Antwerpen: UFSIA, Vakgroep Sociologie en Sociaal Beleid, 2002.
- Breda, J., Pacolet, J., Hedeboom, G. & Vogels, J. (2009). *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. Onderzoek in opdracht van de Vlaamse overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. K.U Leuven: HIVA.
- Breda, J., H. Gevers (2011), *Het experiment persoonsgebonden budget. Eindverslag van de wetenschappelijke evaluatie*. Antwerpen: UA Departement Sociologie.
- Brown A, Veillard J. (2008) Commentary: indicators with a purpose - meaningful performance measurement and the importance of strategy, *Healthcare Policy*, 3(4) 49 – 52.
- Callens, J., Fontaine, J, Schittekatte, M., Scheiris, J.(2009). *Optimaliseren van de interscorebetrouwbaarheid bij het toekennen van urgentiecodes door multidisciplinaire teams, Actie-onderzoek in opdracht van het VAPH door het VFD-UGent/Testpracticum*
- Callens, J., Fontaine, J., Scheiris, J. en Schittekatte, M. (2009). *Optimaliseren van de interscorebetrouwbaarheid bij het toekennen van urgentiecodes door multidisciplinaire teams*. Onuitgegeven onderzoeksrapport. Gent: Ugent
- Christiaens, J., Heene, A., Vanhee, C. (2009). "Het bepalen van relevante prestatie-indicatoren in de Centra voor Teleonthaal en de Centra voor Integrale Gezinszorg in het kader van de opmaak van een verenigingsdossier". UGent
- Dale, B. (2003). *Managing Quality*. Fourth edition. Oxford: Blackwell Publishing.

Debie, , Roose, R., Verstraeten, M., *Onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van de GRKB-projecten*. Gent: Universiteit Gent, 2007.

De Groof, M., Daems, A., Hermans, K. (2009). *Ontwikkelen van indicatoren en een programmatie voor het Algemeen Welzijnswerk*. Leuven, LUCAS.

De Koning, J., A. Smulders, et al. (2007). *Appraisal of indicators through research and evaluation*, Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Universiteit Amsterdam: 40.

De Peuter, B., J. De Smedt, et al. (2007). *Handleiding Beleidsevaluatie. Deel 1: Evaluatiedesign en -management*, Steunpunt beleidsrelevant onderzoek: 211.

De Peuter, B., J. De Smedt, et al. (2007). *Handleiding Beleidsevaluatie. Deel 2: Monitoring van beleid*, Steunpunt beleidsrelevant onderzoek: 112.

Donabedian, A. (2005), *Evaluating the Quality of Medical Care*, *Milbank Quarterly*, 83 (4), pp. 691–729.

EFQM (2011). from www.efqm.org.

EC (2010). *A voluntary European Quality Framework for Social Services*. Council of the European Union. Brussels, 16th November 2010

European Commission (2009), *The provision of childcare services. A comparative review of 30 European countries*. Luxemburg: European Commission.

European Commission (2011), *Commission staff working document on EU indicators in the field of youth*. Luxemburg: European Commission

Eurostat (2010). "Verordening (EU) nr. 275/2010 van de Commissie van 30 maart 2010 tot uitvoering van Verordening (EG) nr. 295/2008 van het Europees Parlement en de Raad, wat de criteria voor de beoordeling van de kwaliteit van structurele bedrijfsstatistieken betreft, Voor de EER relevante tekst".

Ghysels, J., M. Debackere (2007), *De zorg voor kinderen*. Leuven: Acco

Grietens, H., Mercken, I., Vanderfaellie, J. Loots, G. (2005), *Initiatie van effect- en efficiëntiemeting van het private hulpaanbod in de bijzondere jeugdzorg*. Leuven, KU-Leuven,

Heckman, J. (2006), *Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children*, *Science*, 312 (5782), pp. 1900-1902

Hedebouw, G., A. Peetermans (2009), *Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaams Gewest*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Hellinckx, W. V. d. B., B. & Geernaert, L. (1999). *Het veld van de jeugdhulpverlening in Vlaanderen*. In E. S. Knorth, M. (eds.) (Ed.), *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening*. Leuven/Apeldoorn: Garant

Hellinckx W. & B. Van den Bruel (1996). *Huidige en toekomstige ontwikkelingen binnen de bijzondere jeugdbijstand*. In Breda J & H.Deleeck. *Welzijnzorgplanning. Een kwantitatieve benadering*. Ministerie Vlaamse Gemeenschap. Brussel

- Hermann, R. & Mattke, S. (2004). Selecting indicators for the quality of mental health care at the health systems level in OECD countries. OECD technical paper.
- Huber, M., Maucher, M., Sak, B. (2006). *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Final Synthesis Report prepared for DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Jacobs, T., J. Bronselaer (2003), *Voorstellen van indicatoren binnen het beleidsdomein W&G. Een basisset voor de professioneel georganiseerde zorg*. Brussel: CBGS Werkdocument 9.
- Kelley, E. and J. Hurst (2006). "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual framework paper." OECD Health working papers(23): 36.
- Kringos, D., W. Boerma, et al. (2010). "The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators." *Family Practice* 11(81): 8.
- Kringos, D., W. Boerma, Y. Bourgueil, T. Cartier, T. Hasvold, A. Hutchinson, M. Lember, M. Oleszczyk, D. Pavlic, I. Svab, P. Tedeschi, A. Wilson (2010), The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators, *BMC Health Services Research*, 10(88), pp.1-12
- Kurtz, J., L. Jackson, et al. (2001). "Strategies for evaluating indicators based on guidelines from the Environmental Protection Agency's Office of Research and development." *Ecological Indicators* 1: 12.
- LokaleStatistieken (2011). "Uitleg bij de verschillende velden in het metadatasysteem." from http://aps.vlaanderen.be/statistiek/over_cijfers/uitleg_over_cijfers.pdf.
- Luts, M., W. Van Dooren, et al. (2008). *Internationale rangschikkingen gerangschikt. Een meta-analyse van rangschikkingen van publieke sectoren*. S. b. onderzoek: 262.
- Meyer, G., & Massagli, M. (2001). The forgotten component of the quality triad: Can we still learn something from 'structure'? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 484-493.
- Mommaerts S., Grietens H., Vanderfaillie J.(2009), *Evaluatie Time-outprojecten Bijzondere jeugdbijstand*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- OECD (1998). "Towards sustainable development. Environmental indicators."
- OECD (2010). *Improving value in health care: Measuring quality*. OECD Health Ministerial Meeting. Paris: 19.
- Peeters, S., Jacobs, T., Driessens, K, (2010). "De moeizame zoektocht naar hulpverlening op maat in de bijzondere jeugdbijstand"
- Peeters, Moss (2008) Aiming high: a professional workforce for the early years, *Children in Europe*, issue 15.
- Pencheon, D. (2008). *The Good Indicators Guide*. Understanding how to use and choose indicators. Warwick: NHS Institute of Innovation and Improvement.

Reeves, C., & Bednar, D. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *The Academy of Management Review*, 19, 419-445.

RIVM (2008), *De Nederlandse zorgbalans. Prestaties van de Nederlandse Gezondheidszorg*. Bilthove: RIVM.

Robinson, N. (1999). "The use of focus group methodology - with selected examples from sexual health research." *Journal of advanced nursing* 29(4): 9.

Rosenthal, G., Shannon, S. (1997) The use of patient perceptions in the evaluation of health care delivery systems, *Medical Care*

SAR WGG (2011), *Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg*. Brussel: SERV.

SDMX (2009) *SDMX User guide*. Version 2009.1. 98

Sim, J. (1998). "Collecting and analyzing qualitative data: issues raised by the focus group." *Journal of advanced nursing* 28(2): 8.

Spicker, P. and D. Gordon (1999). *The International Glossary on Poverty*. London, Zed Books Ltd.

Stewart, M. (2001), Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care, *BMJ*, 322 (7284), 444.

Op de Beeck, S., J. Brodala, B. Storms (2011) *Onderzoek naar de werking en de organisatie van erkende instellingen voor schuldbemiddeling met het oog op een mogelijke subsidiëring en stimulering van kwaliteit*. Geel: KHKempen.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health services research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.

Unicef (2008), *The childcare transition*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence

Vandenbroeck, M. (2010), *Onderzoek naar de noden en preferenties inzake reventieve zorg bij gezinnen met jonge kinderen Gent: Ugent*.

Van der Geer, E., H. van Tuijl, C. Rutte (2008), Performance management in healthcare: Performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators, *Social Science & Medicine*, 69 (2009) 1523-1530

Vanderfaeillie, J., Van Den Bergh, M., J. Grietens, (2009), Effectevaluatie spreekuur volgens de methodiek van Triple P en de vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vanderfaeillie, J., De Mayer, S. (2008), *De Focusmodules in beeld: onderzoek naar dedoelgroep, hulpverleningsproces en uitkomsten*. Brussel: VUB.

Van Der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse E. en Tafforeau J. (2010). *Gezondheidsenquête België 2008. Rapport 3: Gebruik van Gezondheidszorgen*. Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid

- Van Eekert, S. (2009), Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de kwaliteit van zorg, in: *Praktijkboek Kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen*, afl. 26, pp. 988-1000.
- Vanpée, K., L. Sannen, G. Hedeboom (2000) *Kinderopvang in Vlaanderen. Gebruik, keuze van de opvangvorm en evaluatie door de ouders*. Leuven: HIVA.
- Van Yperen, T. (2005). *Trefzeker tellen. Samenvatting bijeenkomsten VWS over prestatie-indicatoren over de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Van Yperen, T. & van der Steege, M. (2008). *Cijfers over prestatie-indicatoren: een wetenschappelijke bijsluiter*. Nederlands Jeugdinstituut NJi.
- Veerman, J., Van Yperen T.(2006), *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijk-gestuurd effectonderzoek in de Jeugdzorg*. Deel 1, Utrecht, NIZW.
- Walburg, J. (1999). Kwaliteit en gezondheidszorg. *Bestuurskunde. Themanummer Kwaliteitsmanagement*, 8 (6), 268-280.
- Walburg, J. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen: Elsevier.
- Wong, L. P. (2008). "Focus group discussion: a tool for health and medical research." *Singapore Medical Journal* 49(3): 5.
- Zichtbare Zorg (2009). *Raamwerk kwaliteitsindicatoren*, Zichtbare Zorg: 64.
- Zorg en Gezondheid (2010), *Het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen en Centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid.

Bijlage 1. Metafiches van de weerhouden indicatoren

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Relatieve overheidsinvestering in jonge kinderen: Verhouding overheidsbudget 0- tot 3-jarigen / 0- tot 18-jarigen
<i>Definitie</i>	De verhouding tussen investeringen in jonge kinderen (0-3j) versus het overheidsbudget voor 0-18 jaar.
<i>Relevantie</i>	Er is een uitgebreide wetenschappelijke onderbouw voor de stelling dat vroege interventies efficiënter en effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd. We verwijzen ondermeer naar Hoppenbrouwers (2010), Hermanns et al (2005), Heckman (2006) en Unicef (2008). Deze structuurindicator kan gelinkt worden aan subdoelstelling 2 van het Pact 2020 (efficiëntie en effectiviteit).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Deze indicator vergelijkt het budget dat de Vlaamse regering vrijmaakt voor kinderen van 0 tot 3 jaar (kinderopvang en preventieve gezondheidsondersteuning) met het totale overheidsbudget dat wordt vrijgemaakt voor kinderen van 0 tot 18 jaar. De noemer omvat alle uitgaven voor onderwijs van 3-18 jaar, de uitgaven voor jeugd en de uitgaven binnen welzijn, volksgezondheid en gezin voor de 3- tot 18-jarigen: het betreft hier de uitgaven voor de 7 sectoren die betrokken zijn bij Integrale Jeugdhulp.</p> <p>Men kan tevens werken met 7 jaar als bovengrens, zoals ook internationaal gebeurt (zie OECD). Het betreft dan de verhouding in budget voor 0- tot 6-jarigen / 0- tot 18-jarigen. Hier wordt geopteerd voor de 0- tot 3-jarigen in de teller, omdat het wetenschappelijk onderzoek aantoont dat die jonge leeftijd erg bepalend is voor de toekomstige levensloop. Het budget dat meegenomen wordt in de noemer zal nog verder geconcretiseerd dienen te worden.</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	Begroting Vlaamse regering / Departement WVG Departement Onderwijs
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	Er is op dit moment geen streefwaarde voorhanden.

Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	<p>Het betreft hier een structuurindicator die geen informatie geeft over de resultaten van het gevoerde beleid. Het geeft wel een indicatie van de mate waarin de overheid in jonge kinderen investeert.</p> <p>Het belangrijkste validiteitsprobleem betreft het uitklaren van hetgeen VAPH en bijzondere jeugdzorg vrijmaakt voor 0- tot 3-jarigen. Dit wordt nu meegeteld in de noemer, terwijl dit in de teller moet opgenomen worden. Op dit moment is het niet duidelijk of dit mogelijk is.</p>
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van problemen van betrouwbaarheid, aangezien de cijfers gebaseerd zijn op
<i>Vergelijkbaarheid</i>	<p>Deze indicator is nog nooit berekend, maar kan wel jaarlijks berekend worden op basis van de uitgaven van de Vlaamse overheid.</p> <p>Er kan tevens een meer ruwe indicator berekend worden die mogelijkheden biedt voor internationale vergelijking en die eenvoudiger te berekenen is: het budget dat vrijgemaakt wordt voor jonge kinderen in verhouding tot het bruto-nationaal product. In de OECD 'family database' is op dit moment dit cijfer enkel voor België aanwezig in 2005. België neemt in de OECD-ranking de zesde plaats in na IJsland Denemarken, Frankrijk, Zweden en Finland. Internationaal gezien wordt er met beide indicatoren gewerkt. België scoort beter voor de 0- tot 6-jarigen in vergelijking tot de 0- tot 3-jarigen, omwille van de relatief grotere investering in het kleuteronderwijs.</p>

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Bezettingsgraad in de voorschoolse kinderopvang
<i>Definitie</i>	De reële bezettingsgraad van de erkende plaatsen in de voorschoolse kinderopvang
<i>Relevantie</i>	Met betrekking tot de toereikendheid meet deze indicator het effectief gebruik van het aanbod. Een te lage bezetting is niet efficiënt maar een te hoge bezetting maakt het moeilijker om aan vraag naar flexibele of occasionele kinderopvang een antwoord te geven. De toegankelijkheid van kansengroepen komt hierdoor mogelijks ook in het gedrang. Kind en Gezin wenst deze toch te behouden. Deze indicator leidt dus mogelijks tot interpretatieproblemen. Deze indicator werd ook al in de CBGS-studie benadrukt als intersectorale indicator (Jacobs e.a., 2003).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Formule voor de bezettingsgraad in de erkende kinderdagverblijven: aantal opvangprestaties rekening houdend met de opvangduur/capaciteit X reëel aantal openingsdagen. Voor de diensten voor onthaalouders: aantal opvangprestaties rekening houdend met de opvangduur/capaciteit X 220 openingsdagen Niet inbegrepen: bezetting van de occasionele plaatsen
<i>Bron/ leverancier</i>	OSIRIS / Kind en Gezin
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Geen streefcijfer voorhanden. Er moet eerst uitgeklaard worden wat in het geval van de kinderopvang een goede norm is die de vraag naar flexibele en occasionele opvang niet onmogelijk maakt en die de toegankelijkheid voor de kansengroepen niet belemmert.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Een probleem bij deze indicator is dat de streefwaarde nog moet uitgeklaard worden. Het bepalen van de ideale bezettingsgraad is geen gemakkelijke opgave, omdat een te hoge bezetting de occasionele opvang in gevaar brengt. Een te lage bezetting is op zijn

	beurt ook minder efficiënt.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties over de onbetrouwbaarheid van de gegevens.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers zijn vergelijkbaar doorheen de tijd sinds 2007. Deze indicator is niet internationaal vergelijkbaar.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Toereikendheid van de kinderopvang: 500 per 1000 kinderen jonger dan 3 jaar in formele opvang
<i>Definitie</i>	Aantal kinderen jonger dan 3 jaar per 1000 kinderen in de formele voorschoolse kinderopvang
<i>Relevantie</i>	De toereikendheid van het aanbod wordt beleidsmatig verondersteld gerealiseerd te zijn wanneer 500 kinderen per 1000 opgevangen worden in de formele voorschoolse kinderopvang.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het aantal kinderen aanwezig in de formele voorschoolse kinderopvang in de week van 1 februari op het totaal aantal kinderen jonger dan 3 jaar op 1 januari volgens de registratie van Kind en Gezin.- Vlaams Gewest
<i>Bron/ leverancier</i>	Registratie aanwezige kinderen, week van 1 februari / Kind en Gezin
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	Streefwaarde voor Vlaanderen: 500 kinderen per 1000. Europees wordt gewerkt met de Barcelona-norm (33 kinderen op 100 jonger dan 3 jaar maken gebruik van formele kinderopvang).
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	500 gebruikers per 1000 kinderen is een streefcijfer. Het is onduidelijk of hiermee alle behoeften kunnen worden gedekt.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Het betreft een momentopname in één week in februari. Het is op dit moment niet geweten of deze keuze mogelijk leidt tot een minder betrouwbare meting.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Jaarlijkse rapportering en dus vergelijkbaar. Europees wordt vergeleken op basis van de Barcelona-norm (33 kinderen op 100 jonger dan 3 jaar maken gebruik van formele kinderopvang). Er is dus tevens een internationale benchmark voorhanden die echter heel wat lager is dan de Vlaamse streefnorm.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Gebruik van formele kinderopvang door de voorrangsgroepen op niveau van de voorziening
<i>Definitie</i>	Het aantal erkende kinderdagverblijven en het aantal erkende diensten voor onthaalouders dat de 20%-norm haalt. De voorgestelde indicator wil de aanwezigheid van kinderen komende uit voorrangsgroepen opvolgen. Dit is relevant in het kader van toegankelijkheid (sociale functie van de kinderopvang).
<i>Relevantie</i>	De mate waarin de formele kinderopvang erin slaagt om zijn sociale functie te realiseren (toegankelijkheid van de kinderopvang).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	De berekeningswijze is gebaseerd op de 20% norm. Dit is de verhouding van het totaal aantal kinderen uit voorrangsgroepen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het referentiejaar ten opzichte van het totaal aantal kinderen dat minstens 1 maal in de opvang aanwezig was in het referentiejaar. Sinds 2010 moeten alle erkende kinderdagverblijven en diensten voor onthaalouders registreren hoeveel kinderen uit voorrangsgroepen ze opvangen. Zodoende kan Kind en Gezin nagaan in hoeverre de 20%-regel (of 20% van de capaciteit ingevuld wordt door kinderen komende uit voorrangsgroepen) gehaald wordt.
<i>Bron/ leverancier</i>	OSIRIS / Kind en Gezin
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	20 % van de capaciteit wordt ingevuld door kinderen afkomstig uit de voorrangsgroepen. Er is wel geen streefnorm voorzien voor het aandeel voorzieningen dat aan deze norm moet voldoen.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De indicator geeft geen informatie over de regelmaat van het gebruik. Een ander validiteitsprobleem is het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing van de norm. Een derde validiteitsprobleem is dat het geaggregeerde resultaten zijn op niveau van de voorziening.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De gegevens zijn pas sinds 2010 beschikbaar. Deze gegevens zijn niet internationaal vergelijkbaar.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Betaalbaarheid van de kinderopvang
<i>Definitie</i>	Aandeel inkomensgerelateerde plaatsen ten opzichte van het totale aantal plaatsen in de formele kinderopvang
<i>Relevantie</i>	De sociale functie van de kinderopvang impliceert onder andere dat de kinderopvang ook betaalbaar is. Het betreft hier dus een structuurindicator die toelaat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van het huidige zorgaanbod te meten (subdoelstelling 2 Van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het aantal plaatsen waarbij de financiële bijdrage van het gezin inkomensgerelateerd is, in verhouding tot alle plaatsen met een erkenning of met een attest van toezicht op 31 december.
<i>Bron/ leverancier</i>	OSIRIS / Kind en Gezin
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Geen streefcijfer voorhanden.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Er kan op gewezen worden dat een inkomensgerelateerde bijdrage niet noodzakelijk betekent dat de kinderopvang ook betaalbaar is voor het gezin. Hieraan gaat een kostenbatenanalyse vooraf, waarin ook de opportuniteitskosten moeten meegenomen worden.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers zijn beschikbaar sinds 2001 Bij de interpretatie moet men er wel rekening mee houden dat pas in 2009 inkomensgerelateerde kinderopvang werd ingevoerd in de zelfstandige sector en dat er voordien dus geen inkomensgerelateerde plaatsen waren buiten de erkende sector. De indicator op zich is niet internationaal vergelijkbaar. In de studie van de EU (2009) zijn wel gegevens beschikbaar over de gemiddelde kostprijs van de kinderopvang per land.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Bereik van de preventieve gezinsondersteuning
<i>Definitie</i>	Deze indicator verwijst naar het aandeel van jonge kinderen dat bereikt wordt door de preventieve gezinsondersteuning. Het betreft het aantal jonge kinderen dat een kennismakingsbezoek kreeg, het aantal kinderen dat het eerste huisbezoek kreeg en het aantal kinderen dat het tweede huisbezoek kreeg.
<i>Relevantie</i>	Kind en Gezin onderschrijft het belang van het bereiken van alle pasgeboren kinderen als indicatie van de effectiviteit van zijn aanbod. Op dit moment wordt in Pact 2020 enkel het bereik van kansarme gezinnen gemonitord bij doelstelling 13 'Armoede'. Hier wordt het algemeen bereik voorgesteld.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	De teller betreft het aantal kinderen dat een kennismakingsbezoek kreeg (tijdsvork 0 - 36 maanden), het aantal kinderen dat het eerste huisbezoek kreeg (tijdsvork 1 dag - 5 weken) en het aantal kinderen dat het tweede huisbezoek kreeg (tijdsvork 4 - 12 weken). De noemer is het totale aantal kinderen geregistreerd door Kind en Gezin.
<i>Bron/leverancier</i>	Mirage / Kind en Gezin
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	De beheersovereenkomst 2011-2015 schuift twee normen naar voren: <ul style="list-style-type: none"> - Kind en Gezin stelt zich tot doel om een kennismakingsbezoek en een eerste huisbezoek aan te bieden aan alle kinderen. - Kind en Gezin stelt zich tot doel om een tweede huisbezoek aan te bieden aan minstens 90% van de kinderen.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Het betreft hier een procesindicator die aangeeft hoeveel kinderen bereikt worden.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er is geen indicatie van betrouwbaarheidsproblemen
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers worden jaarlijks berekend, maar zijn niet internationaal vergelijkbaar gezien de specificiteit van het Vlaamse model.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Aantal personen op de centrale registratie zorgvragen van het VAPH met een dringende zorgvraag
<i>Definitie</i>	Het totaal aantal personen dat met één of meerdere dringende zorgvragen bij de Centrale Registratie van Zorgvragen geregistreerd is. Bij het stellen van een zorgvraag dient een urgentiecode aangegeven te worden. Wij nemen enkel de dringende zorgvragen (UC1 en UC2) in beschouwing.
<i>Relevantie</i>	Het aantal personen op de centrale registratie zorg geeft een indicatie van de tijdigheid en toereikendheid van het huidige VAPH-aanbod. Deze indicator kan ook beschouwd worden als een indicatie van de effectiviteit van het aanbod, aangezien deze indicator ook de discrepantie tussen de indicatiestelling en de gerealiseerde hulp in kaart brengt.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal personen op CRZ met urgentiecode 1 en 2
<i>Bron/ leverancier</i>	CRZ / VAPH
<i>Tijds kader</i>	Halfjaarlijks publiceert het VAPH een "Zorgregierapport" (mei en oktober) met daarin de situatie van het voorbije semester.
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geëxpliciteerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Het systeem van urgentiecodes wordt in 2011 herzien wegens de kritiek dat het onvoldoende de objectieve zorgnood in kaart zouden brengen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	De werking van de multidisciplinaire teams wordt herzien, omwille van betrouwbaarheidsproblemen bij het beoordelen van de zorgvraag.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Doordat het systeem in 2011 herzien wordt en een nieuw systeem in ontwikkeling is, zijn de gegevens niet langer vergelijkbaar met de nulmeting in het Pact 2020. Er is geen internationale vergelijking mogelijk.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Aantal personen op de centrale registratie zorgvragen van het VAPH met een dringende zorgvraag die reeds gebruik maken van VAPH-ondersteuning
<i>Definitie</i>	Het totaal aantal personen dat met één of meerdere dringende zorgvragen bij de Centrale Registratie van Zorgvragen geregistreerd is. Bij het stellen van een zorgvraag dient een urgentiecode aangegeven te worden. Wij nemen enkel de dringende zorgvragen (UC1 en UC2) in beschouwing. Het betreft hier niet het totale aantal personen, maar die personen die al gebruik maken van een andere zorgvorm.
<i>Relevantie</i>	Deze indicator wordt door het VAPH als een indicatie van de toereikendheid en de tijdigheid van het aanbod beschouwd.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal personen op CRZ met urgentiecode 1 en 2 die al gebruik maken van VAPH-ondersteuning.
<i>Bron/ leverancier</i>	CRZ / VAPH
<i>Tijds kader</i>	Halfjaarlijks publiceert het VAPH een "Zorgregierapport" (mei en oktober) met daarin de situatie van het voorbije semester. Voor deze rapportage vergelijken we de steeds de situatie op 31 december.
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geëxpliciteerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Het systeem van urgentiecodes wordt op dit moment herzien wegens de kritiek dat ze onvoldoende de objectieve zorgnood in kaart zouden brengen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	De werking van de multidisciplinaire teams wordt herzien, net omwille van betrouwbaarheidsproblemen in het oordeel van de zorgnood.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Doordat het systeem in 2011 herzien wordt en een nieuw systeem in ontwikkeling is, zijn de gegevens niet langer vergelijkbaar met de nulmeting in het Pact 2020. Er is geen internationale vergelijking mogelijk.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het aandeel "persoonsgebonden budget" versus "het totale budget zorg in natura bij het VAPH
<i>Definitie</i>	Deze financiële structuurindicator geeft de ratio weer tussen het budget dat rechtstreeks aan de cliënt wordt overgemaakt in vergelijking met het budget dat aan zorgorganisaties en zorg in natura wordt overgemaakt.
<i>Relevantie</i>	De werkgroep die samen met het CBGS de studie rond indicatoren voor het Pact van Vlaanderen uitvoerde, beschouwde deze indicator al als een indicator die oog heeft voor de mate waarin de autonomie van de cliënt wordt versterkt en de mate waarin de vraagsturing wordt gerealiseerd. De indicator werd uiteindelijk in de studie niet behouden, omdat ze een onvoldoende toepasbaarheid heeft in alle WVG-sectoren. Ondertussen is het belang van vraagsturing toegenomen en zeker binnen de sector van de ondersteuning voor PmH. Deze indicator vertrekt wel van een sterk afgelijnde invulling van vraagsturing, waarbij de gebruiker het laatste woord heeft. Deze indicator past ook binnen Perspectief 2020. Deze structuurindicator geeft een indicatie van de effectiviteit van het huidige aanbod, waarbij de realisatie van de vermaatschappelijking van de zorg en vraagsturing wordt opgevolgd.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Wat afbakening betreft dient rekening gehouden te worden met zowel de PAB, PGB alsook de persoonsvolgende budgetten (volgen persoon los van voorziening; 100-tal lopende dossiers in 2011). De exacte berekening is dus: Budget voor PAB en PGB en persoonsvolgende budgetten / totale zorgbudget zorg in natura.
<i>Bron/ leverancier</i>	Begroting VAPH
<i>Tijds kader</i>	jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geformuleerd. Deze indicator geeft wel een zicht op de verhouding tussen vraag- en aanbodsturing doorheen de tijd.

Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Dit is een nieuwe indicator die nog berekend moet worden. De belangrijkste validiteitsvraag betreft of vraagsturing voor iedereen een optie moet zijn. Het Perspectief 2020 benadrukt in ieder geval het belang van autonomie en zelfbeschikking van de PmH.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze indicator kan wel retrospectief berekend worden sinds het ontstaan van de vraagsturing door middel van het PAB.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De budgettaire verhouding tussen ambulante en residentiële zorg in natura in de sector 'ondersteuning personen met een handicap'
<i>Definitie</i>	Deze indicator meet de verhouding in het budget dat vrijgemaakt wordt voor ambulante en residentiële zorg in natura.
<i>Relevantie</i>	Perspectief 2020 benadrukt de vermaatschappelijking van de zorg: de personen met een handicap moeten zoveel als mogelijk kunnen participeren aan de samenleving. Deze indicator geeft een indicatie van de effectiviteit van de zorg, in termen van een realisatie van de vermaatschappelijking (subdoelstelling 2 van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het budget dat vrijgemaakt wordt voor ambulante zorg in natura / het budget voor residentiële zorg in natura. Er stellen zich bij de berekening wel mogelijks problemen m.b.t. een aantal plaatsen die nu nog erkend zijn als residentiële plaatsen, maar die internationaal als inclusieve vormen van wonen beschouwd worden. Op dit moment stellen we voor om te werken met de indeling die in het jaarverslag 2010 van het VAPH wordt gemaakt tussen ambulante en residentiële zorg.
<i>Bron/ leverancier</i>	Begroting VAPH
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering via het jaarverslag.
<i>Streefwaarde</i>	Er kan geen streefwaarde berekend worden. Deze indicator heeft vooral een signaalfunctie.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De indicator is geïnspireerd op de internationaal gevalideerde indicator over het aantal residentiële bedden in de GGZ. In de internationale literatuur wordt deze indicator gebruikt om aan te geven in welke mate de vermaatschappelijking van de zorg gerealiseerd is. Het betreft evenwel een structuurindicator die geen uitspraken toelaat over de gerealiseerde participatie van de PmH aan de samenleving.

<i>Betrouwbaarheid</i>	Er is geen weet van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze indicator kan retrospectief berekend worden vanaf 2010. Er is geen internationale vergelijkbaarheid op dit moment. Bij de OECD worden wel cijfers ontwikkeld over het budget dat vrijgemaakt wordt aan langdurige zorg in vergelijking tot het BNP. Langdurige zorg omvat wel een aantal verschillende zorgvormen (o.a. thuiszorg, ouderenzorg, zorg voor personen met een handicap).

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De realisatie van inclusief onderwijs voor kinderen met een handicap
<i>Definitie</i>	De mate waarin kinderen met een handicap participeren aan het reguliere onderwijs.
<i>Relevantie</i>	De PISA-indicatoren zijn internationaal gevalideerde onderwijsindicatoren. Deze lijst bevat ook twee indicatoren voor de realisatie van inclusief onderwijs. De hier voorgestelde indicator geeft aan in welke mate kinderen met een handicap al dan niet binnen het reguliere onderwijs een plaats krijgen. Onder het domein 'Talent' van Pact 2020 zijn op dit moment geen indicatoren rond inclusief onderwijs opgenomen. Deze resultaatsindicator geeft een zicht op de mate van realisatie van inclusief onderwijs (effectiviteit binnen Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Kinderen met een handicap die in het regulier onderwijs les volgen (geïntegreerd onderwijs) / aantal kinderen met een handicap die in het bijzonder onderwijs les volgen + het aantal kinderen met een handicap die in het regulier onderwijs les volgen (geïntegreerd onderwijs).</p> <p>De cijfers zijn afkomstig van het Departement Onderwijs. De erkenning van de handicap binnen het onderwijs is gebaseerd op de zeven types of doelgroepen in het onderwijs. Het CLB is verantwoordelijk voor de screening van de kinderen. Op dit moment worden de criteria van de verschillende types herzien en geoptimaliseerd. De teller en de noemer zijn voorhanden maar zullen eerst nog verder uitgeklaard moeten worden vooraleer deze indicator voldoende valide en betrouwbaar is.</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	Departement onderwijs
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde voorhanden.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Het belangrijkste probleem bij deze indicator is dat er geen 'objectieve controle' is of kinderen al dan niet beter af zijn in het regulier onderwijs. Los van deze opmerking blijft het bijzonder rele-

	vant om de evolutie van deze indicator op te volgen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Het proces van 'indicatiestelling' door de CLB wordt op dit moment herzien en in samenspraak met VAPH worden protocollen ontwikkeld om dit proces te objectiveren.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze indicator kan mogelijks retrospectief berekend worden, en dit sinds de invoering van het Geïntegreerd Onderwijs in 1998. Er moet wel rekening gehouden worden met de betrouwbaarheidsproblemen bij de definitie van handicap. Dit bemoeilijkt ook de internationale vergelijkbaarheid.

Conceptueel	
Benaming	Aantal personen met een handicap geweigerd in CGG omwille van een gebrek aan expertise
Definitie	Aantal personen met een handicap die wordt aangemeld en geweigerd in CGG omwille van een gebrek aan expertise.
Relevantie	In het kader van de mate van toegankelijkheid van de reguliere dienstverlening kan gemonitord worden of PmH geweigerd worden in CGG omwille van gebrek aan expertise. Deze procesindicator kan gelinkt worden aan het concept 'toegankelijkheid' van het Pact 2020.
Methodologisch	
Berekeningswijze	In het EPD van de CGG wordt geregistreerd om welke redenen personen geweigerd worden. Personen met een handicap kunnen gedetecteerd worden door de variabele 'verwijzer' en de variabele 'motivatie geen hulp'. Dus het aantal personen dat vanuit de zorg voor personen met een handicap wordt doorverwezen naar de CGG maar daar niet geholpen wordt omwille van een gebrek aan expertise
Bron/ leverancier	Elektronisch Patiëntendossier / Zorg en Gezondheid
Tijds kader	Jaarlijks
Streefwaarde	Er is geen streefwaarde bepaald.
Kwaliteit	
Validiteit	Dit is één, weliswaar beperkte, indicatie van de toegankelijkheid van de dienstverlening. Het betreft enkel cijfers op basis van steekproeven: de CGG moeten dit slechts gedurende 2 maanden per jaar registreren (nl. mei en oktober).
Betrouwbaarheid	Dit is een verplicht veld in het EPD, maar het moet verder onderzocht worden hoe betrouwbaar de registratie is voor de twee gebruikte variabelen.
Vergelijkbaarheid	Het EPD is in gebruik sinds 2007 in de CGG.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De verhouding tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulp in de bijzondere jeugdzorg
<i>Definitie</i>	De mate waarin de gerealiseerde hulp overeenstemt met de geïndiceerde hulp.
<i>Relevantie</i>	In de wetenschappelijke literatuur wordt de verhouding geïndiceerde versus gerealiseerde hulp als een indicator van effectiviteit beschouwd. Deze resultaatsindicator laat toe om subdoelstelling 2 van het Pact 2020 te monitoren.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Deze indicator is uit Domino te trekken en aan te leveren door Jongerenwelzijn. Via het ingevulde trajectformulier worden de wenselijke indicatiestellingen gekoppeld aan de effectieve hulp.</p> <p>Indicatiestelling t.o.v. beslissing (identiek/niet identiek): indien de aangeduide hulpverleningscategorie bij indicatiestelling dezelfde is, als die bij beslissing (effectieve hulp), dan zijn beide "identiek" en is er geen verschil, in het andere geval (niet identiek) spreken we van een verschil tussen indicatiestelling en beslissing.</p> <p>Effectieve hulp: hulpverleningscategorie van de effectieve hulp (eerst worden de erkende hulpverleningscategorieën BJB weergegeven, daarna de gemeenschapsinstellingen, begeleiding door consulent, PSA en de overige mogelijke hulpverleningscategorieën)</p> <p>Indicatiestelling: door de consulent aangeduide hulpverleningscategorie als prioritair wenselijk.</p> <p>De teller is het totale aantal identieke scores in de verhouding indicatiestelling en effectieve hulp. De noemer is het totale aantal indicatiestellingen.</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	Domino / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Het aantal dossiers waarin een verschil bestaat tussen de geïndiceerde hulpverlening en de gerealiseerde hulpverlening blijft onder de 25% (Bron: Beheersovereenkomst 2011-2015).

Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De overgang naar multifunctionele centra bemoeilijkt het gebruik van deze indicator, omdat een MFC combinaties van modules en werkvormen kan inzetten op maat van de cliënt. Dan moet er als het ware opgevolgd worden wat er achter de deur van het MFC gebeurt. Met betrekking tot de indicatiestelling kan er een verschillende interpretatie zijn tussen de consulent en de rechtbank aangezien het strafdossier nog bijkomende relevante informatie bevat waarover de consulent niet beschikt. Een laatste probleem is het knelpunt van enigszins aanbodgestuurde indicatiestelling (zeker vanuit rechtbank) .
<i>Betrouwbaarheid</i>	In DOMINO zijn in januari 2011 aanpassingen gedaan die de kwaliteit zouden moeten verhogen. Bovendien stelt men bij Jongerenwelzijn ook een leerproces vast wat betreft het werken met indicatoren. In het verleden bleek wel uit verschillende onderzoeksprojecten (Grietens et al., 2007) dat de kwaliteit van de indicatiestelling in de bijzondere jeugdzorg een pijnpunt is. Dit vertaalt zich waarschijnlijk ook in de mate van betrouwbaarheid hiervan in de registratie.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers zijn doorheen de tijd vergelijkbaar sinds de invoering van DOMINO in 2004. Deze indicator is gebaseerd op het Nederlandse model, maar gezien de verschillende organisatiemodellen van de jeugdhulp zijn de cijfers moeilijk vergelijkbaar.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De mate van doelrealisatie op het einde van de hulpverlening in de bijzondere jeugdzorg vanuit het perspectief van de hulpverlener
<i>Definitie</i>	De mate waarin de vooropgestelde doelen ook gerealiseerd worden vanuit het perspectief van de hulpverlener.
<i>Relevantie</i>	Deze resultaatsindicator geeft een indicatie van de effectiviteit van de jeugdzorg en kan gelinkt worden aan subdoelstelling 2 van het Pact 2020.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Op basis van registratie in tabblad 'uitstroom' van BINC. Het betreft het aantal jongeren waarvoor de doelen gerealiseerd worden in vergelijking met het totaal aantal begeleide jongeren.
<i>Bron/ leverancier</i>	BINC / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De piloottest van het BINC-systeem leert dat hulpverleners nog niet goed vertrouwd zijn met deze werkwijze. De doelrealisatie is bovendien niet enkel afhankelijk van de geboden hulp. Dit impliceert dat deze indicator met de nodige voorzichtigheid moet geïnterpreteerd worden. De evolutie van het cijfer geeft natuurlijk wel een belangrijk signaal.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Betrouwbare registraties worden verwacht ten vroegste na 2012. Vanaf 2012 zijn in ieder geval alle variabelen verplicht te registreren in BINC.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Ten vroegste na 2012 beschikbaar. Deze indicator is gebaseerd op het Nederlandse systeem. Of de cijfers internationaal vergelijkbaar zijn, is niet duidelijk.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De mate van doelrealisatie op het einde van de hulpverlening in de bijzondere jeugdzorg vanuit het oogpunt van de jongere
<i>Definitie</i>	De mate waarin de vooropgestelde doelen ook gerealiseerd worden vanuit het perspectief van de cliënt.
<i>Relevantie</i>	Deze resultaatsindicator geeft een indicatie van de mate van effectieve zorg en meet tevens de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker (subdoelstelling 2 van het Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Op basis van registratie in tabblad 'uitstroom' van BINC. Het betreft het aantal jongeren waarvoor de doelen gerealiseerd worden in vergelijking met het totaal aantal begeleide jongeren op basis van het perspectief van de jongere zelf.
<i>Bron/ leverancier</i>	BINC / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De piloottest leert dat hulpverleners nog niet goed vertrouwd zijn met deze werkwijze. De doelrealisatie is bovendien niet enkel afhankelijk van de geboden hulp. Dit impliceert dat deze indicator met de nodige voorzichtigheid moet geïnterpreteerd worden. De evolutie van het cijfer geeft natuurlijk wel een belangrijk signaal. Bij de nameting van het functioneren van de jongere wordt enkel (in samenspraak) het perspectief van de hulpverlener genoteerd.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Betrouwbare registraties worden verwacht ten vroegste na 2012. Vanaf 2012 zijn in ieder geval alle variabelen verplicht te registreren in BINC. In BINC worden de 3 perspectieven geregistreerd: hulpverlener, cliënt en cliëntstelsel. BINC rekent op de professionaliteit van de hulpverlener om dat ook aan de cliënt voor te leggen en op een correcte manier te registreren. Dit maakt deze indicator gevoelig voor manipulatie.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Ten vroegste na 2012 beschikbaar. Geen internationale vergelijking.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het vermijden van heraanmelding in de bijzondere jeugdzorg
<i>Definitie</i>	Het vermijden van heraanmeldingen van jongeren in de bijzondere jeugdzorg
<i>Relevantie</i>	Met betrekking tot effectieve zorgverlening wordt in de wetenschappelijke literatuur heraanmelding als een indicatie beschouwd van een hulpverlening die minder effectief is. Deze resultaatsindicator laat toe om subdoelstelling 2 van het Pact 2020 te monitoren.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Momenteel zijn enkel de heraanmeldingen tot 18 jaar beschikbaar. Een andere opmerking is wat te doen met meerdere kinderen in gezin (kind 1 wordt niet heraangemeld, kind 2 wel). Er wordt nu geregistreerd op kindniveau en niet op niveau van het gezin. Hetzelfde probleem stelt zich bij thuisbegeleiding: voor welk kind geldt de begeleiding? Een gelijkaardige opmerking betreft de tijdsduur tussen aanmeldingen. Wat te doen bijvoorbeeld met een jongere die een POS-maatregel krijgt op 6 jaar en een MOF-maatregel op 16 jaar? Is het dan nog relevant om te spreken van een heraanmelding? In Nederland gebruikt men de bovengrens van maximaal 2 jaar. Daarna spreekt men niet meer van een heraanmelding.</p> <p>De indicator is: aantal heraanmeldingen / totaal aantal aanmeldingen.</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	DOMINO / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geformuleerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	In het huidig systeem is er al sprake van een heraanmelding wanneer iemand zeer kort uit het systeem verdwijnt. Een typisch voorbeeld is een jongere die een residentiële voorziening verlaat en vervolgens thuisbegeleiding zal krijgen. Indien die thuisbegeleiding pas na 3 maanden voorhanden is, is er sprake van heraanmelding. In de registratie is de nuance voorhanden van ver-

	schillende trajecten tussen aanmelding en heraanmelding (vb was er al dan niet case-onderzoek). Er is derhalve eerst nood aan een heldere definitie van het concept 'heraanmelding', waarop volgens de registratie geënt wordt.
<i>Betrouwbaarheid</i>	De betrouwbaarheid van de registratie zal verhoogd worden mits een heldere omschrijving van het concept, zodat het op een uniforme wijze door de consulenten wordt gehanteerd.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De heraanmelding zit vervat in DOMINO en wordt geregistreerd sedert 2008. Geen internationale vergelijking mogelijk.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De wachtduur per beschikbare werkvorm in de bijzondere jeugdzorg
<i>Definitie</i>	De gemiddelde en mediaan wachtduur op de wachtlijst, per werkvorm
<i>Relevantie</i>	Tijdigheid van de hulpverlening is een belangrijk toetscriterium, zeker in de jeugdhulp. Deze procesindicator geeft een indicatie van de tijdigheid, van de toereikendheid en de effectiviteit van het zorgaanbod (subdoelstelling 1 en 2 van Pact 2020 en subdoelstelling 5 van het Pact 2020). Indien de hulpverlening er niet tijdig is, gaat men er in de literatuur vanuit dat de effectiviteit lager zal zijn. Tijdige hulp is mogelijk indien er een toereikend aanbod is.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Er kan voor de duur wel pas gemeten worden vanaf het moment dat men van de wachtlijst is (aanmelding/plaats beschikbaar/opname effectief/van de wachtlijst). Best is dus te kijken naar de maandelijkse cijfers van de gemiddelde wachtduur van die personen die van de wachtlijst af zijn, per reden (meerderjarig, geen hulp meer nodig). Het vat niet diegenen die nog steeds wachten.</p> <p>Gemiddelde en mediaan van de wachttijd per wachtlijst voor de jongeren die van de wachtlijst verdwenen zijn: het aantal dagen tussen de aanmeldingsdatum en de datum dat de minderjarige in loop van de maand van de wachtlijst verdween door schrapping of opname (afgesloten dossiers). Excl. wachtenden VAPH en CKG.</p> <p>De wachttijd wordt in dagen uitdrukt. En de wachttijd wordt per werkvorm afzonderlijk berekend.</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	Centrale Wachtlijst / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Maandelijkse rapportering. De cijfers op een hoger niveau (kwartaal en jaar) zijn steeds het gemiddelde van de cijfers op een lager niveau. Dus steeds een gemiddelde van de gemiddeldes of van de medianen. Indien voor een bepaalde maand er geen wachtende jongeren zijn en ook geen wachttijden, dan wordt dit als waarde "0" meegeteld in het berekenen van gemiddelden op een hoger tijdsperiodeniveau.

<i>Streefwaarde</i>	Het Pact 2020 hanteert als streefwaarde om niemand op de wachtlijst te hebben. Dit impliceert ook dat er geen wachttijd is.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Er zijn geen validiteitsproblemen gesignaleerd.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn mogelijks enkele problemen met het moment dat er gemeten kan worden of iemand effectief van de wachtlijst is. Een ander betrouwbaarheidsprobleem heeft ook te maken met het moment van de meting. De ene maand zijn er bijvoorbeeld geen wachtenden, de andere maand wel. De cijfers fluctueren dus per maand.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Sinds 2010 voorhanden. Geen internationale vergelijkbaarheid.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De bezettingsgraad van voorzieningen bijzondere jeugdzorg
<i>Definitie</i>	De gemiddelde bezettingsgraad: Aantal bezette plaatsen / aantal erkende plaatsen.
<i>Relevantie</i>	De bezettingsgraad als procesindicator geeft een indicatie van de toereikendheid van het huidig aanbod (subdoelstelling 2 en 5 van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	<p>Aantal begeleidingsdagen van de maatregel / aantal erkende capaciteit in dagen</p> <p>Capaciteit in dagen: capaciteit vermenigvuldigd met het aantal dagen in de betrokken tijdsperiode.</p> <p>Begeleidingsdagen: de som van het aantal begeleidingsdagen van de maatregelen in de betrokken tijdsperiode.</p> <p>We weerhouden enkel de maatregelen binnen de werkvormen "begeleidingstehuizen", "gezinstehuizen", "dagcentra", "diensten begeleid zelfstandig wonen", "onthaal-, oriëntatie en observatiecentra", "thuisbegeleidingsdiensten".</p> <p>De gemiddelde bezettingsgraad wordt berekend door de deling te maken van het aantal begeleidingsdagen en de respectievelijke capaciteit in dagen (capaciteit vermenigvuldigd met het aantal dagen in de betrokken tijdsperiode).</p>
<i>Bron/ leverancier</i>	Begeleidingsdagen op basis van Domino en bestand met gegevens over de erkende capaciteit / Jongerenwelzijn.
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefcijfer geëxpliciteerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De bezettingsgraad wordt beschouwd als een valide indicator van toereikendheid (zie CBGS-studie).
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze gegevens zijn doorheen de tijd vergelijkbaar, maar niet internationaal vergelijkbaar.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De caseload van de consulenten bij de Comités Bijzondere Jeugdzorg en de sociale diensten van de Jeugdrechtbank
<i>Definitie</i>	Het aantal dossiers per consulent bij Comités bijzondere jeugdzorg en de sociale diensten van de Jeugdrechtbank.
<i>Relevantie</i>	Een structuurindicator voor de geboden kwaliteit. Deze indicator wordt in de beheersovereenkomst ook gelinkt aan het waken over de uitvoering van de hulpverlening door de begeleiding van het hulpverleningstraject. Bij een gemiddelde van 60 dossiers per VTE zijn twee evaluaties per jaar in ieder dossier verzekerd.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	De berekening van de caseload is uitgewerkt in het document 'Een werklastnorm voor de consulenten van de sociale diensten van de Bijzondere Jeugdbijstand' van Möbius.
<i>Bron/ leverancier</i>	Domino / Jongerenwelzijn
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Een gemiddelde van 60 dossiers per VTE
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De indicator bouwt voort op het onderzoek van Verlinden en Breda (1999).
<i>Betrouwbaarheid</i>	Het meten van de caseload is een momentopname, dat mogelijk fluctueert doorheen de tijd. Dit wordt opgevangen door te werken met een gemiddelde op jaarbasis.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De werklastmeting is beschikbaar vanaf 2008.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het percentage jongeren in de Bijzondere Jeugdzorg dat akkoord is met de ontvangen hulpverleningsvorm
<i>Definitie</i>	Op basis van de onderzochte cases bepaalde Zorginspectie het percentage jongeren dat inspraak kreeg bij het opstellen van de doelstellingen en het percentage jongeren dat akkoord gaat met de hulpverleningsvorm.
<i>Relevantie</i>	Relevant in het kader van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Dit werd reeds opgenomen in de intersectorale toets van het decreet rechtspositie minderjarige door Zorginspectie.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het betreft een steekproef van voorzieningen uit de verschillende sectoren van de IJH. Het betreft de score op de vraag: "De minderjarige is akkoord met de hulpverleningsvorm".
<i>Bron/ leverancier</i>	Cijferrapport Agentschap Zorginspectie
<i>Tijds kader</i>	Er is op dit moment een eenmalige toets van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen voorhanden.
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geformuleerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Het betreft hier wel een steekproef van voorzieningen. Gelet op de omvang van de sector werden in de bijzondere jeugdzorg enkel de residentiële voorzieningen geëvalueerd: de begeleidingstehuizen, de gezinstehuizen en de OOC. In totaal betrof het 91 voorzieningen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Het betreft hier gegevens op basis van de eenmalige inspectie. Aangezien het gaat om een eenmalige meting, kunnen er mogelijk betrouwbaarheidsproblemen zijn, die te wijten zijn aan het nieuwe karakter van de meting.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Cijfers enkel beschikbaar voor 2010

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De bezettingsgraad van de vluchthuizen, de integrale begeleiding voor thuislozen in opvangcentra en crisisopvangcentra
<i>Definitie</i>	Het aantal bezette plaatsen / het aantal erkende plaatsen in de opvangvoorzieningen van het CAW
<i>Relevantie</i>	Deze indicator wordt beschouwd als een indicatie van de toereikendheid van het aanbod.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal bezette opvangplaatsen / totaal aantal plaatsen in de opvangcentra. Met opvangcentra worden de vluchthuizen, opvangcentra voor thuislozen en de crisisopvangcentra bedoeld.
<i>Bron/ leverancier</i>	Boordtabellen / Afdeling Welzijn en Samenleving
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Met betrekking tot de bezettingsgraad stelt zich een belangrijk probleem in de wijze waarop de opvangvoorzieningen de hulpverlening invullen. De duur van de opvang kan te maken hebben met de beschikbaarheid of het gebrek aan doorstroommogelijkheden. Dus een hoge bezettingsgraad impliceert niet noodzakelijk een tekort aan opvangplaatsen, maar mogelijks een tekort aan doorstromingsmogelijkheden, waardoor gebruikers te lang in de opvangvoorzieningen verblijven. Voor crisisopvangcentra kan een gelijkaardige redenering opgebouwd worden. Crisisopvang moet niet noodzakelijk de eerste aangewezen interventie in geval van een crisis, maar kan wel door een CAW als oplossing voorgesteld worden. Hierdoor worden plaatsen mogelijks oneigenlijk bezet.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Op dit moment zijn de cijfers niet helemaal betrouwbaar, omdat de verhouding soms hoger is dan 1. De reden hiervoor heeft te maken met de opvang van kinderen die worden meegeteld.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze gegevens zijn doorheen de tijd vergelijkbaar.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	de aanwezigheid van de onthaalfunctie van het CAW in elke kleinstedelijke regio in Vlaanderen
<i>Definitie</i>	Deze structuurindicator meet de aanwezigheid van het onthaal op het niveau van de kleinstedelijke regio in Vlaanderen.
<i>Relevantie</i>	De CAW realiseren een onthaalfunctie voor de gehele bevolking. De toegankelijkheid van het aanbod wordt hier gedefinieerd in termen van geografische nabijheid die aansluit bij de laagdrempeligheid van een CAW. Eén van de kerntaken van het onthaal is vraagverheldering. Op die manier kan de gebruiker zijn hulpvraag ontrafelen en op zoek gaan naar een gepast antwoord binnen het zorgaanbod. De aanwezigheid van het onthaal draagt dus bij tot de toegankelijkheid van het zorgaanbod (subdoelstelling 1 van Pact 2020.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal kleinstedelijke regio's met een volwaardig CAW-onthaal. Op dit moment is niet bepaald wanneer er sprake is van een volwaardig onthaal (bv. in termen van openingsuren, aantal hulpverleners). Het betreft hier zowel het algemeen onthaal als het jongerenonthaal. De definitie van een volwaardig onthaal moet nog bepaald worden (in termen van openingsuren en personeelsbezetting).
<i>Bron/ leverancier</i>	Boordtabellen / Afdeling Welzijn en Samenleving
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De validiteit van de indicator hangt samen met de definitie van een volwaardig onthaal.
<i>Betrouwbaarheid</i>	De boordtabellen zijn een betrouwbare informatiebron. Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze gegevens zijn jaarlijks te berekenen.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het percentage jongeren dat begeleid wordt door het CAW en inspraak heeft bij het opstellen van de doelstellingen van de hulpverlening
<i>Definitie</i>	Op basis van de onderzochte cases bepaalde Zorginspectie het percentage jongeren dat inspraak kreeg bij het opstellen van de doelstellingen en het percentage jongeren dat akkoord gaat met de hulpverleningsvorm
<i>Relevantie</i>	Relevant in het kader van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker. Dit werd reeds opgenomen in de intersectorale toets van het decreet rechtspositie minderjarige door Zorginspectie.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het betreft een steekproef van CAW-voorzieningen. Het betreft de score op de vraag: "De minderjarige heeft inspraak bij het opstellen van de doelstellingen van zijn hulpverlening (of hulpverleningstraject)" Voor de CAW zijn er wel slechts 50 cases onderzocht.
<i>Bron/ leverancier</i>	Cijferrapport Agentschap Zorginspectie
<i>Tijds kader</i>	Er is op dit moment een eenmalige toets van het Decreet Rechtspositie Minderjarigen voorhanden.
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde geformuleerd
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Inspraak in de hulpverlening is één van de kenmerken dat toelaat het gebruikersperspectief in kaart te brengen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Gezien het kleine aantal onderzochte cases van de JAC is de betrouwbaarheid van de resultaten mogelijk onvoldoende.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Cijfers enkel beschikbaar voor 2010.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De vroegtijdige uitval in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
<i>Definitie</i>	Aantal vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies in de CGG.
<i>Relevantie</i>	Eenzijdige afsluitingen worden beschouwd als een indicatie van een onvoldoende effectiviteit van de huidige werking van het aanbod. Deze indicator is één van de 10 beleidsindicatoren voor de CGG.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij zorgperiodes van meer dan 4 sessies in de CGG ten opzichte van alle zorgperiodes met meer dan 4 sessies.
<i>Bron/ leverancier</i>	EPD / Zorg en Gezondheid
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Deze indicator is wetenschappelijk onderbouwd (zie Prestatie-indicatoren in de Nederlandse GGZ, ontwikkeld door het Nederlandse wetenschappelijk onderzoeksinstituut Trimbos).
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Beschikbaar sinds 2007

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het aantal psychiatrische bedden in de geestelijke gezondheidszorg per 100.000 inwoners
<i>Definitie</i>	Aantal psychiatrische bedden in de GGZ per 100.000 inwoners
<i>Relevantie</i>	Deze indicator wordt internationaal beschouwd als één van de structuurindicatoren die de vermaatschappelijking van de zorg meet. We kunnen dit beschouwen als een indicatie van de effectiviteit van het huidige zorgaanbod, aangezien het federale en Vlaamse beleid inzetten op de institutionalisering.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid berekent jaarlijks het aantal bedden op basis van de verleende erkenningen op 31 december van het jaar. De beschikbare cijfers via de website van Zorg en Gezondheid moeten afgezet worden ten opzichte van de bevolking ouder dan 18 jaar in Vlaanderen. Belangrijk hierbij is te bepalen wat als bedden wordt beschouwd. Internationaal worden PVT hierbij gerekend. Het meerekenen van Beschut Wonen verschilt tussen landen en regio's.
<i>Bron/ leverancier</i>	Agentschap Zorg en Gezondheid
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Streefwaarde is niet voorhanden.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Internationaal gevalideerde indicator.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Cijfers zijn betrouwbaar.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Cijfers zijn beschikbaar vanaf 2000 en zijn internationaal vergelijkbaar (zie www.eurostat.eu).

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het percentage dossiers in de gezinszorg met een BEL-profiel hoger dan 35
<i>Definitie</i>	De mate van zorgafhankelijkheid determineert het gebruik van gezinszorg
<i>Relevantie</i>	Een effectieve en efficiënte thuiszorg wordt ingezet voor de meest zorgbehoevenden, volgens de Beheersovereenkomst 2011-2015. Deze procesindicator geeft dus een indicatie van de efficiëntie van het zorgaanbod (subdoelstelling 2 van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal geholpen dossiers in de gezinszorg met een BEL-profiel > 35 / het totale aantal dossiers in de gezinszorg. Het betreft dus het aantal dossiers en niet het aantal gebruikers.
<i>Bron/ leverancier</i>	Vesta / Zorg en Gezondheid
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	In de noemer wordt gewerkt met het totale aantal dossiers in de gezinszorg. In de noemer zijn dus niet de totale populatie van zorgbehoevenden opgenomen, maar enkel de zorgbehoevenden die gebruik maken van de gezinszorg. Een mogelijkheid bestaat erin om de groep van zorgbehoevenden te berekenen op basis van het aantal gerechtigden op een tussenkomst van de zorgverzekering (ook gebaseerd op de BEL-score > 35).
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er is een betrouwbaarheidsprobleem gezien de missing values voor ongeveer 5 % van alle dossiers in de gezinszorg.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers zijn beschikbaar vanaf 2009.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het aantal forfaits B en C in dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf
<i>Definitie</i>	De mate van zorgafhankelijkheid determineert het gebruik van dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf.
<i>Relevantie</i>	Een effectieve en efficiënte thuiszorg (hier in de vorm van thuiszorgondersteunende diensten zoals de dagverzorgingscentra en centra voor kortverblijf) wordt ingezet voor de meest zorgbehoevenden, volgens de Beheersovereenkomst. Deze procesindicator geeft dus een indicatie van de effectiviteit en efficiëntie van het zorgaanbod (subdoelstelling 2 van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het betreft hier het aantal forfaits. Dit aantal stemt niet overeen met het effectieve aantal personen met zo'n forfait. Het betreft hier jaargegevens, waarbij één oudere van zorgforfait kan wijzigen. Op dit moment is er geen noemer gedefinieerd in de Beheersovereenkomst.
<i>Bron/ leverancier</i>	IMA / Zorg en Gezondheid
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde bepaald.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Deze indicator moet met de nodige voorzichtigheid gedefinieerd worden, omdat er geen noemer gedefinieerd is. Het aantal geeft een indicatie van het aantal zwaar zorgbehoevenden die nog thuis verblijven. Tegelijkertijd moet er mee opgepast worden dat de thuiszorgondersteunende diensten niet enkel ingezet worden voor de meest zorgbehoevenden, omdat dit hun preventieve werking ondermijnt. Deze centra kunnen ook gebruikt worden door minder zwaar zorgbehoevenden, zodat ook hun mantelzorgers ontlast worden.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er is een mogelijkheid van dubbeltellingen, omdat individuen tij-

	dens het jaar van forfait kunnen veranderen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De data zijn bij Zorg en Gezondheid beschikbaar voor de periode 2004-2008. Deze indicator is opgenomen in de Beheersovereenkomst 2011-2015. De scores moeten hiervoor geactualiseerd worden.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het aandeel rechthebbenden met forfaits A, B en C in Woonzorgcentra (WZC)
<i>Definitie</i>	De mate van zorgafhankelijkheid determineert het gebruik van de woonzorgcentra.
<i>Relevantie</i>	Een effectieve en efficiënte woonzorg wordt ingezet voor de meest zorgbehoevenden, volgens de beheersovereenkomst van Zorg en Gezondheid 2011-2014. Dit kan gelinkt worden met subdoelstelling 2 van het Pact 2020 (efficiëntie en effectiviteit van zorgaanbod).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Aantal rechthebbenden met forfaits A, B en C in WZC ten opzichte van het totale aantal bewoners WZC.
<i>Bron/ leverancier</i>	IMA / Zorg en Gezondheid
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Er zijn geen indicaties van geldigheidsproblemen. De indicator maakt duidelijk in welke mate woonzorgcentra zorgbehoevenden opvangen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	In de beheersovereenkomst wordt enkel gewerkt met het totale aantal en niet met het aandeel. Het totale aantal bewoners in de woonzorgcentra kan bekomen worden bij het RIZIV. Er is een mogelijkheid van dubbeltellingen omdat mensen van categorie kunnen veranderen tijdens het jaar.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De cijfers zijn beschikbaar voor de periode 2004-2008. Er volgt een actualisering.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De wijze van contactname met een medisch specialist
<i>Definitie</i>	De wijze van contactname met een medisch specialist als resultaat van een doorverwijzing vanuit de eerste lijn.
<i>Relevantie</i>	De eerstelijnsgezondheidszorg pleit voor een versterking van de eerstelijnszorg. De wijze van contactname van een medisch specialist geeft een indicatie van de echelonnisering van de gezondheidszorg. Deze indicator kan gelinkt worden aan doelstelling drie van het Pact 2020.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Op basis van gezondheidsenquête: vraag over de wijze van contactname met een medisch specialist.
<i>Bron/ leverancier</i>	Gezondheidsenquête / WIV
<i>Tijdsduur</i>	Drie- of vierjaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De wijze van contactname is een valide indicatie van de echelonnisering van de gezondheidszorg. In het expertenrapport in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg schuift ook Nuyens (2010) deze indicator naar voren als één van de mate van het functioneren van de eerste lijn.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Een beperking van de betrouwbaarheid is dat het hier om gerapporteerd zorggebruik gaat en geen objectieve meting gebeurt.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De vraag is ook opgenomen in de gezondheidsenquête in 2001 en 2003.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het aandeel volwassenen met een globaal medisch dossier
<i>Definitie</i>	Het aandeel volwassenen met een globaal medisch dossier.
<i>Relevantie</i>	Er wordt verondersteld dat de kwaliteit van de zorg en de efficiëntie toeneemt, als één persoon verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg (KCE, 2010). Deze procesindicator kan gelinkt worden aan het verhogen van de efficiëntie en kwaliteit van het zorgaanbod (doelstelling 2 van Pact 2020) en aan de versterking van de eerstelijnszorg (doelstelling 3).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Op basis van de code voor de kost van een globaal medisch dossier kan binnen de permanente steekproef van het IMA dit cijfer berekend worden. Aantal patiënten zonder verstrekking met RIZIV-code 102793 in een jaar / totale aantal patiënten in de steekproef. Er moet wel gecontroleerd worden voor leeftijd, aangezien de 60-plussers zijn oververtegenwoordigd in de steekproef (1/40 is de kans van volwassenen om in de steekproef opgenomen te worden, 1/20 voor ouderen).
<i>Bron/ leverancier</i>	Permanente steekproef IMA / IMA
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Er zijn geen indicaties van validiteitsproblemen. Het betreft hier wel een procesindicator die geen informatie geeft. Ook het KCE (2010) bevestigt de validiteit van deze indicator.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Op basis van de IMA-data en dus voldoende geobjectiveerd, aangezien het hier gaat om een representatieve steekproef in de totale bevolking. Ook het KCE (2010) bevestigt de betrouwbaarheid van deze indicator.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Beschikbaar vanaf 2002. Vanaf 2003 wordt andere code gehanteerd om het aantal te berekenen. Daarom is het beter aangewezen om pas vanaf 2003 te vergelijken. De data zijn op dit moment beschikbaar tot 2008.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Het gebruik van het elektronisch dossier door de huisarts
<i>Definitie</i>	Het percentage huisartsen dat werkt met een elektronisch dossier.
<i>Relevantie</i>	Het werken met een elektronisch dossier wordt door de KCE (2010) beschouwd als een indicator van de duurzaamheid van de gezondheidszorg. Duurzaamheid verwijst naar het verzekeren van kwaliteitsvolle arbeidskrachten, innovatie en responsiviteit.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Het aantal kan achterhaald worden omdat de huisarts jaarlijks een financiële tegemoetkoming ontvangt voor het werken met een elektronisch dossier. KCE beperkt de noemer in de indicator tot huisartsen met minstens 500 contacten per jaar.
<i>Bron/ leverancier</i>	RIZIV
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijks
<i>Streefwaarde</i>	Geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	De indicator is afkomstig van het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu die de indicator voorstelt als een maat van de innovatie, de kwaliteit en efficiëntie van de huisarts.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen, volgens het KCE (2010).
<i>Vergelijkbaarheid</i>	In het rapport van het KCE (2010) zijn gegevens beschikbaar voor de periode 2004-2008. Qua internationale vergelijkbaarheid wordt gewezen op een studie van het RIVM van 2008 dat deze indicator voor een aantal landen berekend.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	De tevredenheid van patiënten met hun huisarts
<i>Definitie</i>	De mate waarin de Vlaamse bevolking tevreden is met de huisarts.
<i>Relevantie</i>	Deze indicator sluit aan bij het meten van het patiëntenperspectief als toetssteen van de kwaliteit.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Vraag in de Gezondheidsenquête die peilt naar de tevredenheid met de huisarts.
<i>Bron/ leverancier</i>	Gezondheidsenquête / WIV
<i>Tijds kader</i>	1999-2004-2008
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde gedefinieerd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Tevredenheid is een indicatie van de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker, maar tegelijkertijd is dit slechts één aspect. De literatuur raadt aan om met de nodige voorzichtigheid om te gaan met tevredenheidsmetingen.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze vraag is opgenomen in de verschillende golven van de gezondheidsenquête.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Relatieve toename van de capaciteit als gevolg van VIPA-subsidies per sector
<i>Definitie</i>	De uitbreiding van de capaciteit die wordt gerealiseerd door infrastructuurwerken die door VIPA worden gesubsidieerd.
<i>Relevantie</i>	Deze structuurindicator laat toe om de toereikendheid van het aanbod te monitoren.
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	'Totaal erkende capaciteit voorzieningen voorwerp van VIPA-subsidies.' Dit is de erkende capaciteit van de voorziening die een zorgstrategisch of een technisch financieel plan indient. Hierbij staat de erkende capaciteit van de voorziening enerzijds voor de capaciteit vóór de realisatie van het door het VIPA gesubsidieerde project en anderzijds voor de capaciteit ná de realisatie van het door het VIPA-gesubsidieerde project. Vervolgens staat het verschil tussen de situatie voor realisatie en de situatie na realisatie. '% extra capaciteit': Dit is het percentage van de capaciteit van de voorzieningen effectief gesubsidieerd door het VIPA.
<i>Bron/ leverancier</i>	Kennisloket VIPA
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering via jaarverslag.
<i>Streefwaarde</i>	Er is geen streefwaarde beschouwd.
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Deze indicator laat toe om te zien welke rol VIPA speelt in de hernieuwing en de uitbreiding van het aanbod. Deze indicator dient vergeleken te worden met de geprogrammeerde capaciteit.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	De data zijn beschikbaar vanaf 2008. Geen internationale vergelijking mogelijk.

Conceptueel	
<i>Benaming</i>	Realisatie van de 60%-subsiëeringsnorm van VIPA
<i>Definitie</i>	De mate waarin het uitgangspunt van de 60% VIPA-subsidiëring zoals geformuleerd in 1994 vandaag nog steeds geldt Het betreft hier de Verhouding VIPA-subsidie t.a.v. totale bouwkost.
<i>Relevantie</i>	Deze structuurindicator geeft aan in welke mate de VIPA-subsidies toereikend zijn op basis van de 60%-norm (betaalbaarheid vanuit het standpunt van de initiatiefnemer, doelstelling 1 van Pact 2020).
Methodologisch	
<i>Berekeningswijze</i>	Verhouding tussen de VIPA-subsidies en de totale bouwkosten opgeteld voor alle sectoren.
<i>Bron/ leverancier</i>	Kennisloket VIPA
<i>Tijds kader</i>	Jaarlijkse rapportering
<i>Streefwaarde</i>	60 %
Kwaliteit	
<i>Validiteit</i>	Deze indicatie geeft aan in welke mate de Vlaamse overheid haar eigen norm realiseert en de bouwkost betaalbaar houdt voor de initiatiefnemer.
<i>Betrouwbaarheid</i>	Er zijn geen indicaties van betrouwbaarheidsproblemen.
<i>Vergelijkbaarheid</i>	Deze cijfers worden sinds 2010 gerapporteerd in het jaarverslag van VIPA. Geen internationale vergelijking mogelijk.

Publicaties van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Feiten & Cijfers

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

SWVG Feiten & Cijfers 15	Zorggebruik, -behoefte en -tevredenheid bij kwetsbare ouderen
SWVG Feiten & Cijfers 14	Een goede oude dag?
SWVG Feiten & Cijfers 13	Een educatieve interventie op voeding en beweging in kinderdagverblijven kan de ontwikkeling van overgewicht voorkomen
SWVG Feiten & Cijfers 12	Determinanten van levenskwaliteit van adolescenten met een handicap en hun ouders
SWVG Feiten & Cijfers 11	Hoe beleven ouders het ouderschap en wat zijn hun eerste vragen?
SWVG Feiten & Cijfers 10	Kwaliteit van leven van adolescenten met een handicap en hun familieleden
SWVG Feiten & Cijfers 9	Menstruatiepatroon en menstruele klachten bij 12-jarigen in Vlaanderen
SWVG Feiten & Cijfers 8	Beschrijving van de KANS steekproef: representativiteit, demografische en socio-economische kenmerken, gezondheidstoestand en zorggebruik
SWVG Feiten & Cijfers 7	Als mama rookt, rookt de baby mee
SWVG Feiten & Cijfers 6	Een wereld van verschil. Zien baby's aantallen?
SWVG Feiten & Cijfers 5	Kleine kinderen, kleine zorgen? Ondersteuningsbehoeften van ouders met zuigelingen in relatie tot ouder-, kind- en gezinskenmerken
SWVG Feiten & Cijfers 4	Depressieve klachten bij kwetsbare ouderen die thuiszorg gebruiken

SWVG Feiten & Cijfers 3	Preventie van spina bifida en andere neuralebuisdefecten door foliumzuursuppletie tijdens de zwangerschap
SWVG Feiten & Cijfers 2	Het hulpaanbod voor mensen met depressieve klachten in (I)CAW en OCMW: beantwoordt het aanbod aan de vraag?
SWVG Feiten & Cijfers 1	Depressieve klachten en suïcidaliteit in de (I)CAW en OCMW: onderzoek naar de ernst en de relatie tot armoede

Rapporten

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Rapport 18 2011/07	Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium
Rapport 17 2011/06	Sociaal-demografisch profiel, perinatale gezondheid en gezondheid tijdens de eerste levensweken van de Vlaamse geboortecohorte JOnG!
Rapport 16 2011/05	KANS - Theoretische achtergronden en onderzoeksopzet
Rapport 15 2011/04	De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport
Rapport 14 2011/03	De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg?
Rapport 13 2011/02	Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door Diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank
Rapport 12 2011/01	EFeKT - Evalueren van eEffecten en Kernprocessen van preventieve methoDieken, ontwikkeld binnen de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen
Rapport 11 2010/02	JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment
Rapport 09 2009/06	Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in

		suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen
Rapport 08	2009/05	Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG
Rapport 07	2009/04	Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse gewest
Rapport 06	2009/03	Vraagverheldering in de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin: Een onderzoek naar de validering van de IJsbrekermethodiek
Rapport 05	2009/02	Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning
Rapport 04	2009/01	Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringsmaatregel
Rapport 03	2008/08	Evaluatie Time-outprojecten - Bijzondere jeugdbijstand
Rapport 02	2008/06	De prioriteiten op het vlak van welzijn en gezondheid: visies van betrokkenen in 8 regio's
Rapport 01	2008/03	Toekomstig ziekenhuislandschap in Vlaanderen

Werknota's

(te downloaden van <http://www.steunpuntwvg.be/swvg/nl/Publicaties.html>)

Werknota 10	2010/04	De netwerken van Integrale Jeugdhulp geanalyseerd vanuit een keten- en netwerkmanagementperspectief - Een case-studie
Werknota 08	2009/11	Zorg op de Europese markt
Werknota 07	2009/10	Beleidsruimte van de overheid in de zorgsector
Werknota 06	2009/09	Overheidsinstrumentarium in de zorgsector - onderzoekskade
Werknota 05	2008/07	De selectie van de SWVG-onderzoeksregio's

Werknota 02 2008/02	Begrippen en effecten van marktwerking: een literatuurverkenning
Werknota 01 2008/01	Ontwikkelingen betreffende de Europese Dienstenrichtlijn en de zorgsector"

Boeken

(te bestellen via <http://www.acco.be/uitgeverij/nl>)

Boek 2 2010/01	Modelontwikkeling voor de economische evaluatie van welzijns- en gezondheidsprojecten en projectplannen (ISBN:9789033480706)
Boek 1 2009/08	Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector (ISBN:9789033477980)