

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Een verkennend onderzoek naar de noden  
van het aanbod in Vlaamse revalidatieconventies**

dr. Emily Verté  
Prof. dr. Paul Gemmel  
Prof. dr. Dominique Van de Velde



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)  
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2019/10

SWVG-Rapport 26

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Verkennend onderzoek naar de noden van het aanbod in de Vlaamse revalidatieconventies

Promotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde

Copromotor: Prof. dr. Paul Gemmel

Onderzoekers: dr. Emily Verté

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegeleverde gegevens.

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.



#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy</li><li>· Instituut voor Sociaal Recht</li><li>· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving</li><li>· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid</li><li>· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel  Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement</li><li>· Vakgroep Publieke Governance, Management &amp; Financiën</li><li>· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg</li></ul>	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen</li></ul>	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum OASeS, Departement Sociologie</li></ul>	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Centrum voor Statistiek</li></ul>	
<b>Thomas More Hogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Opleiding Toegepaste Psychologie</li></ul>	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Dienst onderzoek en dienstverlening</li></ul>	
<b>Hogeschool Gent</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Faculteit Mens en Welzijn</li></ul>	
<b>UC Leuven-Limburg</b> <ul style="list-style-type: none"><li>· Groep Gezondheid en Welzijn</li></ul>	

## Rapport 16

### Verkennd onderzoek naar de noden van het aanbod in de Vlaamse revalidatieconventies

Onderzoeker: dr. Emily Verté  
Promotor: Prof. dr. Dominique Van de Velde  
Copromotor: Prof. dr. Paul Gemmel

### Samenvatting

In het licht van de zesde staatshervorming en de overheveling van federale bevoegdheden in de revalidatiesector naar Vlaanderen, werd de opdracht gegeven een verkennend onderzoek uit te voeren naar de noden van het aanbod binnen de Vlaamse revalidatieconventies. Gezien de specifieke historische grondslag van de conventies en de grote verscheidenheid binnen de revalidatiesector, bleken er onvoldoende gegevens voor handen voor de Vlaamse overheid om een adequaat Vlaams revalidatiebeleid uit te tekenen. Het was dan ook het doel van voorliggend onderzoek om prioriteiten te bepalen voor het behandelen van aanvraagdossiers en een groeipad uit te tekenen voor de Vlaamse revalidatiesector. Negen conventiedomeinen waren het onderwerp van dit verkennend onderzoek:

- 7.71 Locomotorische en neurologische revalidatie;
- 7.72 Psychosociale revalidatie van volwassenen;
- 7.73 Revalidatie van verslaafden;
- 7.74 Kinderpsychiatrische aandoeningen;
- 7.74.5 Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind;
- 7.74.6 Referentiecentra voor autisme;
- 7.76.5 Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen;
- 953 en 965 Centra voor ambulante revalidatie;
- 969 Visuele revalidatie.

Om aanbevelingen te kunnen maken voor het optimaliseren van het huidige revalidatieaanbod en met het oog op het bepalen van prioriteiten, werd een mixed-method aanpak gehanteerd door eerst kwalitatief groepsinterviews af te nemen van experts (N=9, een focusgroep per domein) gevolgd door een kwantitatieve brede bevraging van het personeel binnen de Vlaamse revalidatiesector (N=218).

Voor elke revalidatieconventie werden in een eerste fase doelen en factoren geïdentificeerd die het succes bepalen van het respectievelijke domein (kwalitatief). In een tweede fase werd een score toegekend op basis van belang voor succes en de mate van aanwezigheid van het conventiedomein die

samen de mate van het succes van het domein aangeeft (kwantitatief). Tot slot werd alle verkregen data gevalideerd op basis van twee consultatierondes met experts ter zake.

De onderzoeksresultaten wijzen op een grote verscheidenheid tussen de diverse conventiedomeinen. De resultaten tonen zowel verschillen in focus (andere doelen en factoren) als verschillen in mate van succes (diverse scores op basis van belang en aanwezigheid). Alle factoren kunnen dan ook beschouwd worden als beleidsprioriteiten van het respectievelijke conventiedomein. Er werden in totaal 382 factoren geïdentificeerd, waaronder: Locomotorische en neurologische revalidatie 48, Psychosociale revalidatie van volwassenen 29, Revalidatie van verslaafden 44, Kinderpsychiatrische aandoeningen 47, Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind 40, Referentiecentra voor autisme 47, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen 37, Centra voor ambulante revalidatie 44 en Visuele revalidatie 46.

Na het bepalen van de prioriteiten, werd een verdere opsplitsing gemaakt in de prioriteiten: (1) factoren die bijkomende investeringen vragen (voor groei) en (2) factoren die blijvende investeringen nodig hebben (voor behoud). We leggen voornamelijk de focus op het eerste, met name de factoren (prioriteiten) die de kwaliteitsstandaard momenteel niet halen en bijgevolg veel groeipotentieel vertonen. Kader 1 geeft een overzicht van de belangrijkste prioriteiten per conventiedomein.

Naast deze factoren, blijkt uit de resultaten dat adequate echelonnering een groot aandachtspunt is voor alle conventiedomeinen indien men de wachtlijsten en wachttijden wenst aan te pakken. Hoe hoog het op de agenda staat, verschilt naargelang het conventiedomein. Over de conventiedomeinen heen is er geen consistentie terug te vinden in het belang noch de aanwezigheid van de onderliggende factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken. Wel blijkt hoe belangrijker het objectief adequate echelonnering is, hoe minder aanwezig de onderliggende factoren zijn, en dus hoe slechter het conventiedomein scoort. Deze resultaten tonen aan dat verder onderzoek per conventiedomein nodig is om adequate echelonnering te doorgronden met het oog op het wegwerken van wachtlijsten per conventiedomein.

Naast de verschillen in prioritering toont dit verkennend onderzoek ook gelijkenissen aan tussen de conventiedomeinen. Er blijken met name universeel gedragen succesfactoren (prioriteiten) te bestaan die voor elk conventiedomein opgaan. Dit leidt tot vier voorwaarden voor een succesvol revalidatiedomein die de basis vormen voor het beleid van elk conventiedomein:

1. Persoonsgerichte aanpak, inclusief focus op de ruime context;
2. Netwerk en samenwerking met andere actoren;
3. Flexibiliteit in zorg en ondersteuning, met focus op de cliënt/patiënt;
4. Outreachend werken.

Bovenop deze fundamenteën (eerste beleidslaag) kan het beleid verder gradueel opgebouwd worden aan de hand van de specifieke kritische succesfactoren van een respectievelijk conventiedomein. De tweede beleidslaag vormen de factoren uit de top 10 prioritairere succesfactoren die het meeste groeipotentieel aangeven, die dus de target momenteel niet halen. Daar bovenop komt een derde beleidslaag met de minder belangrijke factoren die de meeste groeimarge aantonen, gevolgd door een vierde laag met de factoren die de minder groeimarge aangeven, gradueel van belangrijk tot minder belangrijk.



## Kader 1. Overzicht bijkomende investeringen per conventiedomein

Het grootste aandachtspunt binnen het *locomotorische en neurologische* conventiedomein is het ter beschikking stellen van tools om zingeving en psychologische drivers voor de cliënt, context en personeel mee te nemen in de zorgverstrekkingen.

Binnen het domein van de *psychosociale revalidatie* is het grootste werkpunt het verleggen van de focus naar de patiënt, inclusief zijn of haar context. Dit betekent het ter beschikking stellen van tools om outreachend te werken en flexibele vormen van zorg in en met de vertrouwde omgeving.

Het grootste aandachtspunt van de *revalidatie voor verslaafden* blijkt het faciliteren van een adequaat patiëntendossier te zijn.

Voor het domein van de *kinderpsychiatrische aandoeningen* zijn extra investeringen aanbevolen om met de cliënt in de maatschappij aan de slag te zijn om zijn of haar participatie te verhogen.

De resultaten voor het domein *vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind* tonen diverse werkpunten aan. Extra ondersteuning is nodig om meer autonomie te verkrijgen als zelfstandige entiteit. Ruimte voor zorgoverleg, flexibiliteit om in thuisomgeving van de cliënt aan de slag te gaan, en duidelijkere administratieve en beleidsmatige bepalingen zijn binnen dit conventiedomein eveneens aangeraden.

Extra personeel en verhoging van de capaciteit zijn de aandachtspunten bij uitstek van het domein *referentiecentra voor autisme*, maar ook een flexibelere manier van werken en het ter beschikking stellen van tools om outreachend aan de slag te gaan, vragen extra investeringen. Een ander groot werkpunt is het faciliteren van de aansluiting van de eerste, tweede en derde lijnszorg. Daarnaast is ook het versterken van de bestaande hulpverlening belangrijk indien men de positie van de referentiecentra voor autisme wenst te verbeteren.

De werkpunten van het domein *respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen* situeren zich voornamelijk in de implementatie van een patiëntgecentreerde aanpak. Ruimte creëren en tools ter beschikking stellen van het domein om de patiënt centraal te zetten vraagt extra investeringen in flexibelere zorgverlening in en rond de patiënt, dit in de samenleving en niet in instellingen. Dit vraagt ook de mogelijkheid om transdisciplinair te werken met andere zorgverstrekkers (ambulant en residentieel). Bijscholing en vorming is in dit licht cruciaal, echter vraagt het extra beleidsaandacht.

De werkpunten van de *centra voor ambulante revalidatie* kunnen gezien worden als een luide roep naar de mogelijkheid tot een brede cliëntgecentreerde aanpak die flexibiliteit vergt in zowel de zorg als in de omkadering. Aanbevelingen zijn hier ruimte voor innovatie, flexibelere zorgverstrekkingen, mogelijkheid tot het opnemen van een rol in het voor- en natraject, minder administratie en flexibiliteit om groeps- en individuele therapie te combineren.

Aangaande het conventiedomein *visuele revalidatie* dient men vooral te investeren in een dynamisch en breed gedragen informatie- en communicatieplatform en flexibele zorgvormen met het oog op zorg in de context van de patiënt. Een ander werkpunt blijkt het mogelijk maken van psychosociale begeleiding.

Op basis van de resultaten van dit verkennend onderzoek lijkt, op eerste zicht, een “one-size-fits-all”-beleid binnen de Vlaamse revalidatiesector uit den boze te zijn. Echter geven de resultaten aan dat een modulair systeem hieraan kan remediëren door zowel een inclusieve als een categoriale benadering te hanteren. De aanwezigheid van een universele, generische basis van prioriteiten binnen de Vlaamse revalidatiesector maakt het mogelijk om sectorbrede beleidsacties te ondernemen. De diversiteit in prioritering en de specificiteit van een domein wijst dan weer richting maatwerk per revalidatieconventie.

De gedachte achter deze succesfactoren of prioriteiten en de wijze waarop ze kunnen geoperationaliseerd worden in de praktijk moet echter blijken uit vervolgonderzoek die eerder kwalitatief dan kwantitatief van aard zal/moet zijn. Verder inzicht in zowel de aanbodzijde (scope van dit verkennend onderzoek) als de vraagzijde (buiten de scope van dit onderzoek) van elke afzonderlijke revalidatieconventie is dan weer noodzakelijk om na te gaan in hoeverre elk respectievelijk aanbod effectief aansluit op de behoeften van hun cliënten of patiënten en zo een goede aansluiting te voorzien.

## Inhoud

<b>Hoofdstuk 1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>15</b>
<b>Hoofdstuk 2</b>	<b>Methode</b>	<b>17</b>
1	Doelstellingen	17
2	Onderzoeksvragen	17
3	Onderzoeksfases	17
3.1	Fasering	17
3.2	Vorbereidingsfase	19
3.3	Verkenningfase	19
3.4	Ruime bevraging van de verschillende revalidatieconventies	19
3.5	Expertinterview	21
4	Onderzoeksmethode: Analytisch Hiërarchisch Proces	21
4.1	Stap 1: Opbouw boomstructuur	21
4.2	Stap 2: Bepalen van belang van doelen en factoren	23
4.3	Stap 3: Bepalen van mate van aanwezigheid van factoren	23
4.4	Stap 4: Prioriteit of bijdrage tot een succesvol revalidatiecentrum binnen een conventiedomein	24
5	Interpretatiekader	24
6	Voorbeeld	25
<b>Hoofdstuk 3</b>	<b>Sample en dataset</b>	<b>27</b>
<b>Hoofdstuk 4</b>	<b>Resultaten</b>	<b>31</b>
1	Locomotorische en neurologische revalidatie	31
1.1	Raamwerk	31
1.2	Bespreking Locomotorische en neurologische revalidatie	43
2	Psychosociale revalidatie voor volwassenen	45
2.1	Raamwerk	45
2.2	Bespreking Psychosociale revalidatie	54
3	Revalidatie voor verslaafden	56
3.1	Raamwerk	56
3.2	Bespreking Revalidatie voor verslaafden	68
4	Kinderpsychiatrische aandoeningen	71
4.1	Raamwerk	71
4.2	Bespreking Kinderpsychiatrische aandoeningen	88
5	Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	90
5.1	Raamwerk	90
5.2	Bespreking vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	102

6	Referentiecentra voor autisme	105
6.1	Raamwerk	105
6.2	Bespreking Referentiecentra voor autisme	117
7	Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen	119
7.1	Raamwerk	119
7.2	Bespreking Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	131
8	Centra voor ambulante revalidatie	134
8.1	Raamwerk	134
8.2	Bespreking Centra voor ambulante revalidatie	145
9	Visuele revalidatie	148
9.1	Raamwerk	148
9.2	Bespreking Visuele revalidatie	160
<b>Hoofdstuk 5 Bespreking en aanbevelingen</b>		<b>163</b>
<b>Hoofdstuk 6 Conclusie</b>		<b>169</b>
<b>Referenties</b>		<b>171</b>
1	Lijst van afspraken	171
1.1	Afspraken in functie van datacollectie	171
1.2	Afspraken in functie van onderzoeksmanagement	172
2	Bibliografie	172

## Lijst Tabellen

Tabel 1	De negen Vlaamse conventiedomeinen	15
Tabel 2	Onderzoeksfases	18
Tabel 3	Overzicht inhoud online vragenlijst	20
Tabel 4	Stappenplan Analytisch Hiërarchisch Proces (Saaty, 2008)	21
Tabel 5	Detail overzicht respons online bevraging	27
Tabel 6	Samenvattend overzicht Locomotorische en neurologische revalidatie	44
Tabel 7	Adequate echelonnering locomotorische en neurologische revalidatie	45
Tabel 8	Samenvattend overzicht psychosociale revalidatie voor volwassenen	55
Tabel 9	Adequate echelonnering psychosociale revalidatie voor volwassenen	55
Tabel 10	Samenvattende tabel Revalidatie voor verslaafden	69
Tabel 11	Adequate echelonnering revalidatie voor verslaafden	70
Tabel 12	Samenvattende tabel Kinderpsychiatrische aandoeningen	89
Tabel 13	Adequate echelonnering Kinderpsychiatrische aandoeningen	90
Tabel 14	Samenvattende tabel Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	103
Tabel 15	Adequate echelonnering Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	104
Tabel 16	Samenvattende tabel referentiecentra voor autisme	118
Tabel 17	Adequate echelonnering Referentiecentra voor autisme	119
Tabel 18	Samenvattende tabel respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen	132
Tabel 19	Adequate echelonnering Respiratoire en neurologische aandoeningen	133
Tabel 20	Samenvattende tabel Centra voor ambulante revalidatie	146
Tabel 21	Adequate echelonnering Centra voor ambulante revalidatie	147
Tabel 22	Samenvattende tabel visuele revalidatie	161
Tabel 23	Adequate echelonnering Visuele revalidatie	162
Tabel 24	Samenvatting van de prioritaire succesfactoren per conventiedomein	167
Tabel 25	Samenvatting van de factoren voor adequate echelonnering	168
Tabel 26	Overzicht van de afspraken in functie van de onderzoeksfases	171
Tabel 27	Overzicht overlegmomenten onderzoeksmanagement	172

## Lijst Figuren

Figuur 1	Boomstructuur AHP (Saaty, 2008)	22
Figuur 2	Paarsgewijze afweging van belang van factoren	23
Figuur 3	Bepalen van mate van aanwezigheid	23
Figuur 4	Voorbeeld	25
Figuur 5	Geslacht van de respondenten	28
Figuur 6	Aantal jaren werkzaam in de sector	28
Figuur 7	Aantal jaren professionele ervaring	29
Figuur 8	Functie van de respondenten	30
Figuur 9	Discipline waarin de respondenten werkzaam zijn	30
Figuur 10	Schematisch overzicht boomstructuur Locomotorische en neurologische revalidatie	32
Figuur 11	Resultaten succes binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	34
Figuur 12	Resultaten meetbare kwaliteit en performantie binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	35
Figuur 13	Resultaten doelgerichte integratie en participatie van cliënten binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	36
Figuur 14	Resultaten doelgerichte integratie en participatie van cliënten binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	37
Figuur 15	Resultaten bereiken doelgroep binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	38
Figuur 16	Resultaten holistische en individuele aanpak binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	39
Figuur 17	Resultaten deel uitmaken van een (zorg)netwerk binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	40
Figuur 18	Resultaten state-of-the-art binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	41
Figuur 19	Resultaten adequate echelonnering binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein	42
Figuur 20	Schematisch overzicht boomstructuur Psychosociale revalidatie voor volwassenen	46
Figuur 21	Resultaten succesvolle revalidatie binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	48
Figuur 22	Resultaten persoonlijk herstel cliënt binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	49

Figuur 23	Resultaten netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	50
Figuur 24	Resultaten maatschappelijk herstel van de cliënt binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	51
Figuur 25	Resultaten intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	52
Figuur 26	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen	53
Figuur 27	Schematisch overzicht boomstructuur Revalidatie voor verslaafden	57
Figuur 28	Resultaten succes binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	59
Figuur 29	Resultaten toegang binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	60
Figuur 30	Resultaten toegang binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	61
Figuur 31	Resultaten continuïteit zorg en welzijn binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	62
Figuur 32	Resultaten verbeterde levenskwaliteit van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	63
Figuur 33	Resultaten evidence-based practice binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	64
Figuur 34	Resultaten adequaat humanresourcesmanagement binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	65
Figuur 35	Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	66
Figuur 36	Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden	67
Figuur 37	Schematisch overzicht boomstructuur Kinderpsychiatrische aandoeningen	72
Figuur 38	Resultaten succes binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	74
Figuur 39	Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	75
Figuur 40	Resultaten expertise van het personeel binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	77
Figuur 41	Resultaten re-integratie van kinderen en jongeren binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	79
Figuur 42	Resultaten verhoging levenskwaliteit van de cliënt en context binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	81
Figuur 43	Resultaten zorg op maat binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	83

Figuur 44	Resultaten betrokkenheid context en omgeving van de cliënt binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	85
Figuur 45	Resultaten welzijn van het personeel binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	86
Figuur 46	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen	87
Figuur 47	Schematisch overzicht boomstructuur Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	91
Figuur 48	Resultaten succes binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	93
Figuur 49	Resultaten adequate interventie binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	94
Figuur 50	Resultaten gespecialiseerde behandeling binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	95
Figuur 51	Resultaten perinataal werken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	96
Figuur 52	Resultaten expertisecentrum binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	97
Figuur 53	Resultaten aansluiting aanbod op de vraag binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	98
Figuur 54	Resultaten netwerk binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	99
Figuur 55	Resultaten volwaardige positionering binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	100
Figuur 56	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	101
Figuur 57	Schematisch overzicht boomstructuur Referentiecentra voor autisme	106
Figuur 58	Resultaten succes binnen het domein van referentiecentra voor autisme	108
Figuur 59	Resultaten netwerk binnen het domein referentiecentra voor autisme	109
Figuur 60	Resultaten multidisciplinaire werking binnen het domein referentiecentra voor autisme	110
Figuur 61	Resultaten diagnostisch beeld binnen het domein referentiecentra voor autisme	111
Figuur 62	Resultaten coördinatie van de zorg binnen het domein referentiecentra voor autisme	112
Figuur 63	Resultaten expertise van het personeel binnen het domein referentiecentra voor autisme	113



Figuur 64	Resultaten personeelszorg binnen het domein referentiecentra voor autisme	114
Figuur 65	Resultaten toegang binnen het domein referentiecentra voor autisme	115
Figuur 66	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein referentiecentra voor autisme	116
Figuur 67	Schematisch overzicht boomstructuur Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	120
Figuur 68	Resultaten succes binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	122
Figuur 69	Resultaten kwaliteitsvolle revalidatie binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	123
Figuur 70	Resultaten interdisciplinariteit binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	125
Figuur 71	Resultaten netwerk binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	126
Figuur 72	Resultaten duurzaam personeelsbeleid binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	127
Figuur 73	Resultaten kenniscentrum binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	128
Figuur 74	Resultaten financiële stabiliteit binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	129
Figuur 75	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen	130
Figuur 76	Schematisch overzicht boomstructuur Centra ambulante revalidatie	135
Figuur 77	Resultaten succes binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	137
Figuur 78	Resultaten kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	138
Figuur 79	Resultaten multidisciplinaire deskundigheid binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	139
Figuur 80	Resultaten participatie van de patiënt aan de maatschappij binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	140
Figuur 81	Resultaten toegang binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	141
Figuur 82	Resultaten zorg op maat binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	142
Figuur 83	Resultaten netwerk binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	143
Figuur 84	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie	144
Figuur 85	Schematisch overzicht boomstructuur Visuele revalidatie	149

Figuur 86	Resultaten succes binnen het domein van Visuele revalidatie	151
Figuur 87	Resultaten goed functionerend team binnen het domein van Visuele revalidatie	152
Figuur 88	Resultaten multidisciplinariteit binnen het domein van Visuele revalidatie	153
Figuur 89	Resultaten toegang binnen het domein van Visuele revalidatie	154
Figuur 90	Resultaten netwerk binnen het domein van Visuele revalidatie	155
Figuur 91	Resultaten patiënt-georiënteerde aanpak binnen het domein van Visuele revalidatie	156
Figuur 92	Resultaten autonomie van de organisatie binnen het domein van Visuele revalidatie	157
Figuur 93	Resultaten expertise binnen het domein van Visuele revalidatie	158
Figuur 94	Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Visuele revalidatie	159

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert revalidatie als *'a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition (6). Rehabilitation thus maximizes people's ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve quality of life.'* (World Health Organization (WHO), 2017, p. 1)

Vlaanderen telt op heden negen revalidatieconventiedomeinen (zie tabel 1) waarin wordt gestreefd om tegemoet te komen aan bovenstaande definitie. Er zijn reeds gegevens beschikbaar over de doelgroepen die behandeld mogen worden per conventiedomein bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze gegevens blijken echter onvoldoende antwoord te geven om een beleidsplan uit te tekenen voor de toekomst.

Gezien de grote verscheidenheid van doelgroepen is er namelijk een variatie in het zorgaanbod, de personeelsbezetting, de capaciteit en bezetting en de wachtlijsten.

Tabel 1 De negen Vlaamse conventiedomeinen

Conventiedomeinen	
7.71	Locomotorische en neurologische revalidatie
7.72	Psychosociale revalidatie volwassenen
7.73	Revalidatie van verslaafden
7.74	Kinderpsychiatrische aandoeningen
7.74.5	Vroegtijdige stoornissen interactie ouders - kinderen
7.74.6	Referentiecentra voor autisme
7.76.5	Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen
953 en 965	Centra ambulante revalidatie
969	Visuele revalidatie

Om een beleid te kunnen uittekenen waarin een (1) betere en gerichtere kwaliteit van de zorgverlening, (2) een efficiëntere besteding van de middelen en (3) een betere organisatie van de revalidatie ten

goede komt aan de volledige maatschappij, is een helder en duidelijk beeld nodig over deze negen conventiedomeinen.

Een beter inzicht krijgen in de noden en het bestaande aanbod om vandaar uit prioriteiten te stellen voor het behandelen van aanvraagdossiers voor de Vlaamse sector van revalidatieconventies en een realistisch groeipad te kunnen uittekenen is een belangrijke doelstelling. Dit leidde tot één overkoepelde onderzoeksdoelstelling: *het aanbod m.b.t. de revalidatieconventies in kaart brengen en analyseren.*

## Hoofdstuk 2

### Methode

#### 1 Doelstellingen

Voorliggend onderzoek heeft als doel een beter inzicht te krijgen in de noden van de aanbodzijde binnen de Vlaamse revalidatieconventies, dit door middel van:

1. prioriteiten te stellen voor het behandelen van aanvraagdossiers voor de Vlaamse sector van revalidatieconventies; en
2. een groeipad uit te tekenen.

#### 2 Onderzoeksvragen

Met het oog op het behalen van onderzoeksdoelstelling werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- SWOT-analyse maken van het huidige aanbod, met als doel zicht te krijgen op de knelpunten in het huidige aanbod (op vlak van personeelsomkadering, infrastructuur en werkingskosten, inbedding in het zorglandschap, enz.).
- Op basis van de analyse van het aanbod binnen het ruimere Vlaamse zorglandschap, in kaart brengen wat de noden zijn voor de problematieken die in de Vlaamse revalidatieconventies aanbod komen.
- Aanbevelingen doen voor uitbreiding van het aanbod, gekoppeld aan prioriteiten. Dat kan zowel de huidige doelgroepen/problematieken betreffen, als een uitbreiding van de doelgroepen/problematieken die momenteel in de conventies opgenomen zijn. Het kan ook gaan om zorgvormen/modules in een zorgtraject die momenteel nog ontbreken.
- Aanbevelingen doen voor de optimalisering van het huidige aanbod, op vlak van personeelsomkadering, infrastructuur en werkingskosten, inbedding in het zorglandschap, enz.
- Analyse van doorverwijspatronen, samenwerkingsverbanden en echelonnering.

#### 3 Onderzoeksfases

##### 3.1 Fasering

De studie kan opgedeeld worden in drie grote onderzoeksfases: 1. voorbereiding, 2. verkenning en 3. ruime bevraging. Het zwaartepunt van deze studie ligt echter in de derde fase, die van de ruime bevraging. Fase 1 en 2 bouwen dan ook op naar fase 3. De vierde fase kan beschouwd worden als de consolidatiefase, waarbij in een groepsinterview met experts en via feedback van de leden van de adviesgroep de data verkregen uit de vorige fases getoetst en gevalideerd worden. De afsluitende, vijfde fase bestaat uit de analyse en rapportering van alle data die werden verzameld doorheen het onderzoeksproces.

Tabel 2 Onderzoeksfases

Fase		Methode		Bronnen
1	Vorbereidend	Kwalitatief	Deskresearch	Documenten; Rapporten; Literatuur.
2	Verkennd	Kwalitatief	Expertinterviews; Focusgroepinterviews.	Experten; Leden advies- en stuurgroep; Per conventiedomein: leden van staf- en management en klinisch personeel met organisatiekennis.
3	Brede bevraging	Kwantitatief	Oplijsting noden en noden toewijzen aan domeinen; Online enquête.	Leden adviesgroep; Alle personeel van Vlaamse revalidatie-instellingen met organisatiekennis.
4	Validering	Kwalitatief	Focusgroepinterview	Een expert per conventiedomein; Leden adviesgroep.
5	Analyse en rapportering	Kwalitatief en kwantitatief	Analyseren data; rapporteren resultaten.	Alle data uit fase 1, 2, 3 en 4.

In de volgende onderdelen gaan we dieper in op de drie kernfases van actieve dataverzameling: voorbereiding, verkenning en ruime bevraging. We raken ook kort de methode aan aangaande het expertinterview.

### 3.2 Voorbereidingsfase

- Design: desktopsearch en kwalitatief onderzoek.
- Methode: in kaart brengen van sterktes en zwaktes van de revalidatiedomeinen o.b.v.:
  - o Deskresearch van de grijze en witte literatuur (en websitegegevens);
  - o Expertinterviews;
  - o Input van leden van de adviescommissie.
- Doel: een overkoepelend zicht krijgen op de 9 Vlaamse Revalidatieconventies alsook input voor operationalisering kwalitatieve en kwantitatieve vragenlijsten (cf. fase 2 en 3).

### 3.3 Verkenningsfase

- Design: kwalitatief onderzoek (Charmaz, 2016).
- Methode: een focusgroep per revalidatieconventie (N=9); Eerste fase van het Analytisch Hiërarchisch Proces van Saaty (2008), nl. opstelling van een beslissingsboom per revalidatieconventie:
  - o Dit is een methode om besluitvorming geordend te laten verlopen.
  - o Een getrappt systeem om een boomstructuur op te stellen:
    - Doel - wat wil men bereiken;
    - Criteria - waaraan moet de te maken keuze ten minste voldoen om het doel te bereiken of, criteria of succesfactoren die van belang zijn voor het doel.
- Sampling: purposeful and key-informant sampling (Patton, 2014 p. 268)
  - o Rekrutering via lid adviesgroep van het conventiedomein (signaleren van 10 experts + 10 reserves);
  - o Samenstelling focusgroepen: 10 respondenten, gelijke spreiding (cf. maximale diversiteit m.b.t. vertegenwoordiging instellingen, geografische spreiding);
  - o Profiel respondenten: directeurs, stafleden, klinisch personeel indien organisatie-experts in het specifieke revalidatiedomein.
- Doel:
  - o Een beeld krijgen over de verschillende revalidatieconventies en hieruit via focused coding het aanbod, noden, doelstelling en het gebruik per revalidatieconventie analyseren;
  - o Ideeën genereren en inzicht verwerven in succes van de revalidatievoorzieningen binnen de diverse conventiedomeinen. Gelijkenissen en verschilpunten detecteren per conventie;
  - o Input voor operationalisering vragenlijst online enquête (cf. fase 3).

### 3.4 Ruime bevraging van de verschillende revalidatieconventies

- Design: cross-sectioneel onderzoek.
- Methode: tweede deel van het Analytisch Hiërarchisch Proces (Saaty, 2008), online enquête per revalidatieconventie.
- Sampling:
  - o Rekrutering via de sneeuwbal methode. Lid van de adviesgroep van het conventiedomein spreken geschikte personen aan en nodigt hen uit;

- Profiel respondenten: directeurs en management, stafleden, klinisch personeel, ... van Vlaamse revalidatievoorzieningen met een conventie (maximale variatie van de verschillende personeelscategorieën).
- Doel:
  - Een brede bevraging van de Vlaamse revalidatievoorzieningen met een conventie;
  - Peilen naar het belang van factoren in functie van het doel, zo genereren van inzicht in:
    - Het belang van factoren;
    - De noden in functie van doelen;
    - Een benchmark ontwikkelen voor revalidatiecentra.
  - De onderzoeksresultaten uit alle vorige fases valideren en verder verfijnen.
- Vragenlijst:
  - Opdeling enquête in 3 delen:
    1. Vragen over personalia;
    2. Vragen m.b.t. factoren en doelen van het specifieke conventiedomein;
    3. Verdiepende vragen.
  - Inhoudelijke themata (gebaseerd op data uit fase 1 en 2 van het onderzoek):
    - Personeelsomkadering;
    - Infrastructuur en werkingskosten;
    - Inbedding in het zorglandschap;
    - Prevalentie van de verschillende pathologieën;
    - Bereiken doelgroepen;
    - Noden ihkv de aanwezige problematieken;
    - Wachttijden;
    - Regionale netwerken, samenwerkingsverbanden en echelonnering.

Tabel 3 biedt een overzicht over de vragen die werden geïncludeerd in de online bevraging.

Tabel 3 Overzicht inhoud online vragenlijst

<b>Themata</b>	<b>Vragen over...</b>
<b>Personalia</b>	Geslacht; Conventiedomein; Revalidatiecentrum; Werkervaring; Functie; Discipline.
<b>Doelen en factoren</b>	7 doelen/conventiedomein; 5-11 factoren/doel.
<b>Verdiepende vragen</b>	Mate van contact met patiëntengroepen; Mate van contact met pathologieën; Contact met context cliënt; Netwerk & samenwerking actoren 1 <sup>e</sup> , 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> lijn; Wachttijden opvangmogelijkheden; Wachttijden voor diagnose.



### 3.5 Expertinterview

- Design: kwalitatief onderzoek (Charmaz, 2016).
- Methode: focusgroepinterview.
- Sampling: een expert per revalidatieconventie; rekrutering via leden van de adviesgroep.
- Doel: bespreking en validatie van alle data die werd verzameld tijdens de vorige onderzoeksfases.

## 4 Onderzoeksmethode: Analytisch Hiërarchisch Proces

In fase 2 en 3 van het onderzoek wordt het Analytisch Hiërarchisch Proces (AHP) (Saaty, 2008) gehanteerd, een methode om besluitvorming geordend te laten verlopen. In fase 2 van het onderzoek wordt een boomstructuur opgesteld waarbij prioriteiten worden bepaald om succesvol te zijn als conventiedomein (en als centrum binnen het conventiedomein). Fase 3 gaat verder op de boomstructuur en peilt naar de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren die noodzakelijk zijn om het hoger doel te behalen. Tabel 3 geeft een overzicht van de vijf stappen die de onderzoekers hebben gevolgd tijdens fase 2 en 3 van het onderzoek.

Tabel 4 Stappenplan Analytisch Hiërarchisch Proces (Saaty, 2008)

Stappen	Beschrijving	Fase onderzoek
Stap 1	Opbouw boomstructuur voor bepalen succes van revalidatiecentrum binnen conventie.	2 <sup>e</sup> fase, focusgroepen
Stap 2	Bepalen van belang van factoren in functie van het objectief voor het bereiken van een succesvol revalidatiecentrum.	3 <sup>e</sup> fase, online enquête
Stap 3	Aanduiden van aanwezigheid van factoren per conventiedomein.	3 <sup>e</sup> fase, online enquête
Stap 4	Bepalen van succes- en faalfactoren. Prioritering per conventiedomein.	Analyse

### 4.1 Stap 1: Opbouw boomstructuur

Het succes van een revalidatiecentrum is niet eenduidig te bepalen, aangezien elk revalidatiecentrum een bepaalde set aan objectieven heeft waar ze aan moet voldoen om succesvol beschouwd te worden. Zich uitspreken of een revalidatiecentrum haar objectief (ook wel doel) bereikt is zeer subjectief te bepalen. Om hier een objectieve aanpak voor te introduceren volgen wij de methode van Saaty (2008), die een hiërarchische aanpak (hier boomstructuur) introduceert voor bovenstaand probleem op te lossen. Met name beschouwt Saaty de doelen als latente variabelen van onderliggende factoren die wel objectief te bepalen zijn. Bijvoorbeeld kan voldoende capaciteit (doel) bepaald worden door voldoende

bedden en werkuren (factoren). Let wel, de inhoud van eenzelfde term kan anders ingevuld worden naar gelang de conventie. Voor elk doel dient men er dus de respectievelijke factoren op na te nemen gelet op de specificiteit van elk conventiedomein.

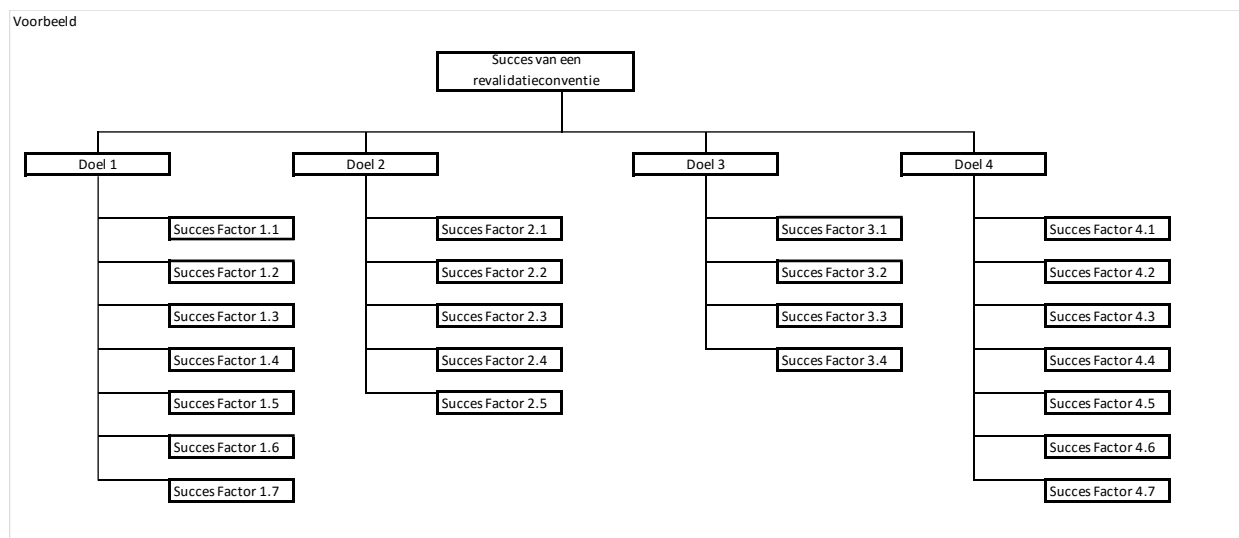
De structuur van de boom wordt bepaald door kwalitatief onderzoek (cf. fase 2 van het onderzoek). Elke boom heeft 3 hoofdniveaus:

1. Succes van revalidatiecentrum (latente variabelen);
2. Doelen (latente variabelen);
3. Factoren; en
4. In sommige gevallen worden factoren ook op hun beurt bepaald door sub-factoren.

Om succes van revalidatiecentrum te bepalen moeten we inzicht hebben in:

- Belang variabelen (stap 2 en 3); en
- Aanwezigheid van factoren (stap 4).

Wat volgt in figuur 1 is een schematisch overzicht van een boomstructuur.



Figuur 1 Boomstructuur AHP (Saaty, 2008)

## 4.2 Stap 2: Bepalen van belang van doelen en factoren

Respondenten dienen alle doelen paarsgewijs met elkaar te vergelijken (cf. fase 3 van het onderzoek). Op basis van Saaty worden paarsgewijze vergelijkingen omgezet in gewichten. Som van gewichten is steeds 100%. Figuur 2 is een weergave van de waardering zoals voorgesteld in de online enquête.

**Behoeftedonderzoek Vlaamse revalidatieconventies I**

DEEL 2 Belang van objectieven en factoren voor een succesvol revalidatiecentrum

**\* 2.4 Bereiken van een optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (client, context, personeel)**

In dit deel van de vragenlijst wordt er gepeild naar het belang van volgende factoren in het bereiken van een optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (client, context, personeel). Zo dient u in onderstaande tabel aan duiden in welke mate er meer aandacht moet besteed worden aan één van de twee factoren voor het bereiken van een optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (client, context, personeel) in de verschillende ICF dimensies.

	+++	++	+	0	+	++	+++	
Psychosociaal welzijn werknemers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Crisisbeleid
Psychosociaal welzijn werknemers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen
Psychosociaal welzijn werknemers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autonomie
Psychosociaal welzijn werknemers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Holistische aanpak
Crisisbeleid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen
Crisisbeleid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autonomie
Crisisbeleid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Holistische aanpak
Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autonomie
Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Holistische aanpak
Autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Holistische aanpak

*Er zijn 4 mogelijkheden:  
 +++: de ene factor is in sterke mate belangrijker dan de andere factor;  
 ++: de ene factor is belangrijker dan de andere factor;  
 +: de ene factor is in lichte mate belangrijker dan de andere factor;  
 0: beide factoren zijn even belangrijk.*

Hervat later Volgende > Stoppen, verwijder alle ingevulde antwoorden

Figuur 2 Paarsgewijze afweging van belang van factoren

## 4.3 Stap 3: Bepalen van mate van aanwezigheid van factoren

Respondenten geven aan in welke mate elke factor aanwezig is in hun respectievelijke conventie-domein. De respondenten hebben 5 mogelijkheden; van helemaal niet aanwezig tot helemaal aanwezig. Een gemiddelde score wordt berekend voor alle respondenten per conventie. Figuur 3 is een weergave van de wijze waarop de mate van aanwezigheid van factoren wordt bepaald in de online enquête.

**Behoeftedonderzoek Vlaamse revalidatieconventies I**

DEEL 2 Belang van objectieven en factoren voor een succesvol revalidatiecentrum

**\* 2.4 Duid aan in welke mate de kritische succesfactor aanwezig is binnen uw organisatie.**

	Niet aanwezig	Licht aanwezig	Deels aanwezig	In belangrijke mate aanwezig	Helemaal aanwezig
Psychosociaal welzijn werknemers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crisisbeleid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Holistische aanpak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Niet aanwezig: onbestaand binnen het revalidatiecentrum;  
 In lichte mate aanwezig: het bestaat wel, maar er wordt geen belang aan gehecht binnen het revalidatiecentrum;  
 Deels aanwezig: het bestaat, maar er wordt ad hoc aandacht aan besteed binnen het revalidatiecentrum;  
 In belangrijke mate aanwezig: het bestaat en er wordt veel belang aan gehecht binnen het revalidatiecentrum;  
 Helemaal aanwezig: het bestaat en is een essentieel onderdeel van het revalidatiecentrum.*

Hervat later Volgende > Stoppen, verwijder alle ingevulde antwoorden

Figuur 3 Bepalen van mate van aanwezigheid

#### **4.4 Stap 4: Prioriteit of bijdrage tot een succesvol revalidatiecentrum binnen een conventiedomein**

Alle factoren zijn een prioriteit voor het respectievelijk conventiedomein. Echter is er een verschil tussen de factoren onderling in hun bijdrage tot het succes van een revalidatie-instelling binnen een conventiedomein.

De **prioriteit of de bijdrage van een factor tot een succesvol revalidatiecentrum binnen een conventiedomein** hangt af van twee elementen:

1. De **aanwezigheid van de respectievelijke factor** in het revalidatiecentrum en
2. Het **belang van de respectievelijke factor** in functie van het succes van het revalidatiecentrum.

##### ***I. Aan- en afwezigheid factor***

De aanwezigheid van een factor (sub-element a) wordt, zoals toegelicht in Stap 3, aangeduid met een puntenschaal van niet aanwezig tot helemaal aanwezig (resp. 1 tot 5). Indien er bij een bepaalde factor sprake is van sub-factoren, wordt de aanwezigheid niet rechtstreeks bepaald, maar onrechtstreeks door het belang van deze sub-factoren mee te nemen in functie van de factor<sup>1</sup>.

##### ***II. Belang van factor***

Het belang van een factor kan uitgedrukt worden in functie van een respectievelijk doel, en het succes van een conventiedomein. Het belang van een factor (sub-element b) kan berekend worden uit de paarsgewijze vergelijking zoals aangeduid in Stap 2. Op dezelfde manier kan het belang van een doel (sub-element c) berekend worden in functie van het succes van een revalidatiedomein. Het belang van een factor in functie van het succes van een revalidatiecentrum (sub-element d) binnen een conventiedomein wordt bekomen door het product van het belang van de factor (b) en het belang van haar respectievelijk doel (c).

##### ***III. Bijdrage tot een succesvol revalidatiecentrum***

De bijdrage van een factor (sub-element e) tot een succesvol revalidatiecentrum kan bepaald worden door het product van sub-element a en sub-element e. De bijdrage van een factor tot een succesvol revalidatiecentrum wordt dus bepaald door de aanwezigheid van een factor en het belang van een factor in functie van het succes van een revalidatiecentrum.

## **5 Interpretatiekader**

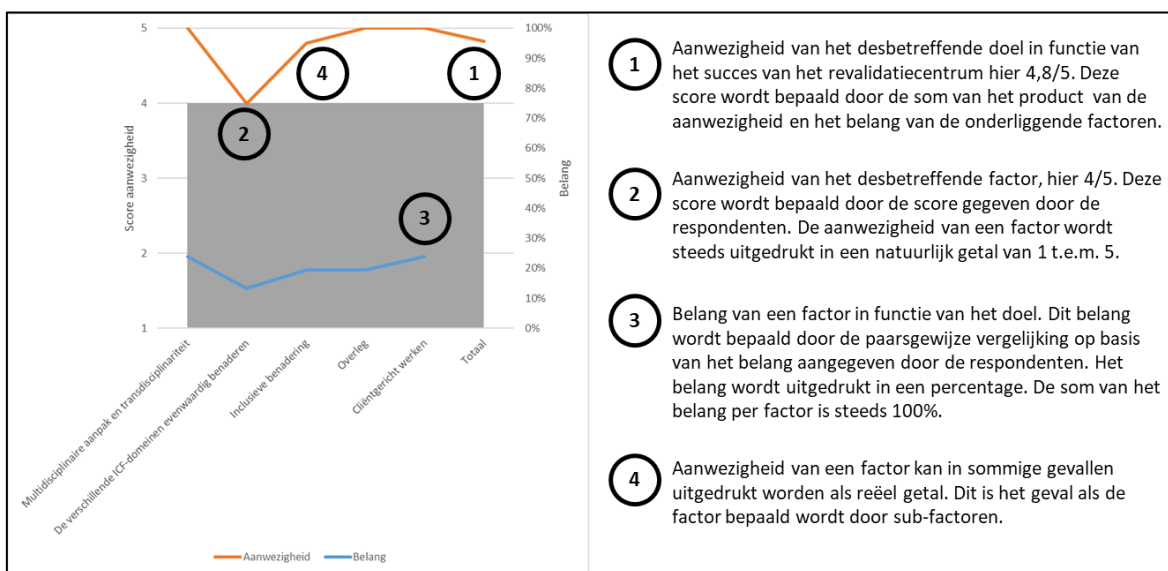
Alle doelen en factoren kunnen beschouwd worden als respectievelijk prioriteiten en subprioriteiten. Echter kunnen deze prioriteiten verder opgedeeld worden naar hun mate van aanwezigheid en hun belang in het behalen van succes (zoals hierboven beschreven). De opdrachtgevers van voorliggend onderzoek, de Vlaamse administraties en het Kabinet Vandeurzen, hebben de kwaliteitsstandaard betreffende de aanwezigheid van doelen en factoren voor de Vlaamse revalidatieconventies bepaald op score 4 (grote mate van aanwezigheid). Deze kwaliteitsbepaling geeft een verdere verdieping aan de

---

<sup>1</sup> Indien de aanwezigheid van een factor bepaald wordt door de aanwezigheid van sub-factoren, is het mogelijk dat de aanwezigheid niet wordt aangeduid als een natuurlijk getal, maar een reëel getal. Meer bepaald wordt de aanwezigheid van de factor bepaald door de som van de producten van de aanwezigheid en het belang van de subfactoren.

prioritering en geef een tweedeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’. Het eerste betreft de beleidsprioriteiten waar meer in dient geïnvesteerd te worden dan vandaag het geval is; het tweede handelt over het in stand houden van de huidige best en good practices (respectievelijk aanwezigheidsscore 5 en 4) binnen de Vlaamse revalidatiesector.

## 6 Voorbeeld



Figuur 4 Voorbeeld



## Hoofdstuk 3

### Sample en dataset

Zoals eerder beschreven vormt de online enquête de kern van het onderzoek (cf. fase 2 en 3). In dit onderdeel beschrijven we de sample en dataset van de enquête.

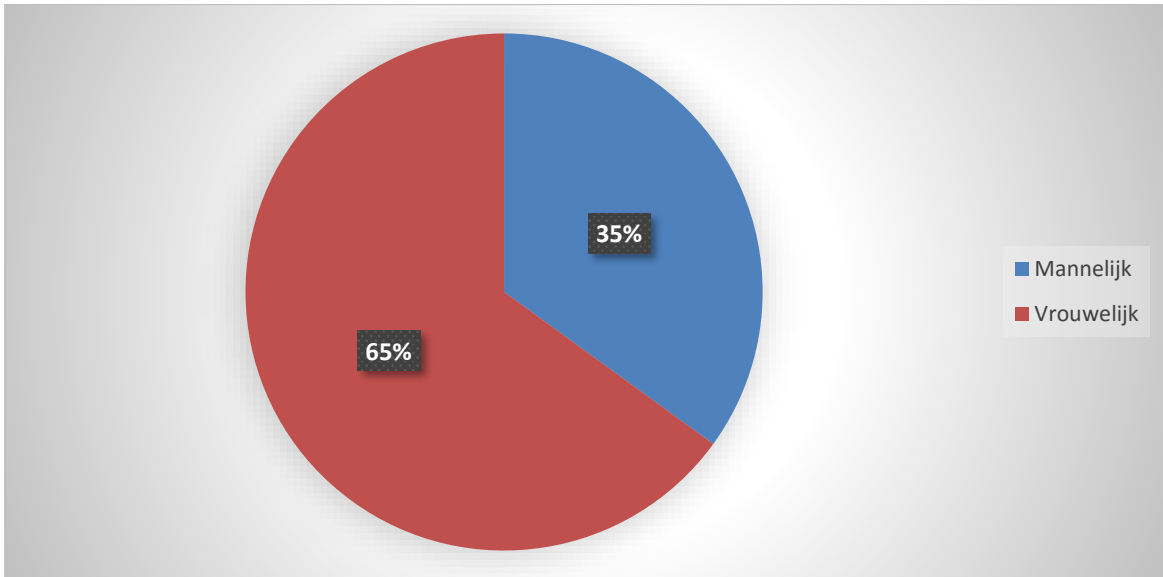
In totaal hebben 218 respondenten de vragenlijst volledig ingevuld. Globaal gezien nemen we een hoge responsgraad waar wanneer we het aantal unieke centra in beschouwing nemen. Tabel 5 biedt een detail overzicht van de respons opgedeeld per conventiedomein en per aantal unieke revalidatiecentra.

Tabel 5 Detail overzicht respons online bevraging

	Aantal centra per domein	Respons aantal unieke revalidatiecentra	Respons totaal aantal respondenten
<b>7.71 Locomotorische en neurologische revalidatie</b>	4	2	13
<b>7.72 Psychosociale revalidatie volwassenen</b>	15	13	37
<b>7.73 Revalidatie van verslaafden</b>	13	12	35
<b>7.74 Kinderpsychiatrische aandoeningen</b>	4	2	4
<b>7.74.5 Vroegtijdige stoornissen interactie ouders - kinderen</b>	2	2	8
<b>7.74.6 Referentiecentra voor autisme</b>	4	4	13
<b>7.76.5 Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen</b>	1	1	4
<b>953 Centra ambulante revalidatie</b>	47	32	84
<b>969 Visuele revalidatie</b>	4	3	13

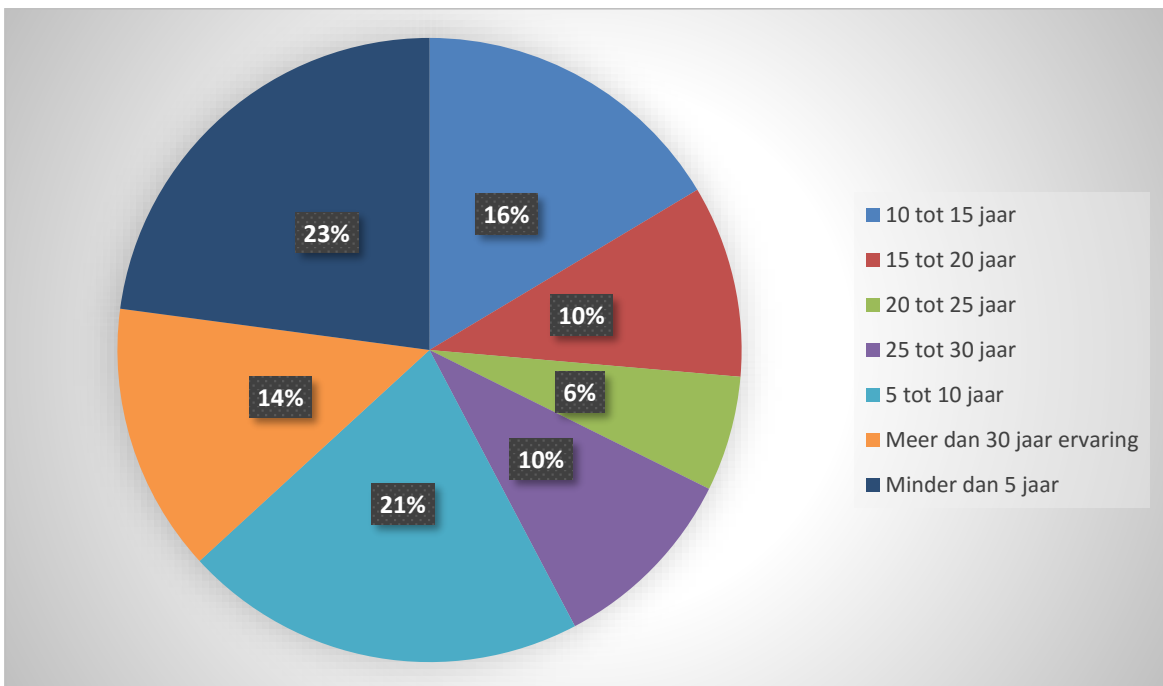
In de vragenlijst peilden we naar het geslacht en de functie van de respondenten, het aantal jaren werkzaam in de sector en buiten de sector, en de discipline die ze uitoefenen.

Figuur 5 geeft de verdeling man/vrouw weer. 35% van de respondenten blijkt van het mannelijke geslacht te zijn, terwijl 65% vrouwelijk is. Experts in fase vier van het onderzoek gaven te kennen dat deze man-vrouwverhouding representatief is voor de Vlaamse revalidatiesector.



Figuur 5 Geslacht van de respondenten

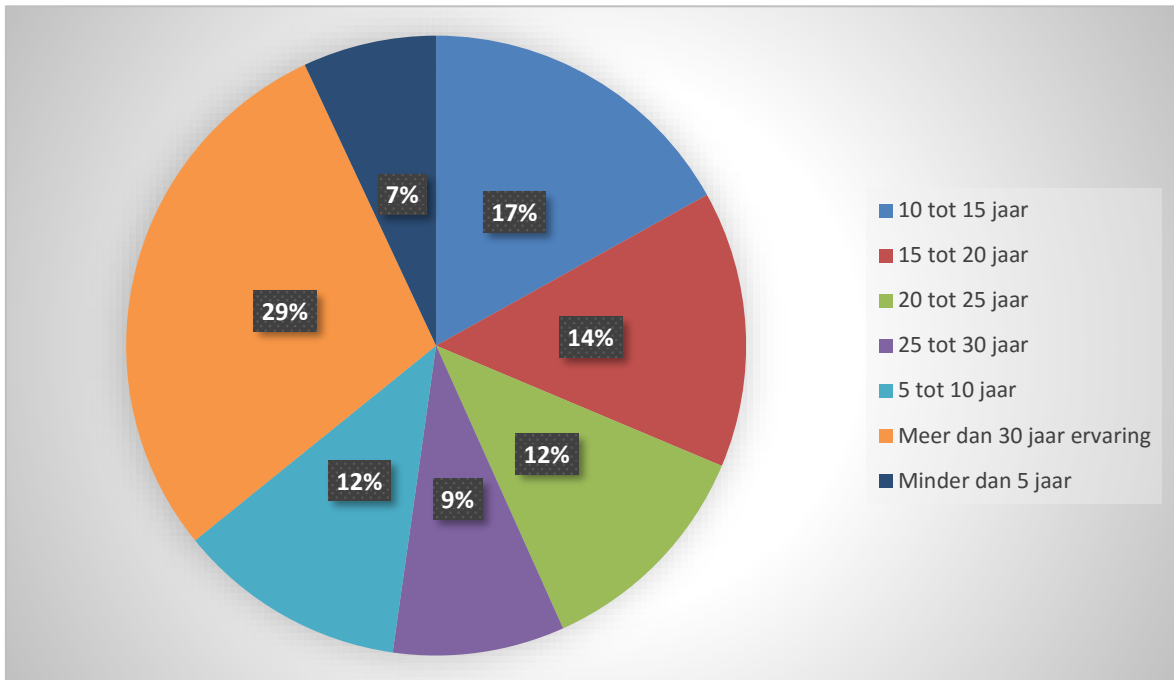
Figuur 6 geeft een overzicht van het aantal jaren dat de onderzoekspopulatie werkzaam is in de revalidatiesector. Algemeen merken we in de respons een gevarieerde mix op in de lengte van de jaren ervaring in de sector. Respondenten met meer ervaring (>20 jaar) maken 30% uit van de sample, respondenten met middellange ervaring (10-20 jaar) 26% en respondenten met beperkte ervaring (<10 jaar) 44%.



Figuur 6 Aantal jaren werkzaam in de sector

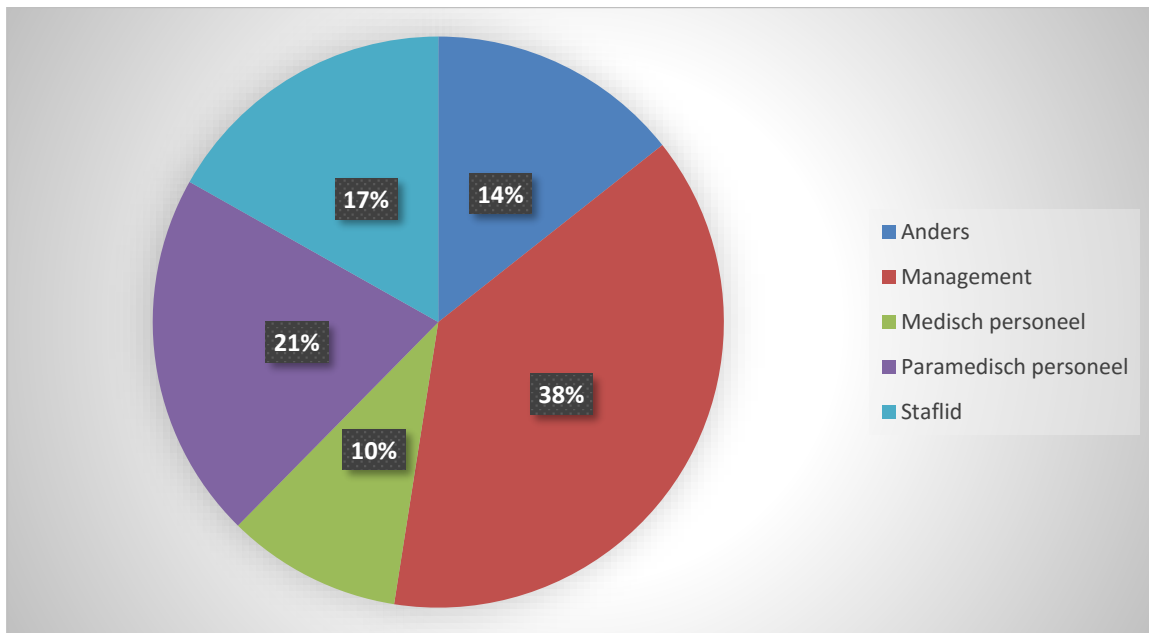


Figuur 7 toont een overzicht van het aantal jaren professionele ervaring in het algemeen (binnen en buiten de revalidatiesector). Hier zien we dat de populatie met de meeste ervaring met 10% toeneemt in vergelijking met het aantal jaren ervaring in de sector (van 30% naar 40%). De respondenten met middellange ervaring (10-20 jaar) stijgt licht, van 26% naar 31%; bij respondenten met beperkte ervaring (<10 jaar) zien we dan weer een daling optreden van 44% naar 19%. Met andere woorden, 10% van de respondenten uit de sample geven aan een wending aan hun carrière gegeven te hebben ten voordele van de revalidatiesector.



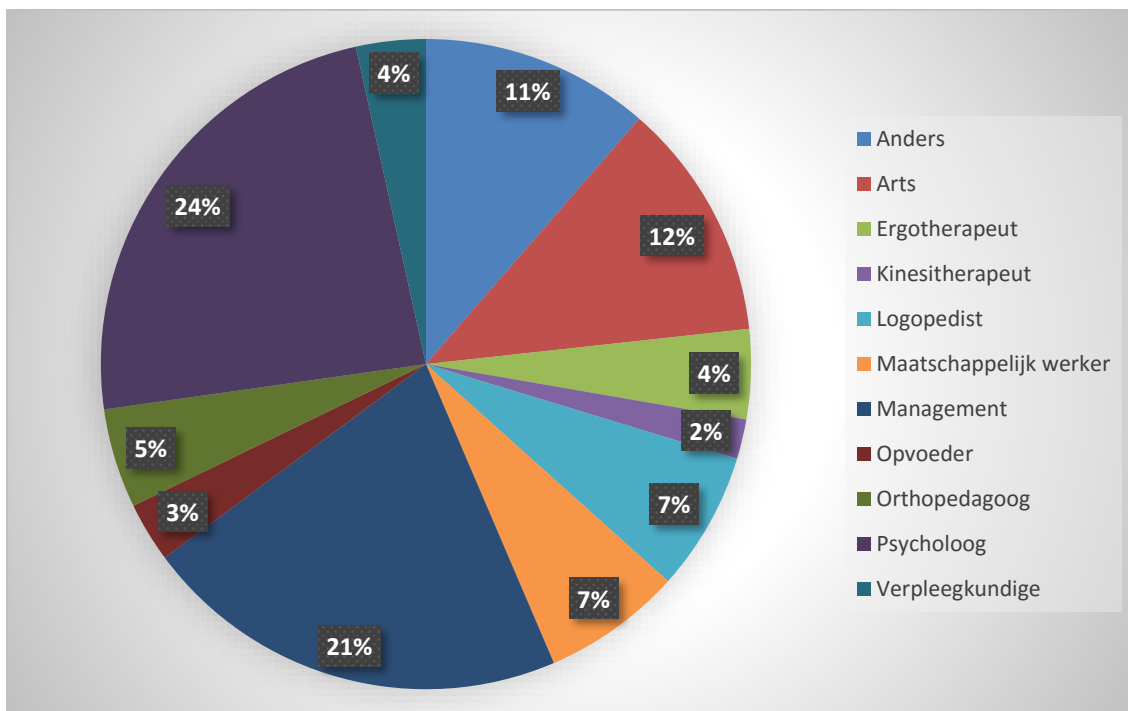
Figuur 7 Aantal jaren professionele ervaring

Figuur 8 is een weergave van de wijze waarop de sample is verdeeld naar gelang de functie die de respondenten uitoefenen binnen de Vlaamse revalidatiesector. Algemeen is de sample samengesteld uit een gevarieerde mix van functies. We merken een evenwichtige verdeling op tussen enerzijds management en staf (55%) en anderzijds niet-management (45%).



Figuur 8 Functie van de respondenten

Figuur 9 is de weergave van de verdeling van disciplines binnen de sample. De sample blijkt te bestaan uit een diverse mix van disciplines die elk hun eigen “bril” met zich meebrengen. Management, artsen, en psychologen zijn de groepen die het meest vertegenwoordigd zijn in de sample met respectievelijk 21%, 12% en 24%.



Figuur 9 Discipline waarin de respondenten werkzaam zijn

## Hoofdstuk 4

### Resultaten

#### 1 Locomotorische en neurologische revalidatie

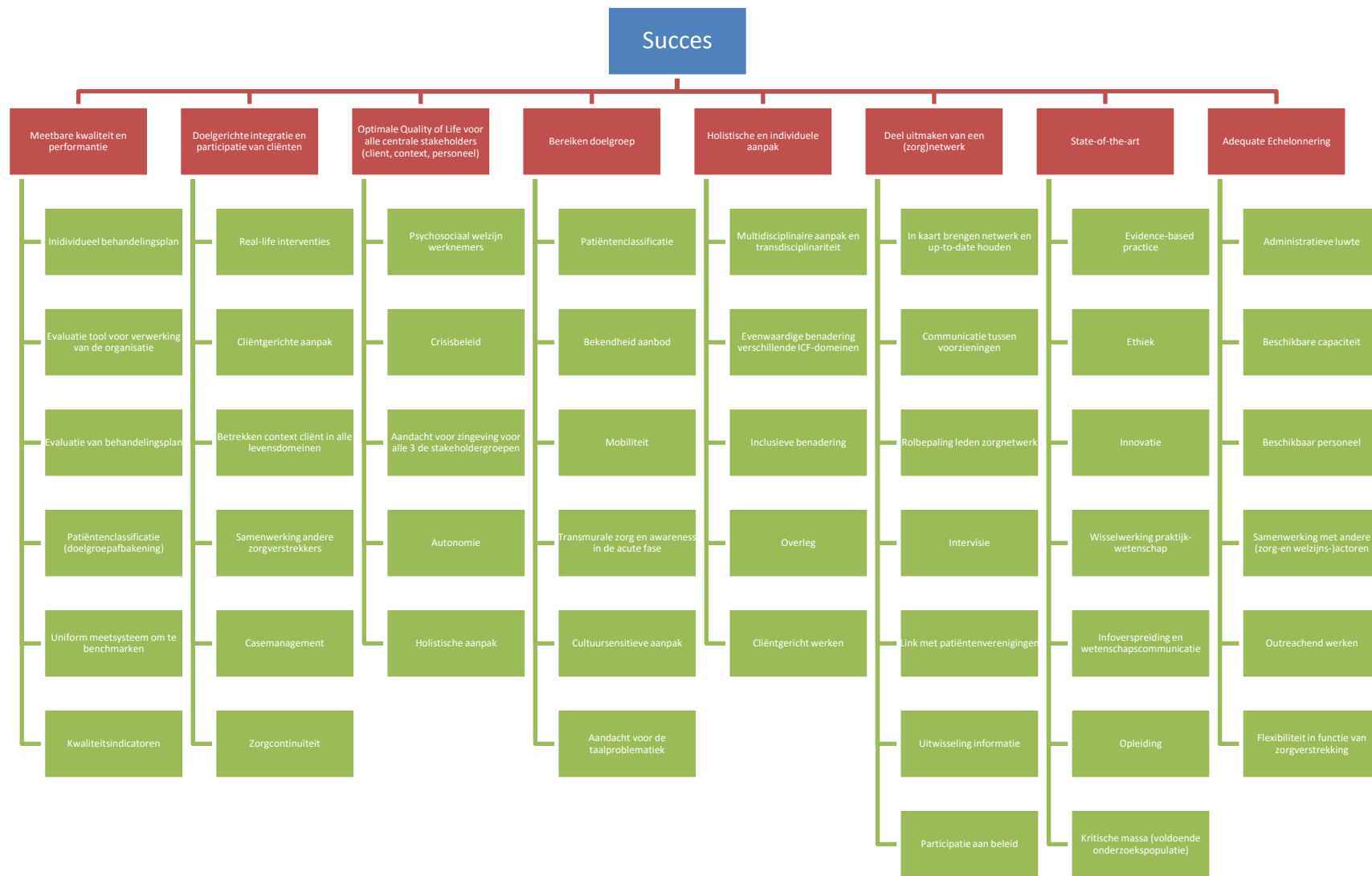
##### 1.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.71 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijk conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Meetbare kwaliteit en performantie;
2. Doelgerichte integratie en participatie van cliënten;
3. Optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context en personeel);
4. Bereiken doelgroep;
5. Holistische en individuele aanpak;
6. Deel uitmaken van een (zorg)netwerk;
7. State-of-the-art;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein meetbare kwaliteit en performantie aantonen, doelgerichte integratie en participatie van cliënten mogelijk maken en er moet een optimale quality of life zijn voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, professional). Daarnaast is een holistische en individuele aanpak cruciaal in het behalen van succes, net als deel uitmaken van een (zorg)netwerk. De werking van een revalidatiecentrum binnen het domein 7.71 dient daarnaast state-of-the-art te zijn en ook adequate echelonnering is een must om succes te behalen.

Voor elk van deze hoofddoelen werden diverse factoren bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 10 Schematisch overzicht boomstructuur locomotorische en neurologische revalidatie

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken, met andere woorden, de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

De resultaten van de online bevraging voor dit conventiedomein gelden *enkel voor het residentieel aanbod* (NAH Turnhout heeft niet deelgenomen aan de bevraging). Gelet op de grote verschillen tussen een ambulante en een residentieel zorgaanbod, dienen we bijgevolg de resultaten te nuanceren voor het globale conventiedomein.

### 1.1.1 Succes

Globaal gezien zien we een gelijke trend tussen aanwezigheid en belang. Wat als belangrijker beschouwd wordt, is meestal ook het meest aanwezig. Als we de kwaliteitstandaard van grote mate van aanwezigheid in beschouwing nemen (cutoff score 4), dan kunnen de resultaten wat genuanceerd worden. Figuur 11 geeft een overzicht van de resultaten.

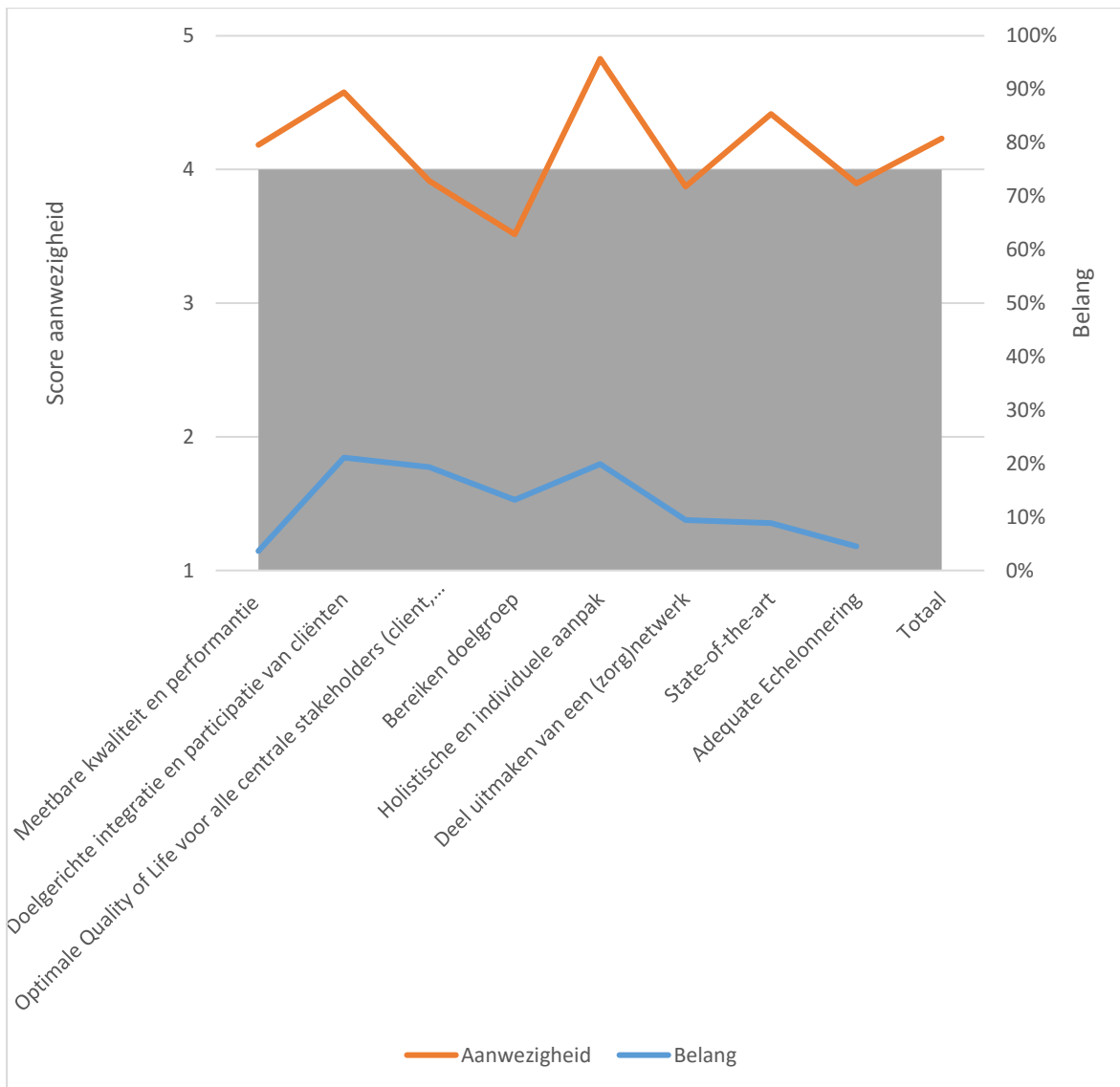
Wanneer we de doelen met groeimarge bekijken, zien we dat het bereiken van de doelgroep extra investeringen vraagt gelet op de aanwezigheidsscore van 3,51 en 13% belangrijkheid. Het deel uitmaken van een (zorg)netwerk heeft groeipotentieel volgens de respondenten met een aanwezigheidsscore 3,87 en aandeel belang van 9%. Hoewel ‘adequate echelonnering’ als minder belangrijk wordt beschouwd in vergelijking met de andere doelen (5%) is ook daar nog mogelijkheid om te groeien wanneer we de aanwezigheidsscore van 3,89 in acht nemen.

Bij de doelen waaraan aandacht dient besteed te worden om te behouden, zien we er twee bovenuit steken: ‘holistische en individuele aanpak’ met een aanwezigheid score van 4,83 en 20% belang en ‘Doelgerichte integratie en participatie van cliënten’ met een aanwezigheidsscore van 4,58 en 21% belang. Zij het minder belangrijk (9%), blijkt ook ‘state-of-the-art’ het goed te doen qua aanwezigheid met een score van 4,41. Hoewel meetbare kwaliteit en performantie als minst belangrijk doel ingeschat wordt (4%), blijkt die toch sterk aanwezig te zijn (score 4,18) binnen het locomotorische en neurologische conventiedomein.

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein goed scoort (4,23), echter identificeren we vier doelen waar binnen het conventiedomein speciale aandacht aan moet geschonken worden:

- Doelgerichte integratie en participatie van patiënten;
- Optimale quality of life van alle stakeholders;
- Deel uitmaken van een (zorg)netwerk;
- Adequate echelonnering.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



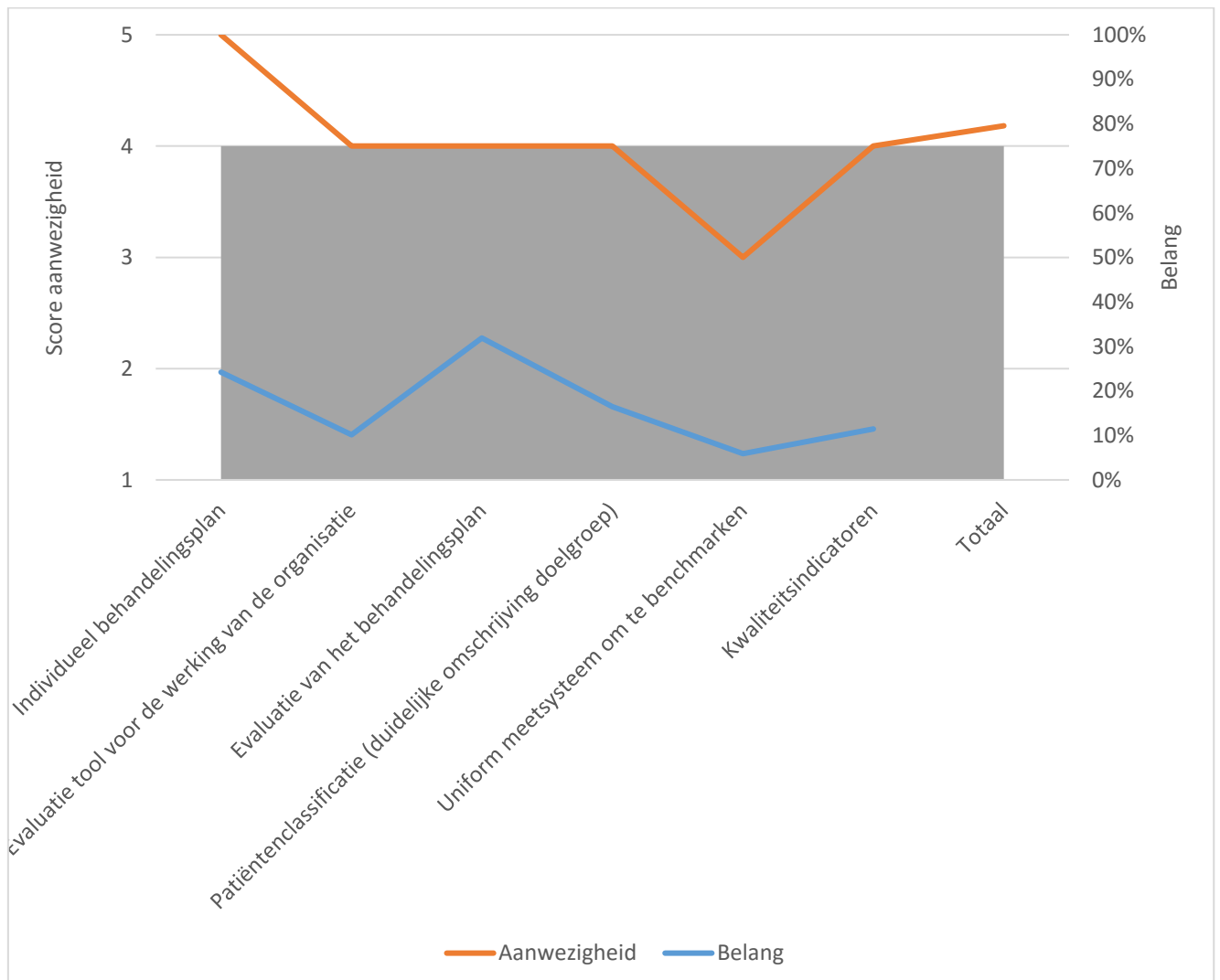
Figuur 11 Resultaten succes binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

### 1.1.2 Meetbare kwaliteit en performantie

We nemen een gelijke trend waar tussen aanwezigheid en belang van de factoren om het doel meetbare kwaliteit en performantie te behalen, met uitzondering van 'evaluatie van het behandelingsplan' die als belangrijkste factor wordt beschouwd en maar net de cutoff van aanwezigheidsscore 4 haalt. Figuur 12 geeft een overzicht van alle resultaten.

Wanneer we de factoren met groeimarge bekijken, zien we dat het vooral gaat over een uniform meetsysteem. Deze factor blijkt de laagste aanwezigheidsscore van 3 te hebben en wordt ook als minst belangrijkste (6%) gerangschikt door de respondenten.

Bij de factoren waarin geïnvesteerd dient te worden om als good practice te behouden, blijken het vooral te gaan over factoren die net de cutoff van 4 behalen. Evaluatie van het behandelingsplan bijt de spits af met een belang van 32% gevolgd door 'patiëntenclassificatie (duidelijke omschrijving doelgroep)' met een belang van 16%. Kwaliteitsindicatoren en een tool voor evaluatie van de werking maken respectievelijk 11% en 10% van het belang uit. De good practice binnen het locomotorische en neurologische conventiedomein bestaat vooral uit het individueel behandelingsplan met een volledige aanwezigheid (score 5) en mate van belang van 24%.



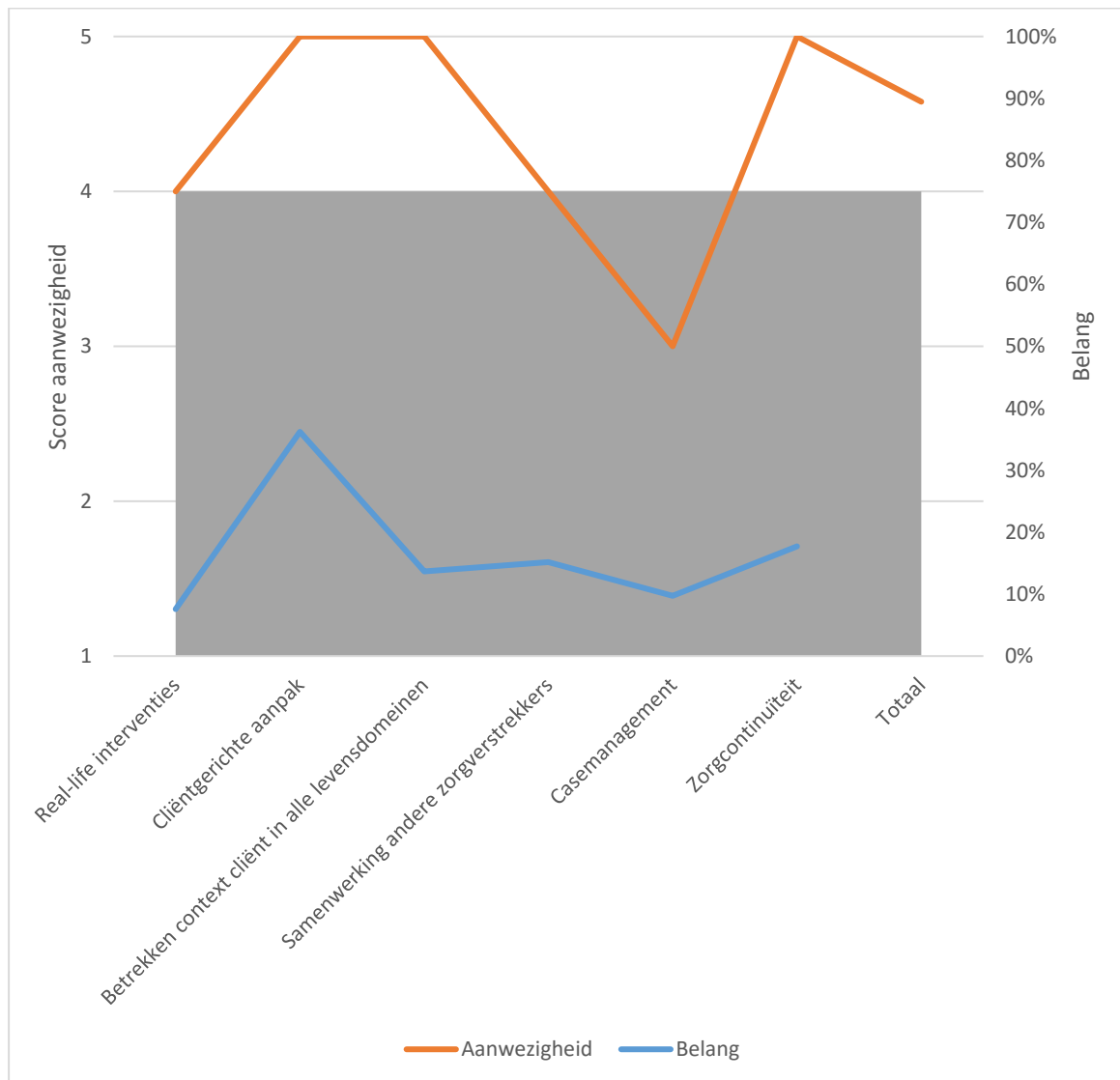
Figuur 12 Resultaten meetbare kwaliteit en performantie binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

1.1.3 Doelgerichte integratie en participatie van cliënten

Er is geen gelijklopende algemene trend waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om doelgerichte integratie en participatie van cliënten mogelijk te maken. Figuur 13 geeft een overzicht van de resultaten.

Casemanagement blijkt de enige uitgesproken factor te zijn waarin extra dient geïnvesteerd te worden om het doelgerichte integratie en participatie van cliënten mogelijk te maken. Casemanagement heeft een aanwezigheidsscore van 3 en blijkt de tweede minst belangrijke factor te zijn met 10%.

De prioriteiten om te behouden zijn twee factoren die in grote mate aanwezig zijn (good practices) en drie factoren die helemaal aanwezig zijn (best practices). Met betrekking tot de groep best practices, geven de respondenten een cliëntgerichte aanpak als de belangrijkste factor om doelgerichte integratie en participatie van cliënten mogelijk te maken. Daarnaast worden ook ‘zorgcontinuïteit’ en ‘betrekken context cliënt in alle levensdomeinen’ als best practice aangegeven met respectievelijk een belang van 18% en 14%. De good practices, zijnde de factoren met een aanwezigheidsscore van 4, zijn ‘samenwerking met andere zorgverstrekkers’ met 15% belang en ‘real life interventies’ met 8% belang.



Figuur 13 Resultaten doelgerichte integratie en participatie van cliënten binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

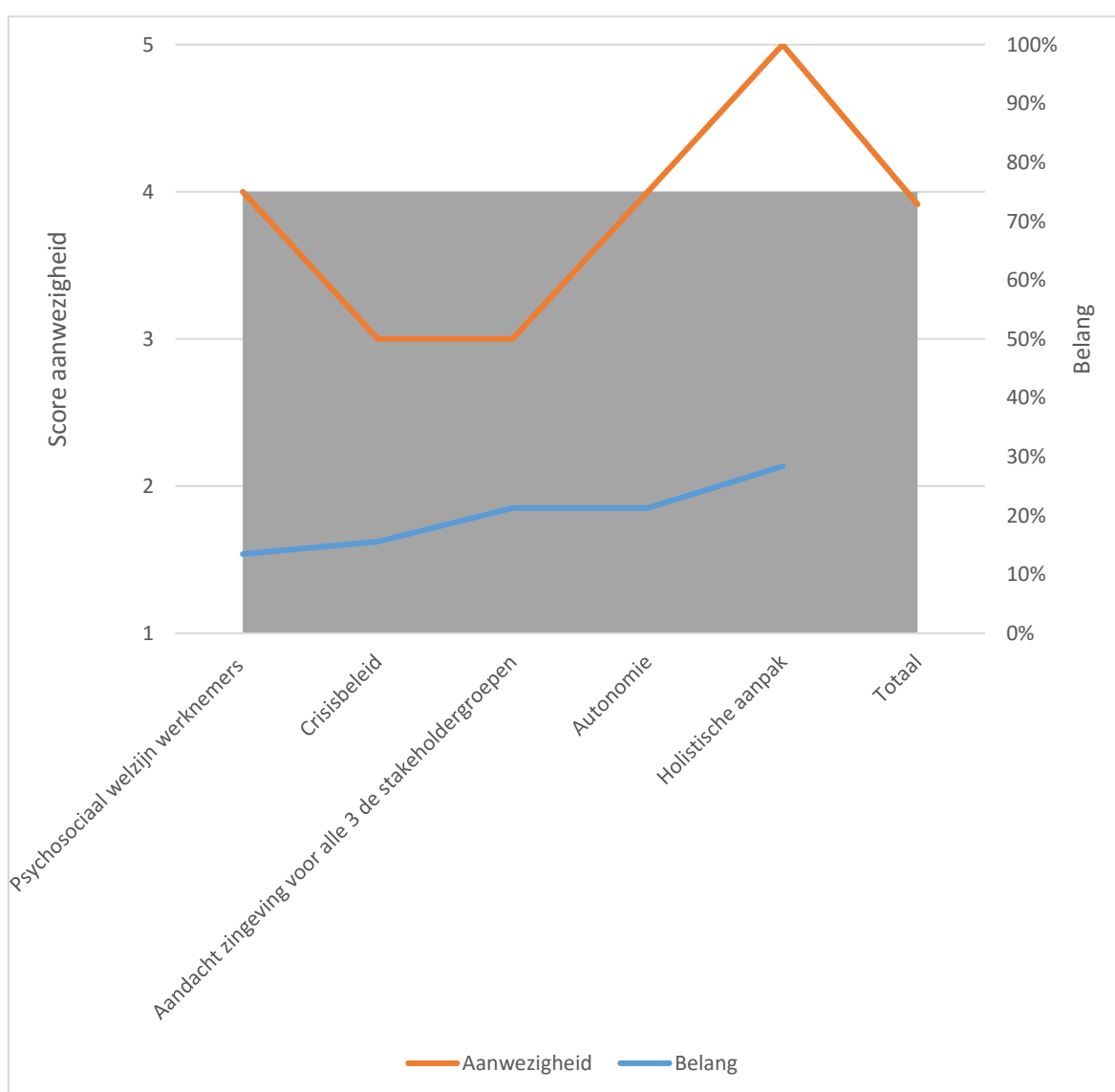


#### 1.1.4 Optimale quality of life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)

Er is geen gelijklopende tendens op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om optimale quality of life voor alle centrale stakeholders te realiseren. Figuur 14 geeft een overzicht van de resultaten.

Extra aandacht voor zingeving en crisisbeleid dringt zich op omwille van hun groeipotentieel in het behalen van optimale quality of life voor alle centrale stakeholdergroepen. Zingeving blijkt een score van 3 en 21% belang te hebben en crisisbeleid een score van 3 en 13% belang.

We merken op dat een holistische aanpak zowel als belangrijkste factor wordt aangegeven (28%) als volledig aanwezig is (score 5) binnen het conventiedomein. Deze factor blijkt dan ook de meest uitgesproken factor te zijn waarin als best practice verder dient geïnvesteerd te worden om te behouden. Ook autonomie en psychosociaal welzijn van het personeel blijken sterk aanwezig te zijn (score 4), echter positioneren ze zich anders op vlak van belangrijkheid; respectievelijk 21% en 13%.



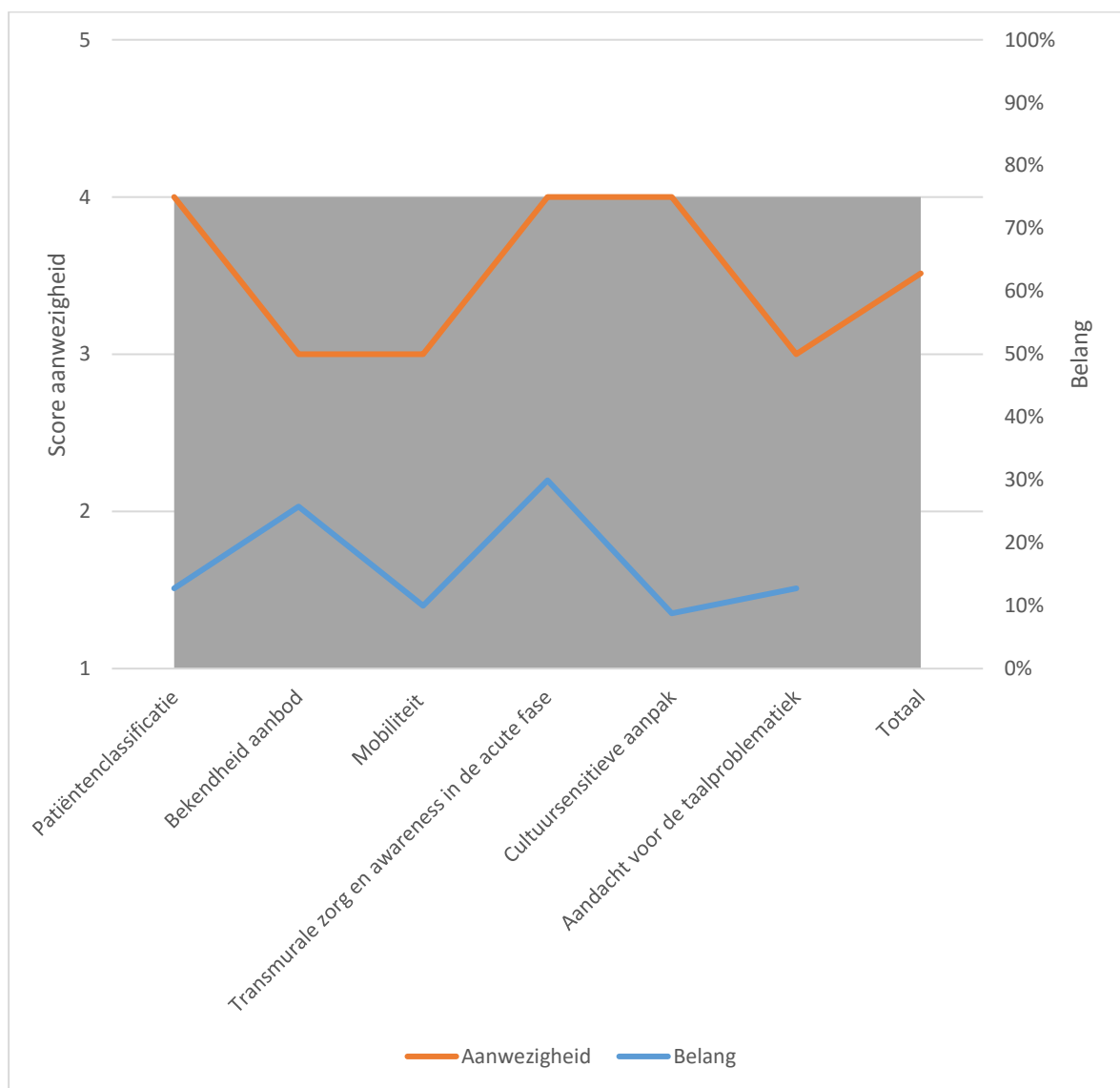
Figuur 14 Resultaten doelgerichte integratie en participatie van cliënten binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

1.1.5 Bereiken doelgroep

Er is geen relatie op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om de doelgroep te bereiken. Figuur 15 geeft een overzicht van de resultaten.

Respondenten geven drie factoren aan waarin extra dient geïnvesteerd te worden om de doelgroep te bereiken. Bekendheid van het aanbod blijkt hier een cruciale prioriteit met een aanwezigheidsscore van 3 en 26% belang, dit voor ‘aandacht voor de taalproblematiek’ en ‘mobiliteit’ met hun respectievelijke score van 3 en respectievelijke 13% en 10% belang.

Transmurale zorg en awareness in de acute fase is good practice die zowel positieve resultaten heeft op vlak van aanwezigheid, score 4, als op vlak van belang, 30%. Hoewel veel minder belangrijk, geven respondenten aan dat ook ‘Patiëntenclassificatie’ en ‘cultuursensitieve aanpak’ te behouden beleidsprioriteiten zijn gelet op hun respectievelijke aanwezigheidsscore van 4 en hun respectievelijk 13% en 9% belang.

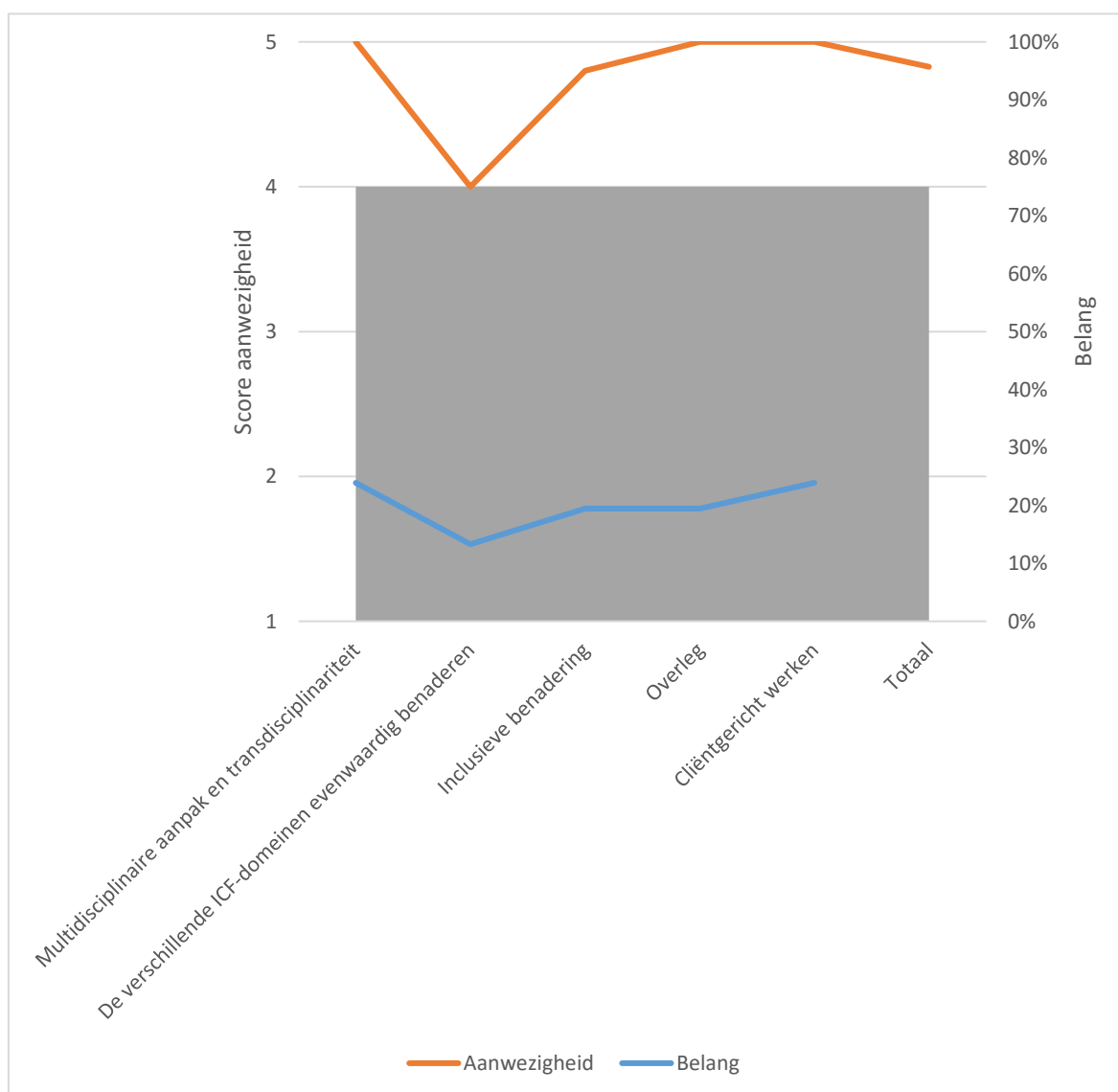


Figuur 15 Resultaten bereiken doelgroep binnen het locomotorische en neurologische revalidatie-domein

### 1.1.6 Holistische en individuele aanpak

Er is een gelijke tendens op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren een holistische en individuele aanpak mogelijk te maken. Wat als belangrijker beschouwd wordt, is ook het meest aanwezig. Figuur 16 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel holistische en individuele aanpak te (blijven) behalen, blijken enkel investeringen noodzakelijk voor het behoud van de best en good practices; om de huidige situatie in stand te houden. 'Multidisciplinaire aanpak en transdisciplinariteit' en 'cliëntgericht werken' worden beiden beschouwd als best practices die volledig aanwezig zijn binnen de 7.71 (score 5) en die als de meest belangrijkste factoren worden beschouwd om succesvol te zijn in het behalen van het doel (beiden 24% belang). Hoewel overleg een andere factor is die volgens respondenten volledig aanwezig is, blijkt die minder belangrijk te zijn (19%). Verder zijn een inclusieve benadering (aanwezigheidsscore 4,8 en 19% belang) en ook het evenwaardig benaderen van de verschillende ICF-domeinen beleidsprioriteiten (aanwezigheidsscore 4 en 13% belang) die men dient te behouden.



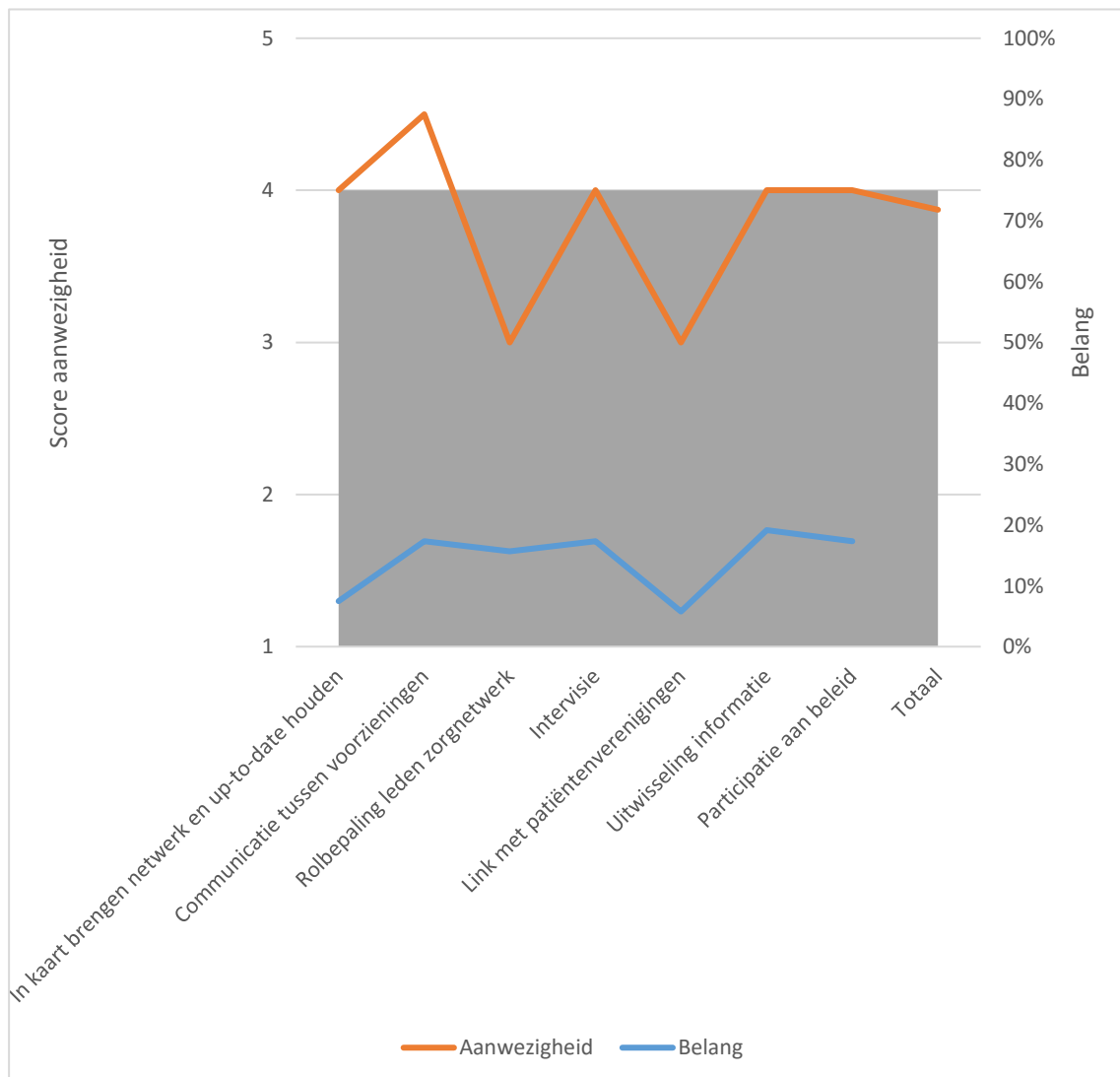
Figuur 16 Resultaten holistische en individuele aanpak binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

1.1.7 Deel uitmaken van een (zorg)netwerk

Er is geen duidelijke relatie op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om de doelgroep te bereiken. Wat als belangrijker beschouwd wordt, is niet per se ook het meest aanwezig. Figuur 17 geeft een overzicht van de resultaten.

Respondenten geven twee factoren aan waarin extra dient geïnvesteerd te worden om de doelgroep te bereiken. Vooral de rolbepaling van leden in het zorgnetwerk heeft met een aanwezigheidsscore 3 en 16% belang een groeimarge die prioritair is. Het hebben van een link met patiëntenverenigingen heeft dezelfde aanwezigheidsscore, maar blijkt veel minder belangrijk (6%).

Vijf factoren worden als good practices aangegeven waarin dient geïnvesteerd te worden om de huidige situatie te behouden. Uitwisseling van informatie voert deze “prioriteitenlijst van behoud” aan met een aanwezigheidsscore van 4 en 19% belang, op de voet gevolgd door communicatie tussen voorzieningen met score 4,5 en 17% belang. Intervisie en participatie aan beleid hebben verder eveneens een aanwezigheidsscore van 4 en een belang van 17%. Tot slot beschouwen respondenten het in kaart brengen van een netwerken en het behouden van het netwerk als de tweede minst belangrijke factor van de zeven met 7%, hoewel het sterk aanwezig is binnen het conventiedomein (score 4).

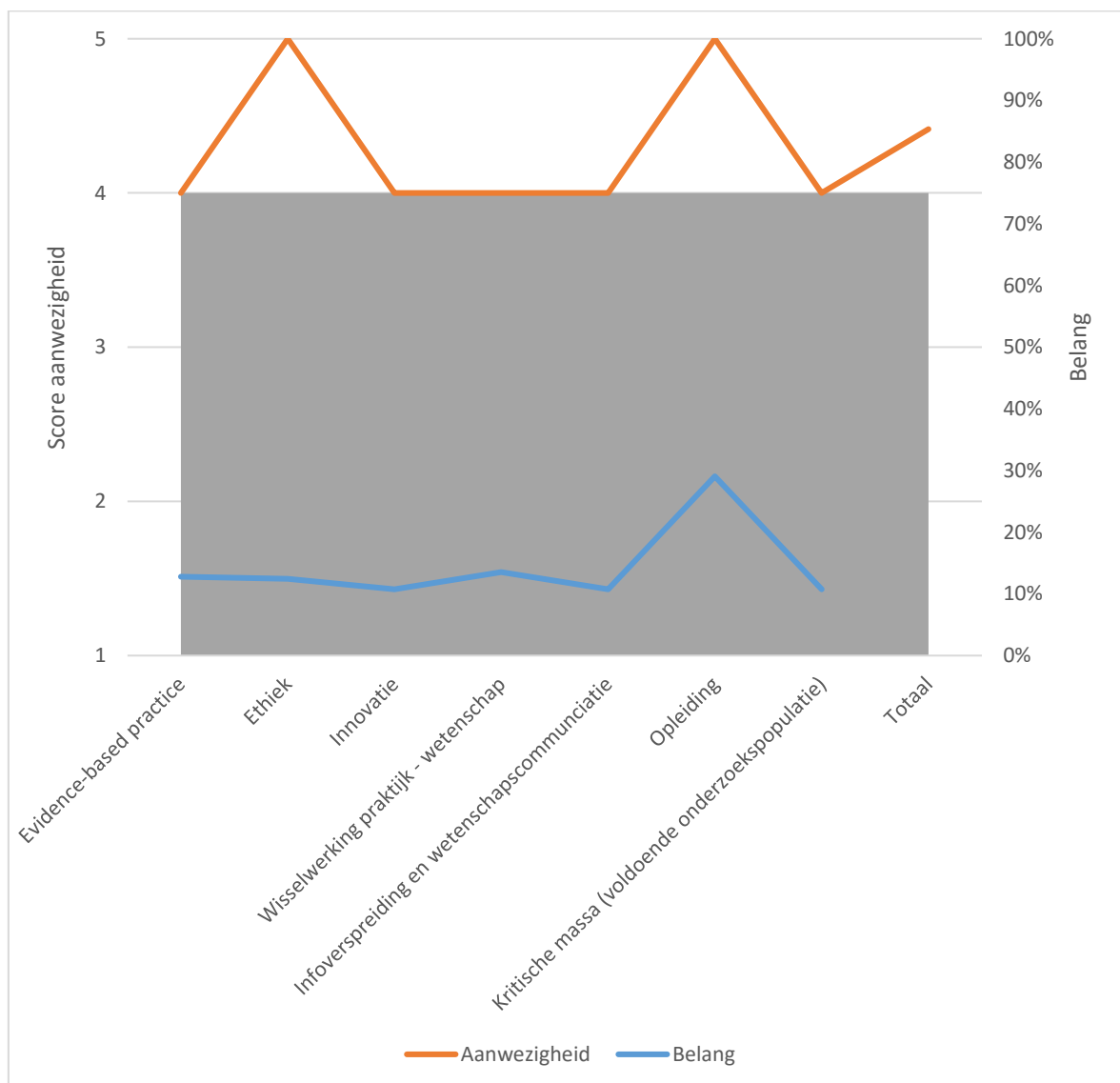


Figuur 17 Resultaten deel uitmaken van een (zorg)netwerk binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

### 1.1.8 State-of-the-art

Er is geen eenduidige trend op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om de doelgroep te bereiken. Figuur 18 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel state-of-the-art te (blijven) behalen, blijken enkel investeringen noodzakelijk voor het behoud van de best en good practices, om de huidige situatie in stand te houden. Respondenten geven twee best practices aan (aanwezigheidsscore 5) en vijf good practices (aanwezigheidsscore 4). Aangaande best practices, blijkt vooral opleiding van belang te zijn om state-of-the-art te zijn met de werking volgens de respondenten (29%). Hoewel de factor ethiek eveneens de maximale score op aanwezigheid behaalt, blijkt het veel minder significant qua belang (12%). Betreffende de good practices (aanwezigheidsscore 4) blijkt vooral de wisselwerking tussen praktijk en wetenschap van belang (14%) een prioriteit te zijn om in stand te houden, gevolgd door evidence-based benadering (13%), innovatie (11%), infoverspreiding en wetenschapscommunicatie (11%) en kritische massa (11%).



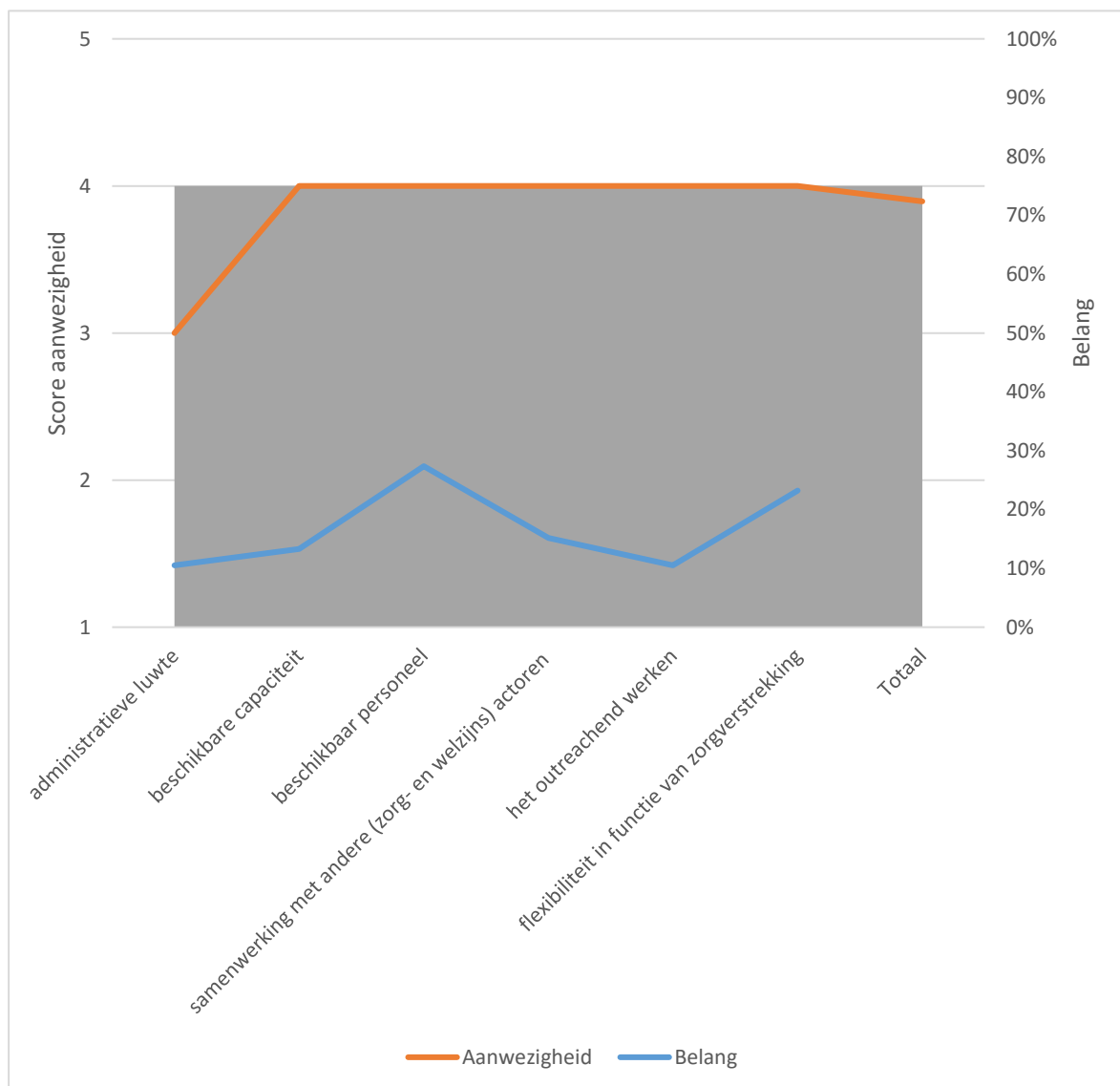
Figuur 18 Resultaten state-of-the-art binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

1.1.9 Adequate echelonnering

Er is geen duidelijke relatie waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om de echelonnering adequaat te laten verlopen. Figuur 19 geeft een overzicht van de resultaten.

De resultaten geven aan dat er een factor is waar vandaag te weinig aandacht voor is en waarin extra dient geïnvesteerd te worden om adequate echelonnering mogelijk te maken. Meer bepaald, hoewel administratieve luwte aangeduid wordt als minder belangrijk dan andere factoren (11%), blijkt die het minst aanwezig te zijn binnen het conventiedomein (score 3).

Vijf factoren hebben een aanwezigheidsscore van 4 en worden als good practices aangegeven waarin dient geïnvesteerd te worden om de huidige situatie te behouden. De prioritaire factoren blijken hier beschikbaar personeel te zijn en flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking met respectievelijke percentages van 27% en 23%.



Figuur 19 Resultaten adequate echelonnering binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein

## 1.2 Bespreking Locomotorische en neurologische revalidatie

### 1.2.1 Globale score

Onze analyse toont aan dat het residentiële aanbod binnen het conventiedomein *Locomotorische en neurologische revalidatie* over het algemeen goed scoort (4,23). Het beleid dient zich hier dan ook voornamelijk te focussen om het in stand houden van de huidige best en good practices.

### 1.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden experts binnen het globale locomotorische en neurologische domein in totaal 48 succesfactoren die samen het succes bepalen. Al deze factoren kunnen dan ook beschouwd worden als de prioriteiten van dit conventiedomein. Van deze 48, zijn de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Cliëntgerichte aanpak;
2. Holistische aanpak;
3. Cliëntgericht werken;
4. Multidisciplinaire aanpak en transdisciplinariteit;
5. Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen;
6. Autonomie;
7. Transmurale zorg en awareness in de acute fase;
8. Inclusieve benadering;
9. Overleg;
10. Zorgcontinuïteit.

### 1.2.3 Prioritering

De verdere prioritering op basis van de bredere kwantitatieve bevraging geldt enkel voor het residentiële aanbod binnen het locomotorische en neurologische revalidatiedomein, omwille van het feit dat NAH Turnhout niet heeft deelgenomen aan de bevraging.

Onze analyse wijst uit dat de tien cruciaalste succesfactoren in grote mate aanwezig zijn binnen dit conventiedomein, uitgezonderd van de factor “aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen” die 4% belang heeft en 40% groeipotentieel. Dit is dan ook het grootste aandachtspunt van dit conventiedomein. Extra investeringen in de psychologische drivers van revalideren voor alle betrokkenen kunnen in dit licht versterkend werken, net als het mogelijk maken dat tools die levensdoelen in beschouwing nemen ingezet kunnen worden.

Verder vraagt ook het doel “bereiken van de doelgroep” beleidsaandacht, gelet op de ruime groeimarge van de factoren bekendheid van het aanbod en aandacht voor de taalproblematiek (3% belang en 40% groeipotentieel) en mobiliteit (2% belang en 40% groeipotentieel). Werkpunten om de doelgroep te bereiken situeren zich in dit domein in:

- Het verstrekken van informatie en communicatie naar de burger in het algemeen en de persoon met zorg en ondersteuningsnood in het bijzonder;
- Verlagen van drempels voor personen met andere etnische achtergrond (cf. cultuursensitieve maatregelen);
- Het verhogen van de fysieke toegankelijkheid van de revalidatiecentra.

Tabel 6 Samenvattend overzicht Locomotorische en neurologische revalidatie

Factor	Doel	Aanwezigheid (a)	Belang Factor (b)	Belang Doel (c)	Belang (d)	Bijdrage succes (e)
Clïentgerichte aanpak	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	5,0	36%	21%	8%	100%
Holistische aanpak	Optimale Quality of Life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)	5,0	28%	19%	5%	100%
Clïentgericht werken	Holistische en individuele aanpak	5,0	24%	20%	5%	100%
Multidisciplinaire aanpak en transdisciplinariteit	Holistische en individuele aanpak	5,0	24%	20%	5%	100%
<b>Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen</b>	<b>Optimale Quality of Life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)</b>	<b>3,0</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
Autonomie	Optimale Quality of Life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)	4,0	21%	19%	4%	80%
Transmurale zorg en awareness in de acute fase	Bereiken doelgroep	4,0	30%	13%	4%	80%
Inclusieve benadering	Holistische en individuele aanpak	4,8	19%	20%	4%	96%
Overleg	Holistische en individuele aanpak	5,0	19%	20%	4%	100%
Zorgcontinuïteit	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	5,0	18%	21%	4%	100%
<b>Bekendheid aanbod</b>	<b>Bereiken doelgroep</b>	<b>3,0</b>	<b>26%</b>	<b>13%</b>	<b>3%</b>	<b>60%</b>
Samenwerking andere zorgverstrekkers	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	4,0	15%	21%	3%	80%
Crisisbeleid	Optimale Quality of Life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)	3,0	16%	19%	3%	60%
Betrekken context cliënt in alle levensdomeinen	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	5,0	14%	21%	3%	100%
De verschillende ICF-domeinen evenwaardig benaderen	Holistische en individuele aanpak	4,0	13%	20%	3%	80%
Psychosociaal welzijn werknemers	Optimale Quality of Life voor alle centrale stakeholders (cliënt, context, personeel)	4,0	13%	19%	3%	80%
Opleiding	State-of-the-art	5,0	29%	9%	3%	100%
Casemanagement	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	3,0	10%	21%	2%	60%
Uitwisseling informatie	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	4,0	19%	9%	2%	80%
<b>Aandacht voor de taalproblematiek</b>	<b>Bereiken doelgroep</b>	<b>3,0</b>	<b>13%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>	<b>60%</b>
Patiëntenclassificatie	Bereiken doelgroep	4,0	13%	13%	2%	80%
Intervisie	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	4,0	17%	9%	2%	80%
Participatie aan beleid	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	4,0	17%	9%	2%	80%
Communicatie tussen voorzieningen	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	4,5	17%	9%	2%	90%
Real-life interventies	Doelgerichte integratie en participatie van cliënten	4,0	8%	21%	2%	80%
Rolbepaling leden zorgnetwerk	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	3,0	16%	9%	1%	60%
<b>Mobiliteit</b>	<b>Bereiken doelgroep</b>	<b>3,0</b>	<b>10%</b>	<b>13%</b>	<b>1%</b>	<b>60%</b>
Beschikbaar personeel	Adequate Echelonnering	4,0	27%	5%	1%	80%
Wisselwerking praktijk - wetenschap	State-of-the-art	4,0	14%	9%	1%	80%
Cultuursensitieve aanpak	Bereiken doelgroep	4,0	9%	13%	1%	80%
Evaluatie van het behandelingsplan	Meetbare kwaliteit en performantie	4,0	32%	4%	1%	80%
Evidence-based practice	State-of-the-art	4,0	13%	9%	1%	80%
Ethiek	State-of-the-art	5,0	12%	9%	1%	100%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate Echelonnering	4,0	23%	5%	1%	80%
Infoverspreiding en wetenschapscommunicatie	State-of-the-art	4,0	11%	9%	1%	80%
Innovatie	State-of-the-art	4,0	11%	9%	1%	80%
Kritische massa (voldoende onderzoekspopulatie)	State-of-the-art	4,0	11%	9%	1%	80%
Individueel behandelingsplan	Meetbare kwaliteit en performantie	5,0	24%	4%	1%	100%
In kaart brengen netwerk en up-to-date houden	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	4,0	7%	9%	1%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate Echelonnering	4,0	15%	5%	1%	80%
Beschikbare capaciteit	Adequate Echelonnering	4,0	13%	5%	1%	80%
Patiëntenclassificatie (duidelijke omschrijving doelgroep)	Meetbare kwaliteit en performantie	4,0	16%	4%	1%	80%
Link met patiëntenverenigingen	Deel uitmaken van een (zorg)netwerk	3,0	6%	9%	1%	60%
Administratieve luwte	Adequate Echelonnering	3,0	11%	5%	0%	60%
Het outreachend werken	Adequate Echelonnering	4,0	11%	5%	0%	80%
Kwaliteitsindicatoren	Meetbare kwaliteit en performantie	4,0	11%	4%	0%	80%
Evaluatie tool voor de werking van de organisatie	Meetbare kwaliteit en performantie	4,0	10%	4%	0%	80%
<b>Uniform meetsysteem om te benchmarken</b>	<b>Meetbare kwaliteit en performantie</b>	<b>3,0</b>	<b>6%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b>

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.



### 1.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Tabel 7 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van de Locomotorische en neurologische revalidatie.

We merken op dat over het algemeen de bepalende factoren om adequaat te echelonneren ruim aanwezig zijn, met uitzondering van de administratieve luwte. Een extra inspanning voor de ondersteuning van de administratieve taken is dan ook wenselijk, alsook een flexibelere regelgeving die focust op de zorgverstrekking en minder op het administratieve.

Tabel 7 Adequate echelonnering locomotorische en neurologische revalidatie

Factor	Belang	Bijdrage succes
Beschikbaar personeel	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	1%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	1%	80%
Beschikbare capaciteit	1%	80%
Administratieve luwte	0%	60%
Het outreachend werken	0%	80%

## 2 Psychosociale revalidatie voor volwassenen

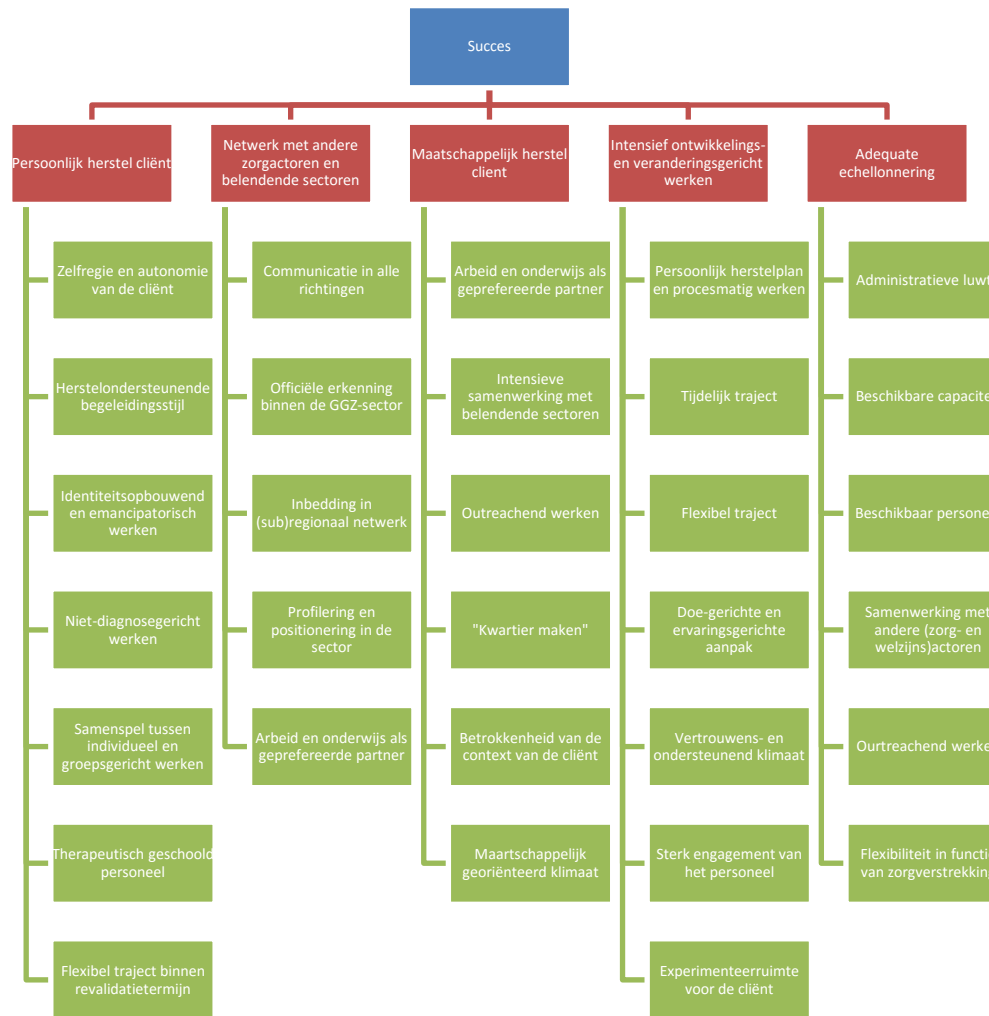
### 2.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.72 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijk conventiedomein. De respondenten hebben met name vijf hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Persoonlijk herstel cliënt;
2. Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren;
3. Maatschappelijk herstel cliënt;
4. Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken;
5. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen persoonlijk en maatschappelijk herstel van de cliënt centraal stellen in hun werking. Daarnaast is een intensief ontwikkelings- en veranderingsgerichte aanpak cruciaal in het behalen van succes, net als deel uitmaken van een netwerk met andere zorgactoren of belendende sectoren. De werking van een revalidatiecentrum binnen het conventiedomein 7.72 dient daarnaast speciale aandacht te hebben voor adequate echelonnering.

Voor elk van deze hoofddoelen werden diverse factoren bepaald door de respondenten die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 20 Schematisch overzicht boomstructuur Psychosociale revalidatie voor volwassenen

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we ook hier het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

### 2.1.1 Succes

Er is geen gelijke tendens waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de doelen om succesvol te zijn binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. Figuur 21 geeft een overzicht van de resultaten.

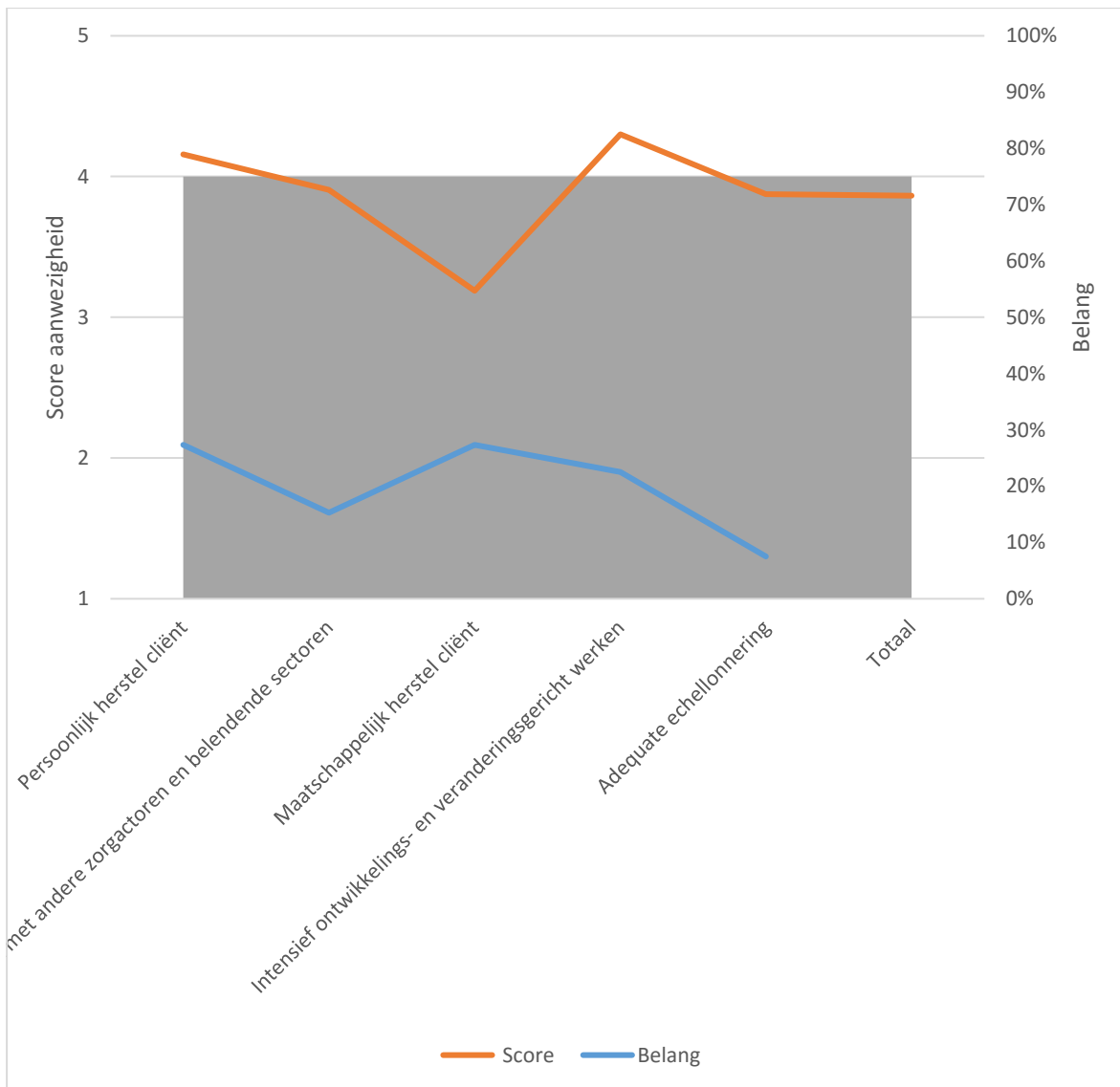
Het meest uitgesproken doel waar vandaag te weinig aandacht aan besteed wordt, is ‘maatschappelijk herstel van de cliënt’ met een aanwezigheidsscore van 3,2 en 27% belang. Verder is ook extra aandacht nodig voor het hebben van een netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren (aanwezigheidsscore 3,9 en 15% belang) en adequate echelonnering (score 3,9 en 8%).

Twee doelen hebben een aanwezigheidsscore van meer dan 4 en worden als good practices aangegeven waarin dient geïnvesteerd te worden om de huidige positieve situatie te behouden. Persoonlijk herstel cliënt heeft een aanwezigheidsscore van 4,2 en 27% belang; intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken heeft een aanwezigheidsscore van 4,3 en 23% belang.

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein net onder de target scoort (3,86). Concreet identificeren we drie doelen waar binnen het conventiedomein speciale aandacht aan moet geschonken worden:

- Maatschappelijk herstel van de cliënt;
- Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren;
- Adequate echelonnering.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.

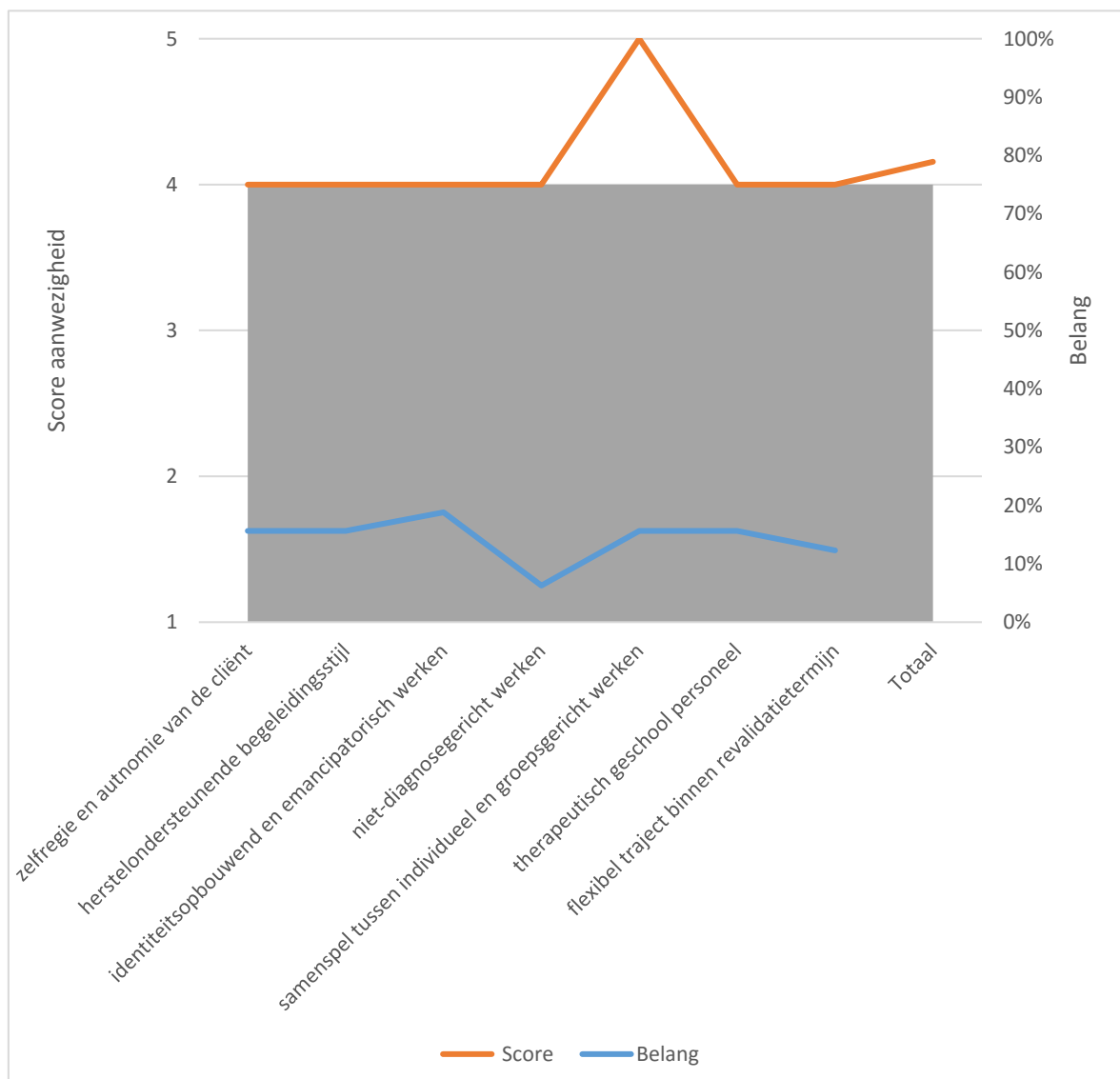


Figuur 21 Resultaten succesvolle revalidatie binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

### 2.1.2 Persoonlijk herstel cliënt

Er is geen gelijke tendens waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om persoonlijk herstel van de cliënt mogelijk te maken binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. Figuur 22 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel persoonlijk herstel van de cliënt te (blijven) behalen, blijken vooral investeringen noodzakelijk om de huidige positieve situatie in stand te houden. Respondenten geven een best practice aan (aanwezigheidsscore 5) en zes good practices (aanwezigheidsscore 4). Het samenspel tussen individueel en groepsgericht werken is het meest aanwezig (score 5) en blijkt 16% aan belang te hebben. Betreffende de good practices (aanwezigheidsscore 4) blijkt vooral identiteitsopbouwend en emancipatorisch werken een prioriteit te zijn (19%), gevolgd door 'zelfregie en autonomie', 'herstel ondersteunende begeleidingsstijl' en 'therapeutisch geschoold personeel' die alle drie 16% belang hebben.



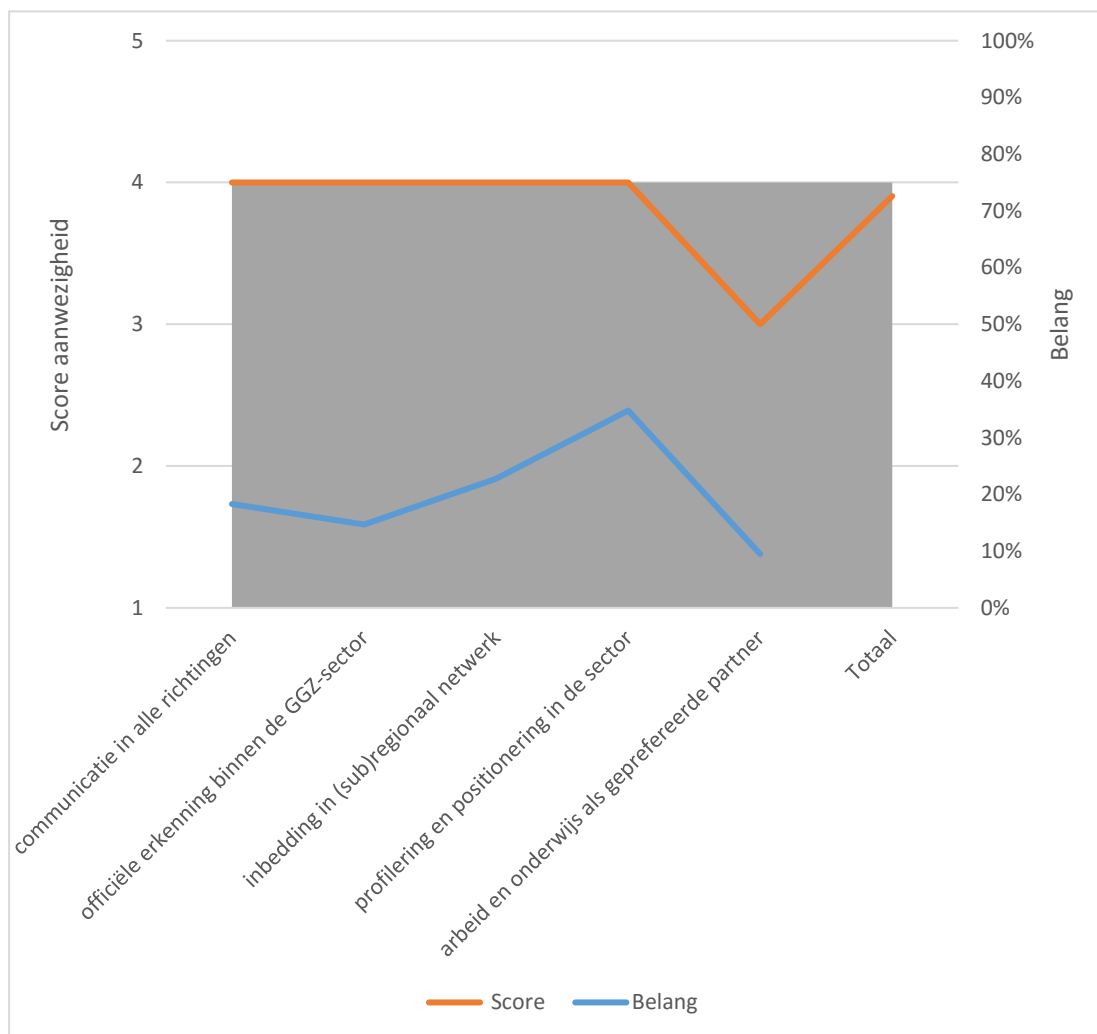
Figuur 22 Resultaten persoonlijk herstel cliënt binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

2.1.3 Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren

Er is geen gelijke tendens op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om een netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren te verkrijgen binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. Figuur 23 geeft een overzicht van de resultaten.

Een opvallend resultaat is dat de aanzienlijk minder belangrijk geachte factor ‘arbeid en onderwijs als geprefereerde partner’ (9%) ook minder aanwezig is (score 3). Deze factor vertoont met andere woorden het grootste groeipotentieel aangaande het verkrijgen en behouden van een netwerk.

Vooraf profiling en positionering blijkt een factor te zijn waar blijvend aandacht voor nodig is gezien de combinatie aanwezigheidsscore 4 en 35% belang. Daarnaast is naast het inbedden in een (sub)regionaal netwerk met een score van 4 en 23% belang ook communicatie in alle richtingen met eenzelfde aanwezigheidsscore en 18% belang een blijvende prioriteit.



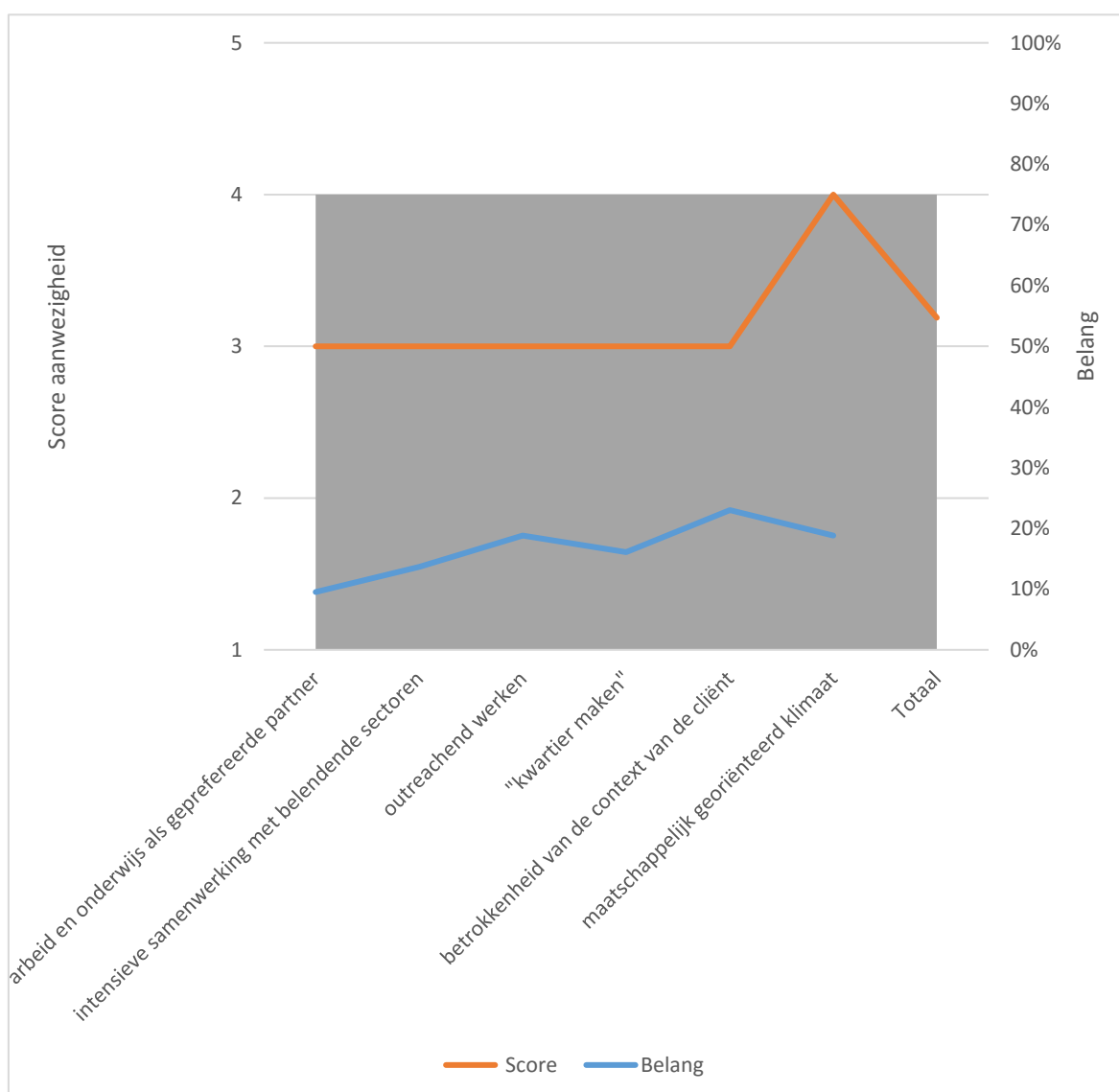
Figuur 23 Resultaten netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

### 2.1.4 Maatschappelijk herstel cliënt

Er is geen eenduidige relatie waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om maatschappelijk herstel van de cliënt mogelijk te maken binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. Figuur 24 geeft een overzicht van de resultaten.

Vooraf betrokkenheid van de context van de cliënt blijkt een factor te zijn waar extra aandacht voor nodig is gezien de combinatie aanwezigheidsscore 3 en 23% belang. Daarnaast is naast het outreachend werken met een score van 3 en 19% belang en 'kwartier maken' met eenzelfde aanwezigheidsscore en 16% belang een beleidsprioriteit die een extra investering vergt dan vandaag de dag.

Opvallend is dat slechts een factor, zijnde maatschappelijk georiënteerd klimaat, 4 scoort op vlak van aanwezigheid, als belangrijk beschouwd wordt (19%) en bijgevolg aandacht voor behoud vraagt.

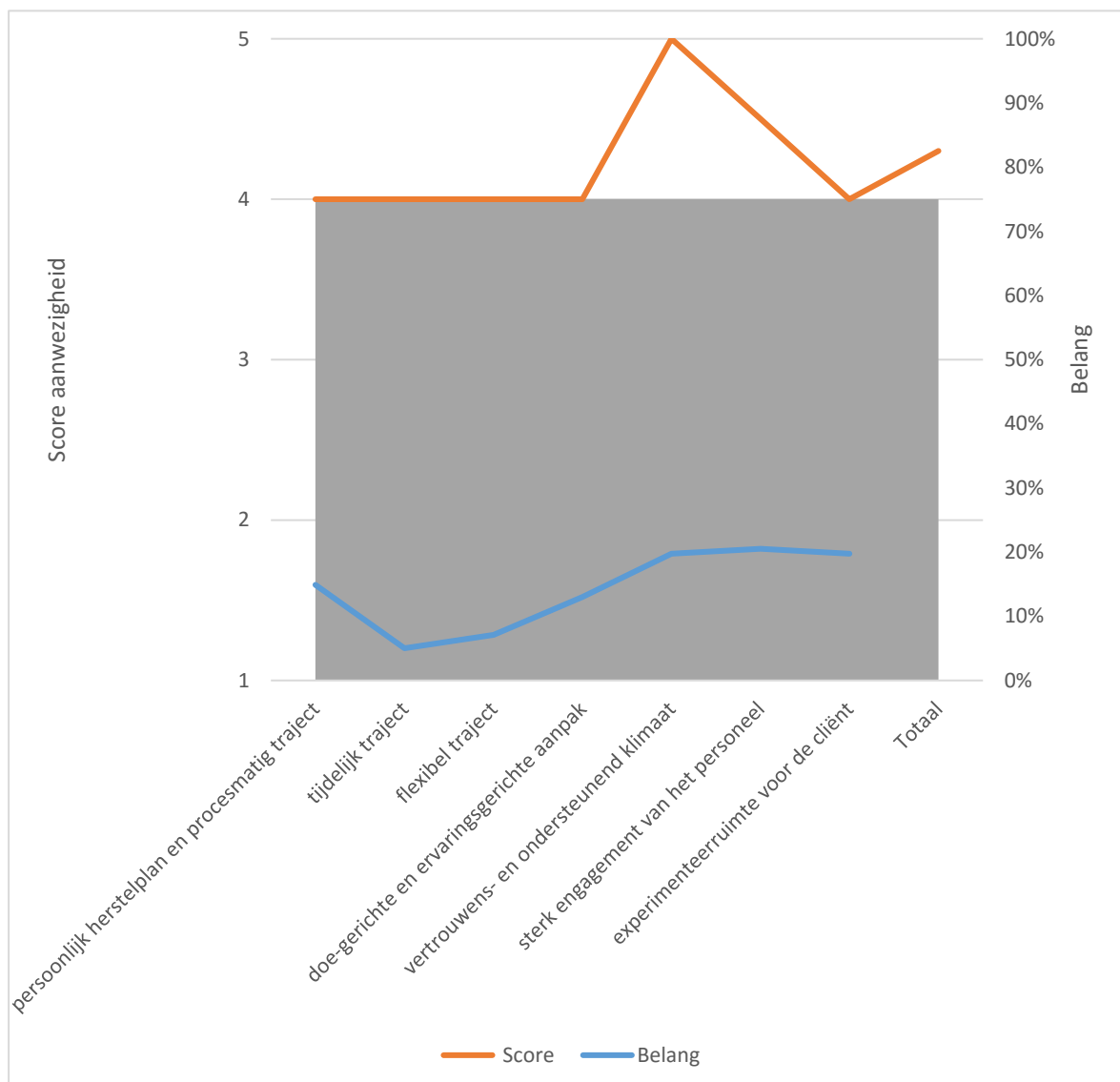


Figuur 24 Resultaten maatschappelijk herstel van de cliënt binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

2.1.5 Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken

Er is geen gelijkaardige tendens op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken mogelijk te maken binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. We zien echter wel dat alle factoren de target behalen en bijgevolg dienen er enkel investeringen te gebeuren voor behoud van de huidige goede gang van zaken. Figuur 25 geeft een overzicht van de resultaten.

Een klimaat van vertrouwen en ondersteuning blijkt volledig aanwezig te zijn (score 5) en wordt hoog ingeschat qua belang (20%). Een andere goede praktijk om te behouden is het engagement van het personeel met een aanwezigheidsscore van 4,5 en 21% belang. Een opvallende good practice die aandacht voor behoud vraagt is experimenteerruimte voor de cliënt met een aanwezigheidsscore van 4 en 20% belang.



Figuur 25 Resultaten intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

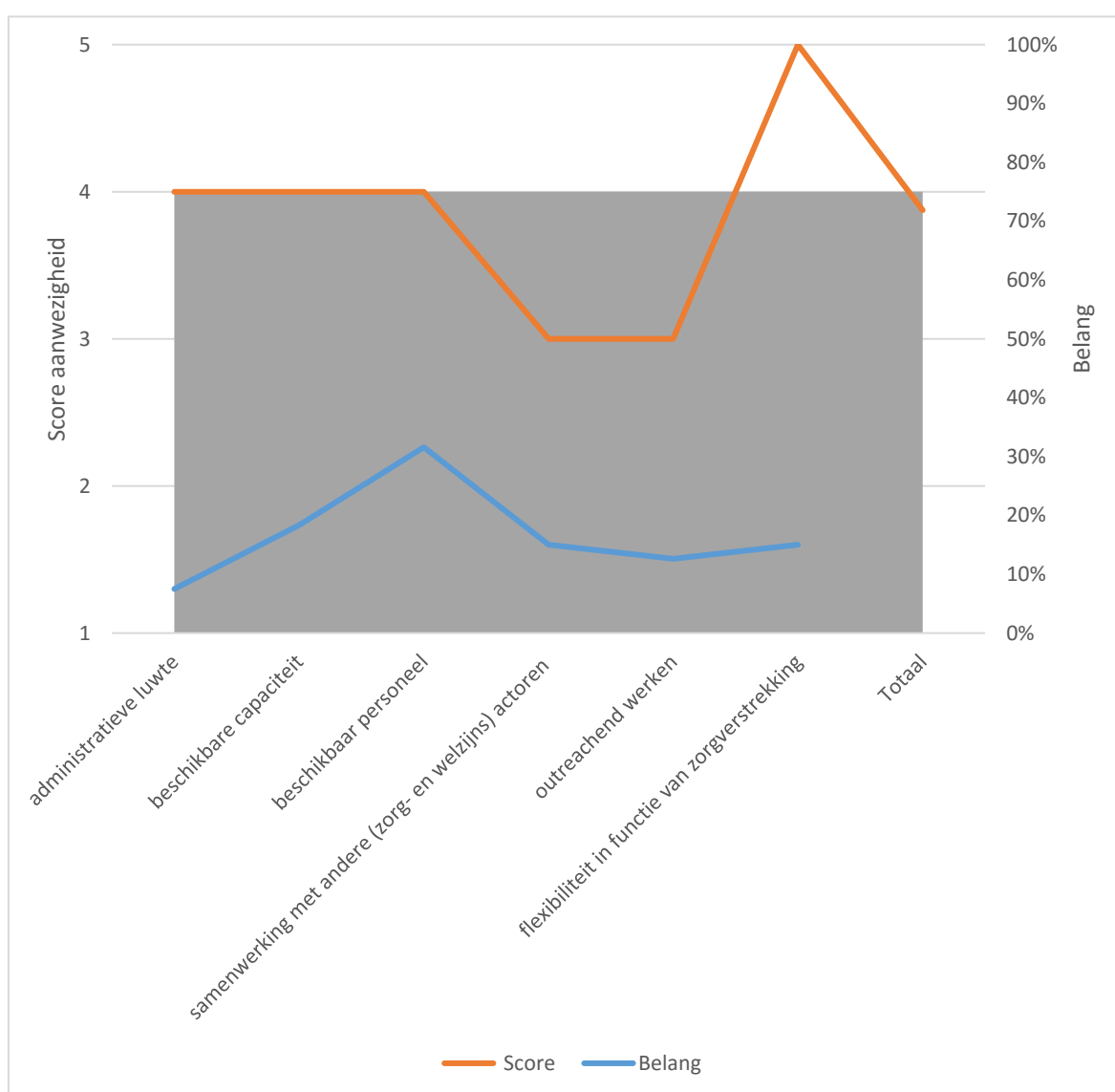


### 2.1.6 Adequate echelonnering

Er is geen lijn te trekken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van de psychosociale revalidatie van volwassenen. We zien echter dat niet alle factoren de target halen en dat de globale score van het doel bijgevolg net onder target zit. Figuur 26 geeft een overzicht van de resultaten.

Investerings in functie van groei situeert zich voornamelijk in versterken van de samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren (score 3, 15% belang) en het outreachend werken (score 3 en 13% belang).

Aangaande investeringen voor behoud vallen twee factoren sterk op. Flexibiliteit in functie van zorgverstrekkingen blijkt volledig aanwezig te zijn (score 5) hoewel het door de respondenten minder hoog ingeschat wordt qua belang (15%). Beschikbaar personeel wordt dan weer hoog ingeschat qua belang (32%) en haalt ook de target met een aanwezigheidsscore van 4.



Figuur 26 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van de psychosociale revalidatie voor volwassenen

## 2.2 Bespreking Psychosociale revalidatie

### 2.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat dit conventiedomein over het algemeen net onder target scoort met 3,86. Er zijn bijgevolg zowel extra investeringen noodzakelijk om groei te stimuleren als blijvende beleidsaandacht om de huidige goede praktijken in stand te houden.

### 2.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 29 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen gepercipieerd worden als de prioriteiten waar dient op ingezet te worden. Van deze 29 zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende (in volgorde van belang):

1. Betrokkenheid van de context van de cliënt;
2. Outreachend werken;
3. Profilering en positionering in de sector;
4. Maatschappelijk georiënteerd klimaat;
5. Identiteitsopbouwend en emancipatorisch werken;
6. Sterk engagement van het personeel;
7. Experimenteeruimte voor de cliënt;
8. Vertrouwens- en ondersteunend klimaat;
9. "kwartier maken";
10. Herstel ondersteunende begeleidingsstijl.

### 2.2.3 Prioritering

Tabel 8 geeft een samenvatting weer van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het domein psychosociale revalidatie voor volwassenen.

Onze analyse wijst uit dat vooral het doel maatschappelijk herstel cliënt niet voldoet aan de kwaliteitseisen. Met name de factoren betrokkenheid van de context van de cliënt en het outreachend werken (6% belang en 40% groeimarge) blijken de grootste aandachtspunten van dit conventiedomein te zijn en vragen een extra duwtje in de rug. Een ander werkpunt van dit conventiedomein betreft stimulerende maatregelen om "kwartier maken" mogelijk te maken. Extra ruimte voor samenwerking met actoren binnen arbeid en onderwijs, maar ook daarbuiten is verder eveneens aangewezen.

Tabel 8 Samenvattend overzicht psychosociale revalidatie voor volwassenen

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
<b>Betrokkenheid van de context van de cliënt</b>	<b>Maatschappelijk herstel cliënt</b>	<b>3,0</b>	<b>23%</b>	<b>27%</b>	<b>6%</b>	<b>60%</b>
<b>Outreaching werken</b>	<b>Maatschappelijk herstel cliënt - Adequate echelonnering</b>	<b>3,0</b>	<b>NVT</b>	<b>NVT</b>	<b>6%</b>	<b>60%</b>
Profileren en positionering in de sector	Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren	4,0	35%	15%	5%	80%
Maatschappelijk geïntendeerd klimaat	Maatschappelijk herstel cliënt	4,0	19%	27%	5%	80%
Identiteitsopbouwend en emancipatorisch werken	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	19%	27%	5%	80%
Sterk engagement van het personeel	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,5	21%	23%	5%	90%
Experimenteeruimte voor de cliënt	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,0	20%	23%	4%	80%
Vertrouwens- en ondersteunend klimaat	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	5,0	20%	23%	4%	100%
<b>"kwartier maken"</b>	<b>Maatschappelijk herstel cliënt</b>	<b>3,0</b>	<b>16%</b>	<b>27%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
Herstel ondersteunende begeleidingsstijl	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	16%	27%	4%	80%
Samenspel tussen individueel en groepsgericht werken	Persoonlijk herstel cliënt	5,0	16%	27%	4%	100%
Therapeutisch geschoold personeel	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	16%	27%	4%	80%
Zelfregie en autonomie van de cliënt	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	16%	27%	4%	80%
<b>Arbeid en onderwijs als geprefereerde partner</b>	<b>Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren - Maatschappelijk herstel cliënt</b>	<b>3,0</b>	<b>NVT</b>	<b>NVT</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
<b>Intensieve samenwerking met belendende sectoren</b>	<b>Maatschappelijk herstel cliënt</b>	<b>3,0</b>	<b>14%</b>	<b>27%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
inbedding in (sub)regionaal netwerk	Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren	4,0	23%	15%	3%	80%
Flexibel traject binnen revalidatietermijn	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	12%	27%	3%	80%
Persoonlijk herstelplan en procesmatig traject	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,0	15%	23%	3%	80%
Doe-gerichte en ervaringsgerichte aanpak	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,0	13%	23%	3%	80%
Communicatie in alle richtingen	Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren	4,0	18%	15%	3%	80%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	4,0	32%	8%	2%	80%
Officiële erkenning binnen de GGZ-sector	Netwerk met andere zorgactoren en belendende sectoren	4,0	15%	15%	2%	80%
Niet-diagnosegericht werken	Persoonlijk herstel cliënt	4,0	6%	27%	2%	80%
Flexibel traject	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,0	7%	23%	2%	80%
Beschikbare capaciteit	Adequate echelonnering	4,0	18%	8%	1%	80%
Tijdelijk traject	Intensief ontwikkelings- en veranderingsgericht werken	4,0	5%	23%	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	5,0	15%	8%	1%	100%
<b>Samenwerking met andere (zorg- en welzijn) actoren</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>3,0</b>	<b>15%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>60%</b>
Administratieve luwte	Adequate echelonnering	4,0	7%	8%	1%	80%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

#### 2.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Tabel 9 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van de Visuele revalidatie.

Adequate echelonnering staat dit binnen dit conventiedomein niet bovenaan de agenda. We merken echter op dat over het algemeen de bepalende factoren ruim aanwezig zijn, met uitzondering van samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren en outreachend werken. Werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich voor dit conventiedomein vooral in:

- o Het uitbouwen van een netwerk en samenwerking met de diverse actoren in het zorg- en bredere ondersteuningstraject is dan ook wenselijk;
- o Flexibiliteit in te bouwen om zorg te verstrekking in de maatschappij en in de thuiscontext.

Tabel 9 Adequate echelonnering psychosociale revalidatie voor volwassenen

Factor	Belang	Bijdrage succes
Beschikbaar personeel	2%	80%
Beschikbare capaciteit	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	1%	100%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	1%	60%
Administratieve luwte	1%	80%
Outreaching werken	6%	60%

### **3 Revalidatie voor verslaafden**

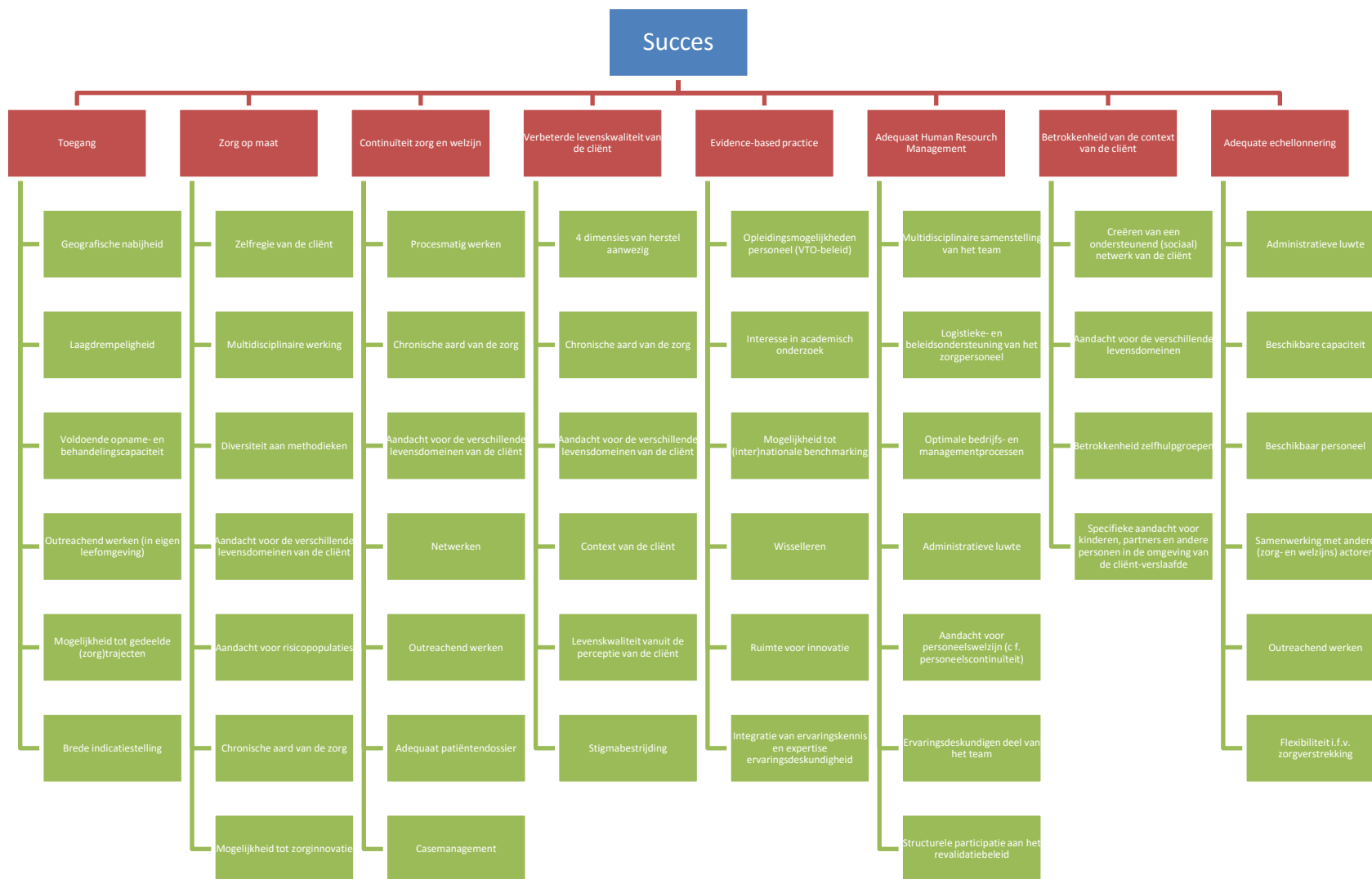
#### **3.1 Raamwerk**

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.73 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Toegang;
2. Zorg op maat;
3. Continuïteit zorg en welzijn;
4. Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt;
5. Evidence-based practice;
6. Adequaat human resources beleid;
7. Betrokkenheid van de context van de cliënt;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het domein van de toxicomanie aandacht hebben voor de toegang tot de zorg. Zorg op maat en continuïteit van de zorg en welzijn is daarnaast centraal in een succesvolle werking. Een cruciaal doel is ook het verbeteren van de levenskwaliteit van de cliënt net als het betrekken van de context van de cliënt. Verder blijkt ook evidence-based practice een prioriteit te zijn binnen de toxicomanie, alsook het voeren van een adequaat Human Resources beleid. Tot slot dient een revalidatiecentrum binnen het conventiedomein 7.73 oog te hebben voor een adequate echelonnering om succesvol te zijn.

Voor elk van deze hoofddoelen werden diverse factoren bepaald door de respondenten die kunnen beschouwd worden als subdoelen die noodzakelijk zijn om te behalen indien men het hoger doel wil bereiken en men uiteindelijk succes wil behalen. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 27 Schematisch overzicht boomstructuur Revalidatie voor verslaafden

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken met andere woorden de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

### 3.1.1 Succes

Algemeen kunnen we een soortgelijke tendens opmerken tussen aanwezigheid en belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein van revalidatie voor verslaafden, uitgezonderd van de betrokkenheid van de cliënt die beter scoort qua aanwezigheid dan het (lagere) belang doet vermoeden. Figuur 28 geeft een overzicht van de resultaten.

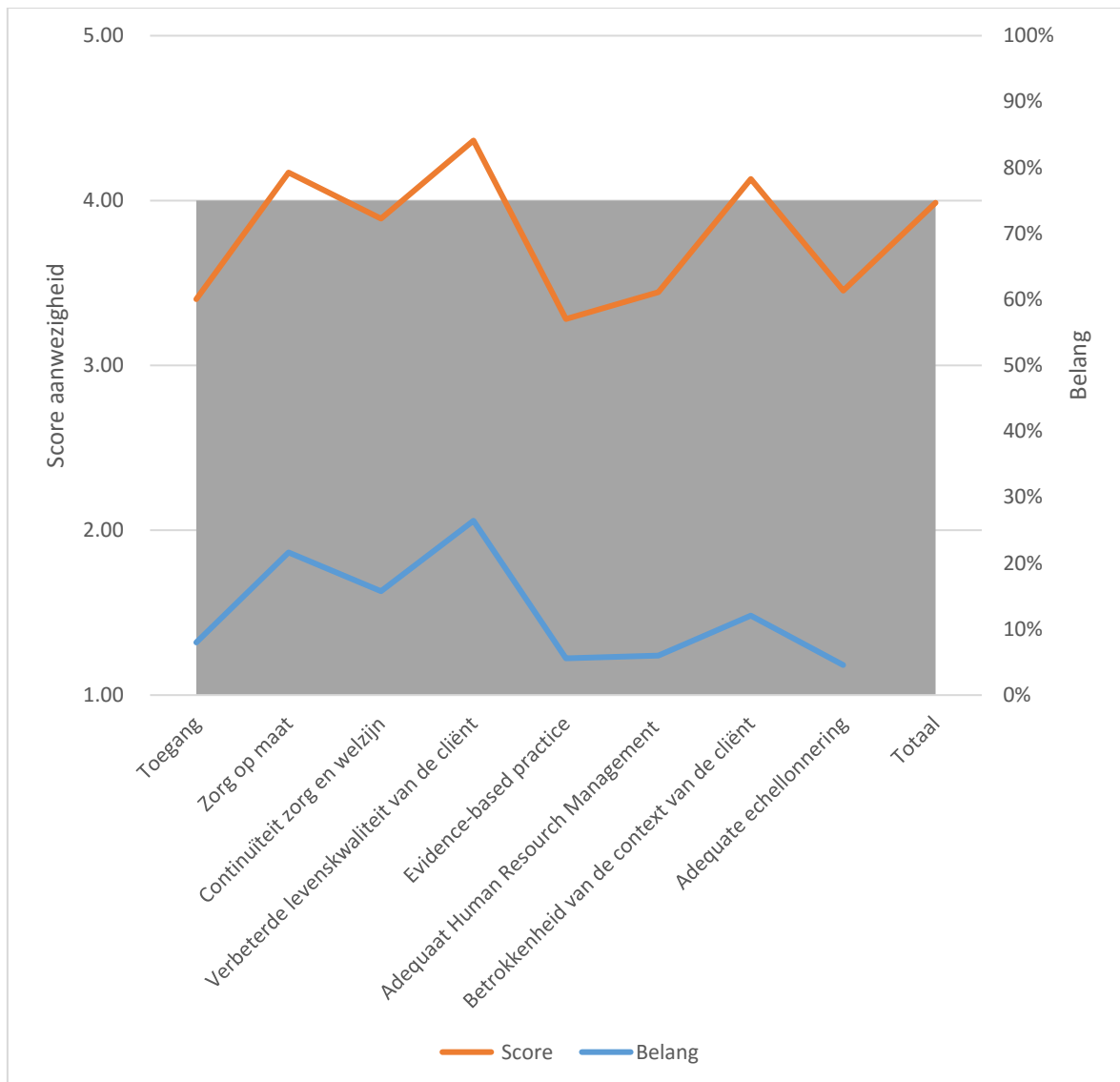
Het meest uitgesproken doel waar vandaag te weinig aandacht aan besteed wordt, is continuïteit van zorg en welzijn met een aanwezigheidsscore van 3,89 en 16% belang. Verder is ook extra aandacht nodig voor de toegang (aanwezigheidsscore 3,4 en 8% belang), adequaat humanresourcesmanagement (score 3,44 en 6%), evidence-based practice (score 3,28 en 6%) en adequate echelonnering (score 3,45 en 5%).

Drie doelen hebben een aanwezigheidsscore van meer dan 4 en worden als good practices aangegeven waarin dient geïnvesteerd te worden om de huidige situatie te behouden. Meer bepaald heeft verbeterde levenskwaliteit van de cliënt een aanwezigheidsscore van 4,36 en 26% belang, zorg op maat heeft een aanwezigheidsscore van 4,17 en 22% belang en betrokkenheid van de context van de cliënt heeft een score van 4,13 en 12% belang.

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein op de grens balanceert van de target met een score van 3,99. Concreet identificeren we vijf doelen waar binnen het conventiedomein extra aandacht moet geschonken worden:

- Toegang;
- Continuïteit van zorg en welzijn;
- Evidence-based practice;
- Adequaat humanresourcesmanagement;
- Adequate echelonnering.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



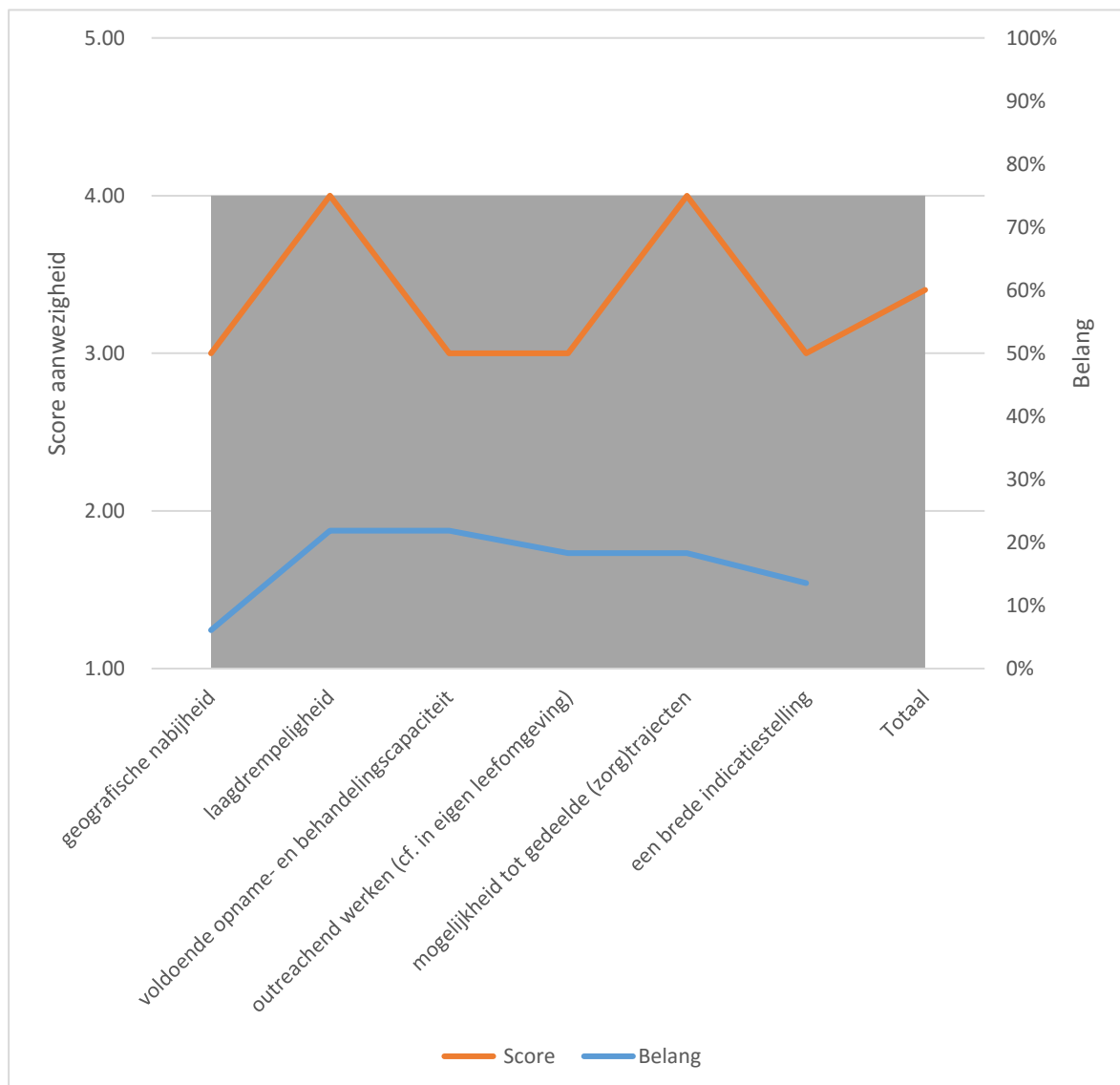
Figuur 28 Resultaten succes binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.2 Toegang

Er is geen echte gelijklopende trend op te merken tussen aanwezigheid en belang van de factoren om toegang mogelijk te maken binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden. We zien echter dat slechts twee van zes factoren de target halen en dat de globale score van het doel bijgevolg onder target zit (3,40). Er is dus groeipotentieel, mits de juiste investeringen. Figuur 29 geeft een overzicht van de resultaten.

Van de factoren die niet volwaardig hun potentieel behalen en die bijgevolg extra investeringen vragen om te groeien, zijn er twee die er bovenuit steken. Er dient vooral extra aandacht besteed te worden aan voldoende opname- en behandelingscapaciteit (score 3, 22% belang) en outreachend werken (in eigen leefomgeving) (score 3, 18% belang).

Aangaande investeringen voor behoud vallen twee factoren sterk op. Laagdrempeligheid is in belangrijke mate aanwezig (score 4) en wordt ook hoog ingeschat qua belang (22%). Mogelijkheid tot gedeelde zorgtrajecten is eveneens sterk aanwezig met een score 4 en heeft een belang van 18%.



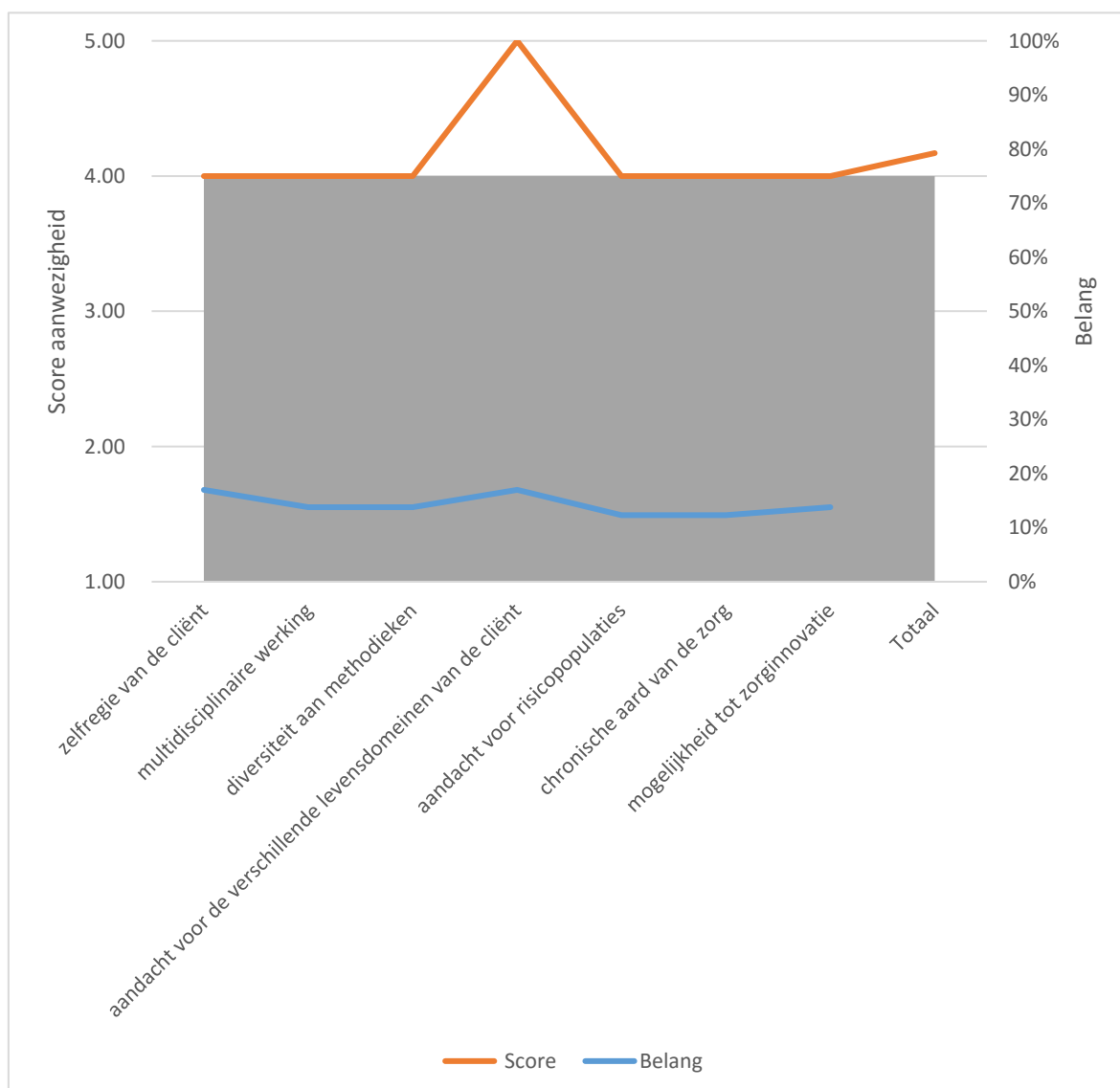
Figuur 29 Resultaten toegang binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden



### 3.1.3 Zorg op maat

Er is een lichte, gelijke tendens waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om zorg op maat mogelijk te maken binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden. We zien verder dat alle factoren de target halen en dat zorg op maat de kwaliteitsstandaard behaald (4,17). Figuur 30 geeft een overzicht van de resultaten.

Er zijn met andere woorden voor het bieden van zorg op maat voornamelijk investeringen noodzakelijk die de status quo behouden. Best practice is hier aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt met een aanwezigheidsscore van 5 en 17% belang. Groei kan echter nog bereikt worden door extra aandacht te besteden aan de zelfregie van de cliënt (score 4, 17% belang), maar ook aan multidisciplinaire werking, diversiteit aan methodieken, mogelijkheid tot zorginnovatie (alle drie score 4 en 14% belang).



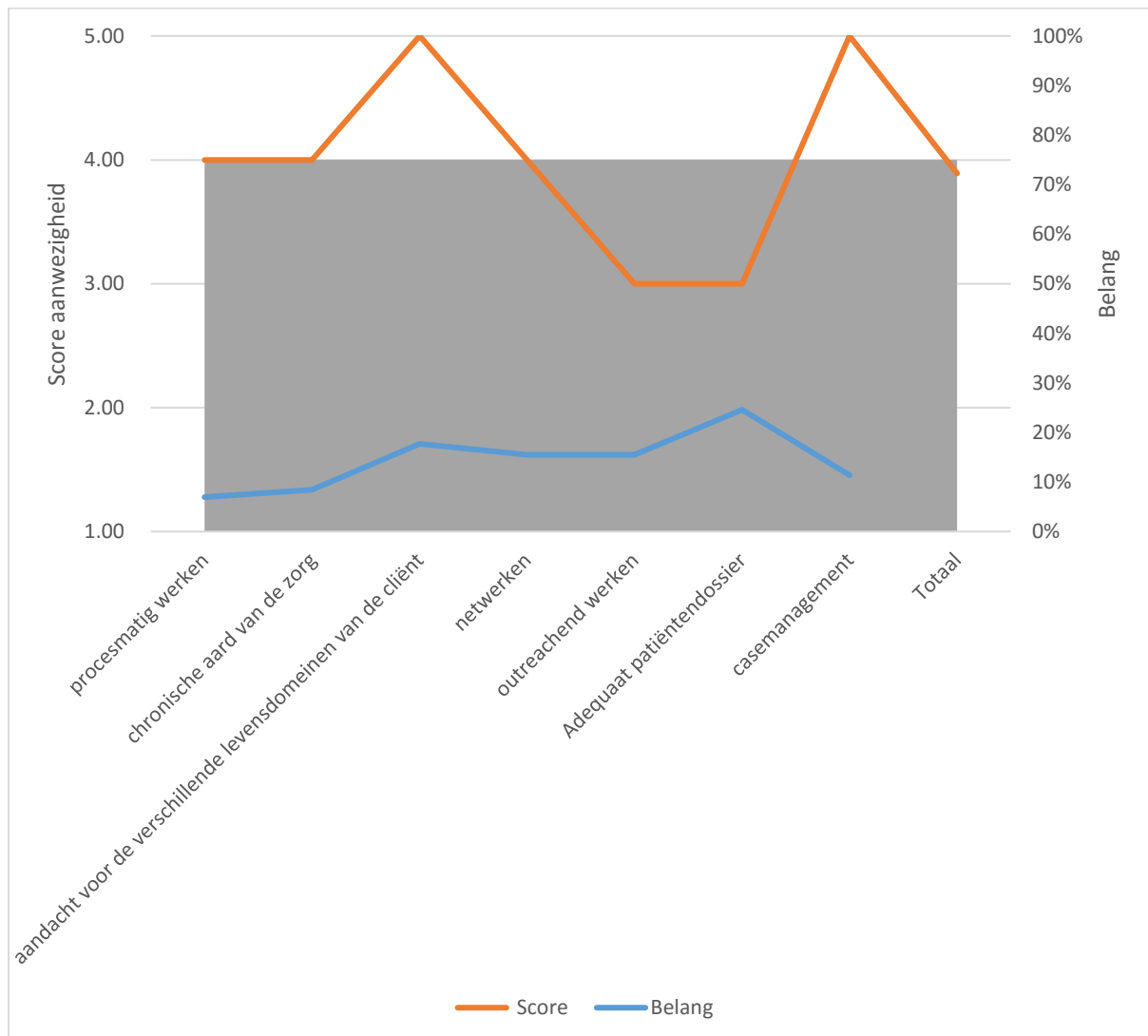
Figuur 30 Resultaten toegang binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.4 Continuïteit zorg en welzijn

Er is geen gelijke trend waar te nemen tussen aanwezigheid en belang van de factoren om continuïteit van zorg en welzijn mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. We zien echter dat twee van zes factoren onder target zitten wat leidt tot een globale score net onder target (3,89). Figuur 31 geeft een overzicht van de resultaten.

Er zijn twee factoren die niet volwaardig hun potentieel bereiken en die bijgevolg extra investeringen vragen om te groeien. Er dient vooral extra aandacht besteed te worden aan adequaat patiëntendossier (score 3, 25% belang). Echter is ook een duwtje in de rug nodig om outreachend te werken (score 3, 15% belang).

Aangaande investeringen voor behoud vallen twee factoren sterk op. Aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt kan net als casemanagement beschouwd worden als best practices met beide een aanwezigheidsscore van 5 en respectievelijk 18% en 11% belang. Er zijn echter nog mogelijkheden tot groei met betrekking tot het deel uitmaken van netwerken, aandacht voor de chronische aard van de zorg en mogelijkheid tot procesmatig werken gelet op hun aanwezigheidsscore 4 en respectievelijke 15%, 8% en 7% belang



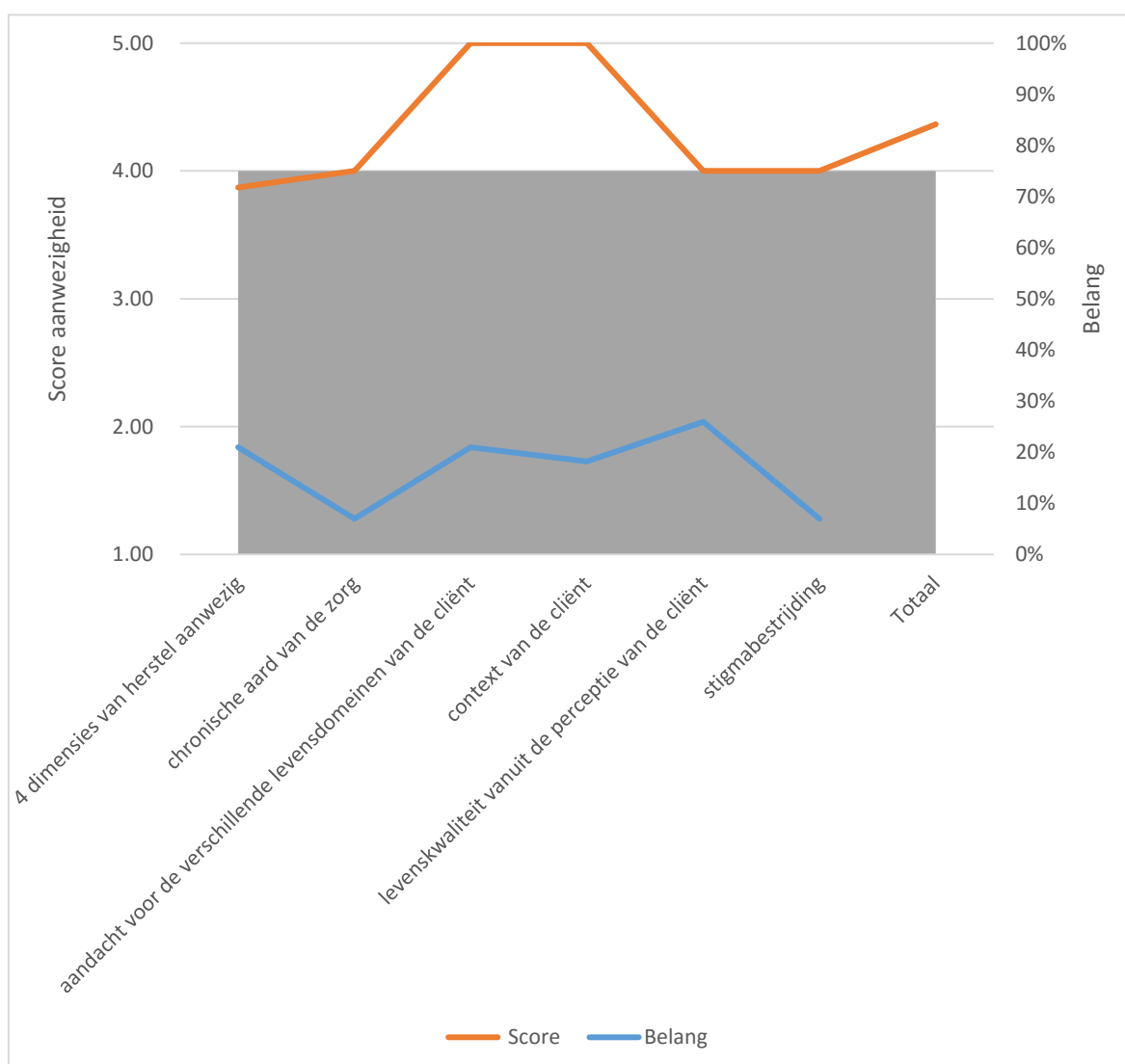
Figuur 31 Resultaten continuïteit zorg en welzijn binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.5 Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt

Er is geen duidelijke relatie waar te nemen tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een verbeterde levenskwaliteit van de cliënt mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. We zien echter dat alle factoren uitgezonderd één (zijnde 'vier dimensies van herstel aanwezig') boven target uitkomen wat leidt tot een globale score ruim boven target (4,36). Figuur 32 geeft een overzicht van de resultaten.

Er is slechts een factor waar extra investeringen nodig zijn om het volledige potentieel van verbeterde levenskwaliteit van de cliënt te benutten, namelijk de aanwezigheid van de vier dimensies van herstel (score 3,87 en 21% belang).

Aangaande investeringen voor behoud vallen twee factoren sterk op. Aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt kan net als de context van de cliënt beschouwd worden als best practices met beide een aanwezigheidsscore van 5 en respectievelijk 21% en 18% belang. Er is echter nog de mogelijkheid tot groei aangaande de levenskwaliteit vertrekkende vanuit de perceptie van de cliënt gelet op de aanwezigheidsscore van 4 en 26% belang.



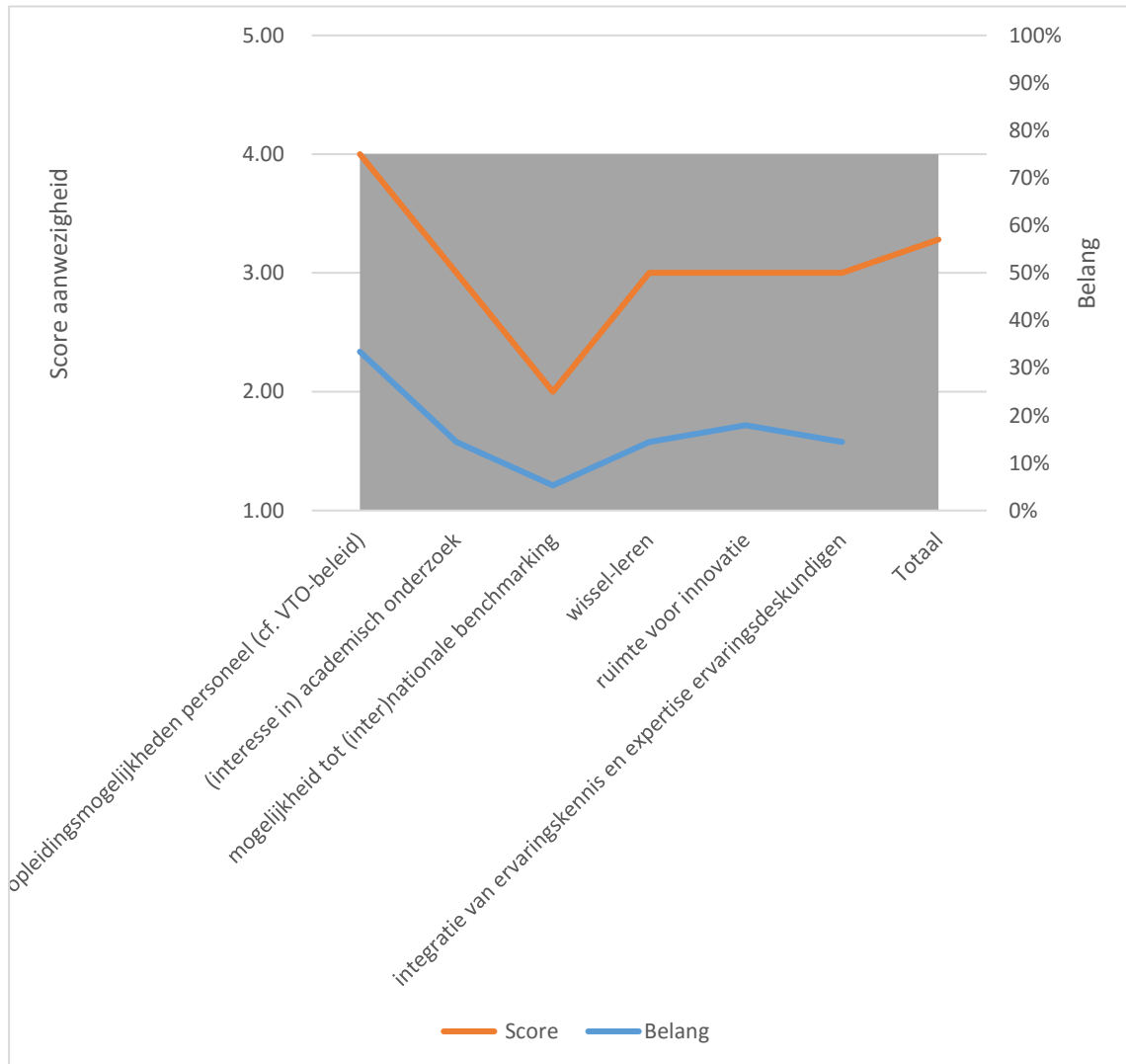
Figuur 32 Resultaten verbeterde levenskwaliteit van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.6 Evidence-based practice

Er is een duidelijke gelijkaardige tendens waar te nemen tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om evidence-based practice mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. We zien echter dat alle factoren uitgezonderd één (zijnde opleidingsmogelijkheden voor het personeel) onder target uitkomen wat leidt tot een globale score ver onder target (3,28). Figuur 33 geeft een overzicht van de resultaten.

Vijf van de zes factoren zijn prioritair en vergen extra aandacht om te kunnen groeien; noodzakelijk om evidence-based practice mogelijk te maken. Ruimte voor innovatie blijkt prioritair te zijn gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en 18% belang, op de voet gevolgd door academisch onderzoek, wissel leren, integratie van ervaringskennis en expertise van ervaringsdeskundigen met een gelijke aanwezigheidsscore van 3 en gelijk 14% belang. De mogelijkheid om (internationaal) te benchmarken is het minst aanwezig met een score van 2, maar is ook het minst belangrijk met slechts 5% belang.

Er is een opvallende good practice die een investering vergt gericht op het behoud van de huidige situatie. De opleidingsmogelijkheid van het personeel en VTO-beleid heeft namelijk een aanwezigheidsscore van 4 en blijkt ook het hoogst ingeschat te worden qua belang door de respondenten (33%).



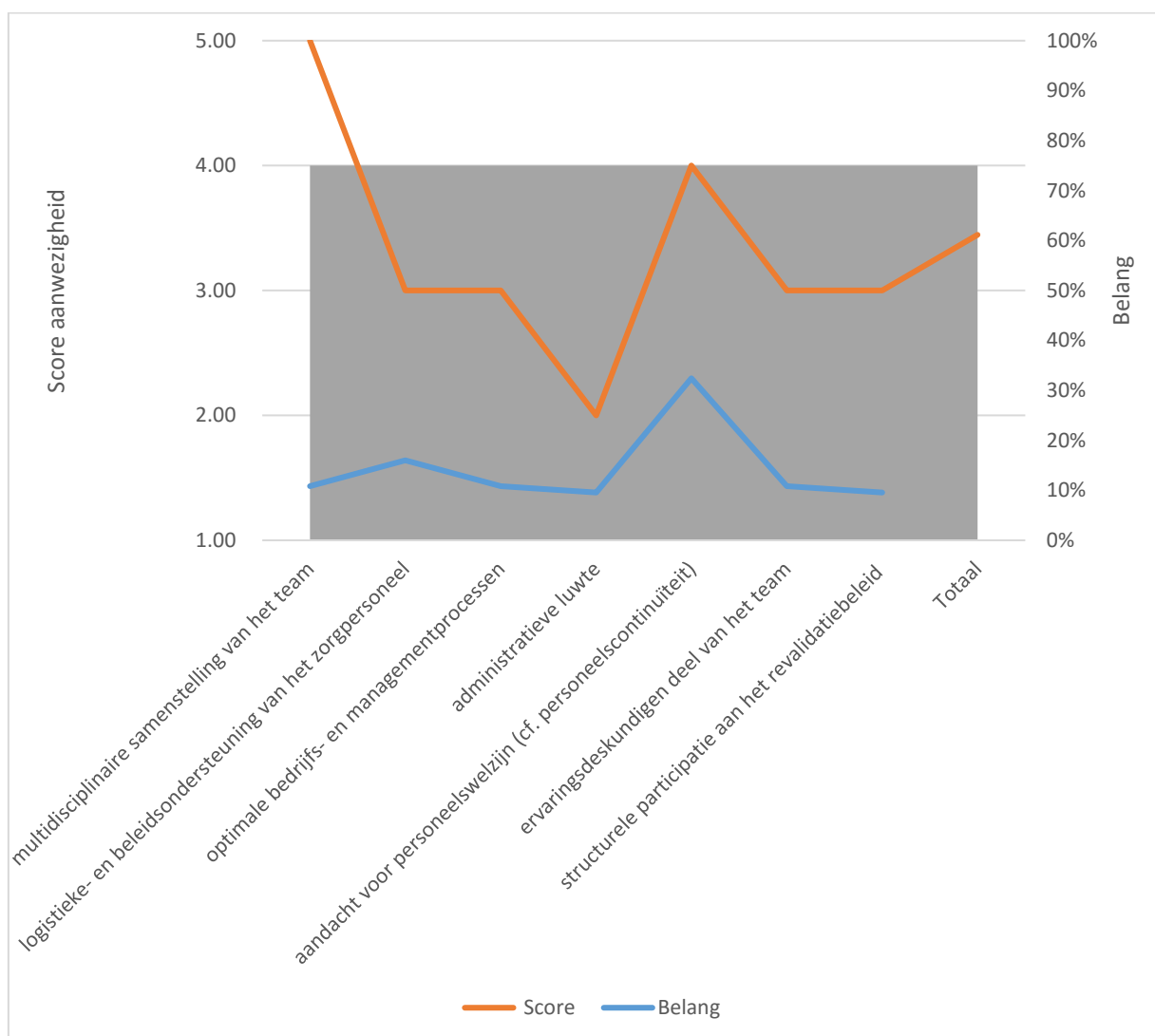
Figuur 33 Resultaten evidence-based practice binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.7 Adequaat Human Resources Management

Er is geen gelijke tendens waar te nemen tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om een adequaat humanresourcesmanagement mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. Globaal kunnen we echter opmerken dat het doel onder target uitkomt en dus niet behaald wordt (3,44). Figuur 34 geeft een overzicht van de resultaten.

Vijf van de zeven factoren vergen extra aandacht om te kunnen groeien om het doel te kunnen behalen. Logistieke- en beleidsondersteuning van het zorgpersoneel blijkt prioritair te zijn gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en 16% belang, op de voet gevolgd door optimale bedrijfs- en managementprocessen en ervaringsdeskundigen als deel van het team met een gelijke aanwezigheidsscore van 3 en gelijk belang van 11%.

Er zijn twee factoren die boven target uitkomen en die een investering vergen gericht op het behoud van de huidige situatie. De hoogste prioriteit betreft hier het personeelswelzijn en personeelscontinuïteit gelet op de aanwezigheidsscore van 4 en het hoge belang dat de respondenten het toebedelen (32%). Daarnaast is ook de multidisciplinaire samenstelling van het team een topper qua aanwezigheid, echter wordt het veel minder belangrijk beschouwd (11%).



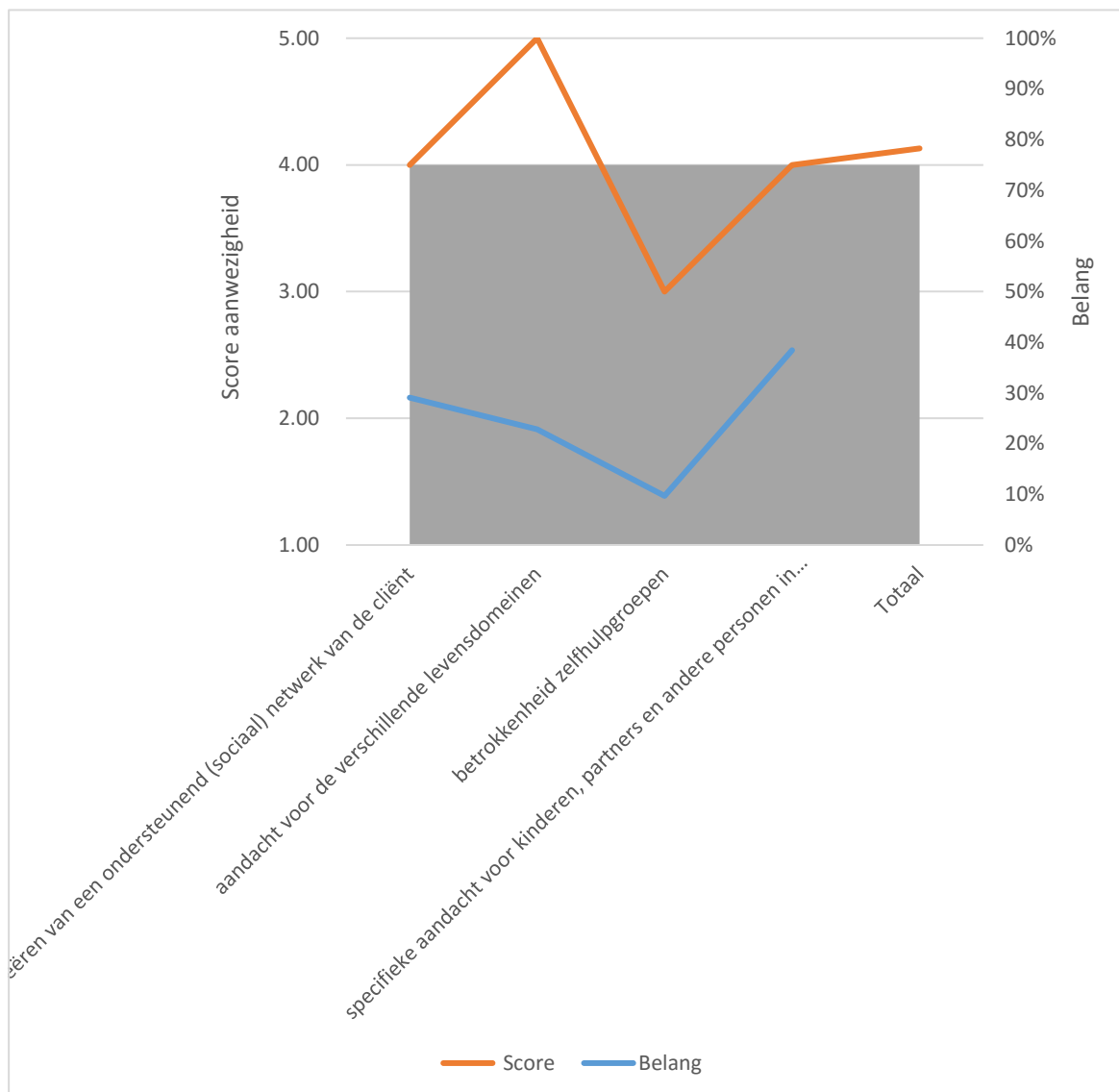
Figuur 34 Resultaten adequaat humanresourcesmanagement binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

3.1.8 Betrokkenheid van de context van de cliënt

Er is geen algemene, gelijkaardige tendens op te merken tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om de betrokkenheid van de context van de cliënt mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. Globaal kunnen we echter opmerken dat het doel boven target uitkomt en dus ruim behaald wordt (4,13). Figuur 35 geeft een overzicht van de resultaten.

Hoewel het door de respondenten aangegeven wordt als de minst belangrijke factor van de vier, vergt het betrekken van zelfhulpgroepen extra aandacht opdat het volle potentieel kan benut worden (score 3, 10% belang).

Van de factoren die boven target uitkomen en die een investering vergen gericht op het behoud van de huidige situatie, is vooral specifieke aandacht nodig aangaande het betrekken van kinderen, partners, en andere personen in de context van de cliënt (score 4, 38% belang). Daarnaast is het creëren van een ondersteunend (sociaal) netwerk van de cliënt een belangrijke prioriteit indien we de status quo willen behouden (score 4, 29% belang).



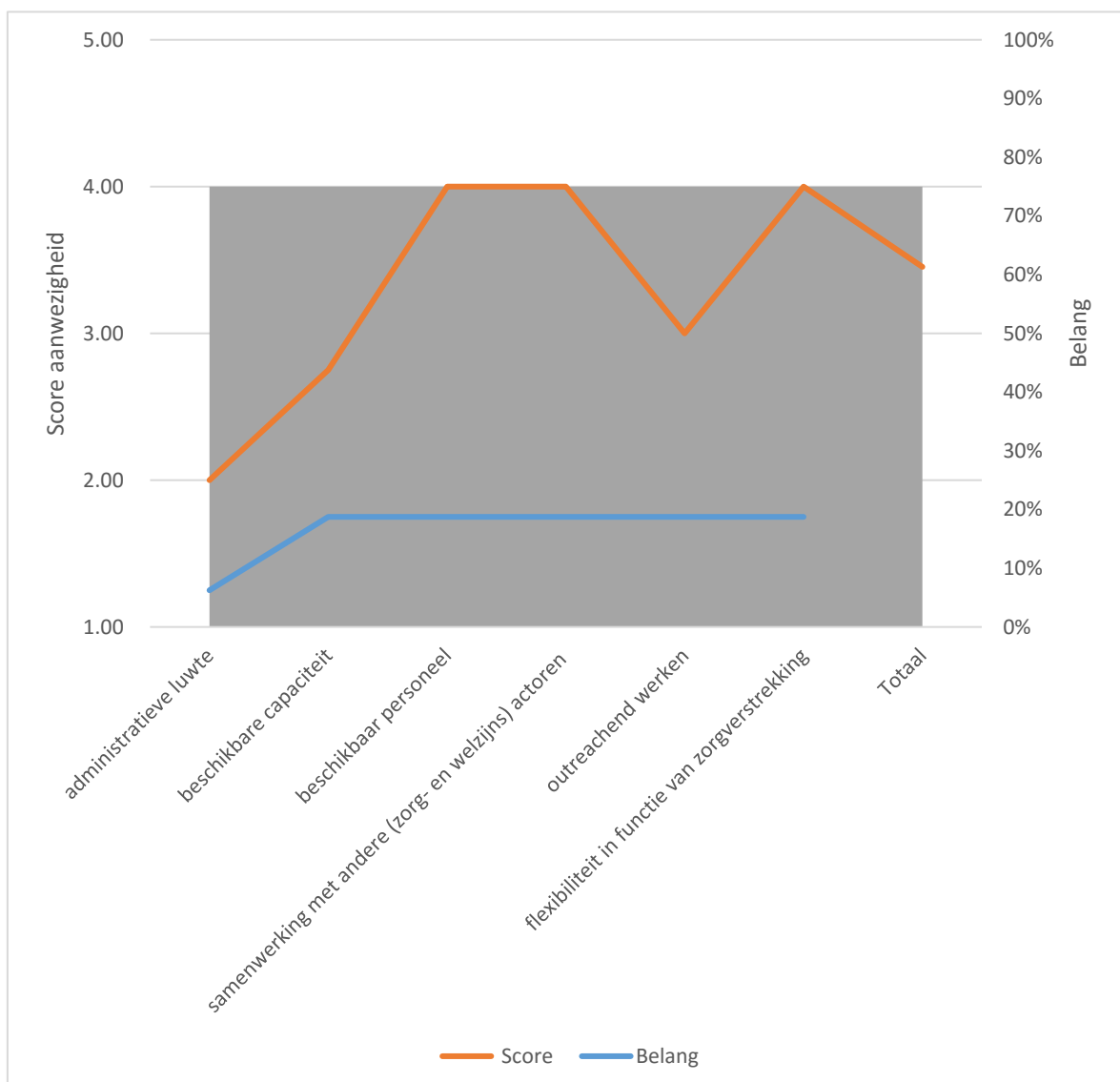
Figuur 35 Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

### 3.1.9 Adequate echelonnering

Er is een gelijkaardige tendens waar te nemen tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van revalidatie voor verslaafden. Outreachend werken is echter een uitzondering hierop gelet op de lage aanwezigheids-score en het hoog percentage belang. Globaal kunnen we verder opmerken dat adequate echelonnering onder target uitkomt en dus niet behaald wordt (3,45). Figuur 36 geeft een overzicht van de resultaten.

De respondenten geven aan dat beschikbare capaciteit (score 2,75, 19% belang) en outreachend worden (score 3, 19% belang) de kernprioriteiten zijn om te investeren in groei. Verder is ook extra aandacht nodig voor een luwere administratie gelet op de aanwezigheidsscore van 2 en 6% belang.

Van de factoren die boven target uitkomen en die een investering vergen gericht op het behoud van de huidige situatie, is vooral specifieke aandacht nodig voor beschikbaar personeel, samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren en flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking (alle drie score 4, 19% belang).



Figuur 36 Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van de revalidatie voor verslaafden

## 3.2 Bespreking Revalidatie voor verslaafden

### 3.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dit conventiedomein op de grens balanceert van het behalen van de target gelet op de score van 3,99. Er blijkt dus nog een groeimarge te zijn waarin kan geïnvesteerd worden om te groeien en om de goede praktijken in stand te houden.

### 3.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 44 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen beschouwd worden als de prioriteiten bij uitstek van het domein. Van deze 44 zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt;
2. Levenskwaliteit vanuit de perceptie van de cliënt;
3. Chronische aard van de zorg;
4. 4 dimensies van herstel aanwezig;
5. Context van de cliënt;
6. Specifieke aandacht voor kinderen, partners en andere personen in de omgeving van cliënt-verslaafden;
7. Adequaat patiëntendossier;
8. Zelfregie van de cliënt;
9. Creëren van een ondersteunend (sociaal) netwerk van de cliënt;
10. Diversiteit aan methodieken.

### 3.2.3 Prioritering

Tabel 10 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Revalidatie voor verslaafden.

Onze analyse wijst uit dat vooral een adequaat patiëntendossier (4% belang, 40% groeipotentieel) en de aanwezigheid van de vier dimensies van herstel (6% belang en 23% groeipotentieel) de grootste aandachtspunten van dit conventiedomein zijn en een extra duwtje in de rug vragen.

Hoewel administratieve luwte en mogelijkheid tot (inter)nationale benchmarking binnen dit conventiedomein niet bovenaan de agenda staan, blijken deze factoren nog een ruime groeimarge te bezitten met het oog op het behalen van succes. Met andere woorden, de werkpunten zijn van dit conventiedomein situeren zich in:

- Het faciliteren van een adequaat beheer van patiëntendossiers;
- Het ter beschikking stellen van infrastructuur en kennis om te kunnen benchmarken;
- Het aanreiken van tools om de vier dimensies van herstel structureel te incorporeren in het zorgtraject;
- Het verminderen van administratieve lasten.



Tabel 10 Samenvattende tabel Revalidatie voor verslaafden

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
Aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt	Continuïteit zorg en welzijn - Zorg op maat - Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt	5,0	NVT	NvT	12%	100%
Levenskwaliteit vanuit de perceptie van de cliënt	Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt	4,0	26%	26%	7%	80%
Chronische aard van de zorg	Zorg op maat -Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt - Continuïteit zorg en welzijn	4,0	NvT	NvT	6%	80%
4 dimensies van herstel aanwezig	Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt	3,9	21%	26%	6%	77%
Context van de cliënt	Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt	5,0	18%	26%	5%	100%
Specifieke aandacht voor kinderen, partners en andere personen in de omgeving van cliënt-verslaafden	Betrokkenheid van de context van de cliënt	4,0	38%	12%	5%	80%
Adequaat patiëntendossier	Continuïteit zorg en welzijn	3,0	25%	16%	4%	60%
Zelfregie van de cliënt	Zorg op maat	4,0	17%	22%	4%	80%
Creëren van een ondersteunend (sociaal) netwerk van de cliënt	Betrokkenheid van de context van de cliënt	4,0	29%	12%	4%	80%
Diversiteit aan methodieken	Zorg op maat	4,0	14%	22%	3%	80%
Mogelijkheid tot zorginnovatie	Zorg op maat	4,0	14%	22%	3%	80%
Multidisciplinaire werking	Zorg op maat	4,0	14%	22%	3%	80%
Aandacht voor de verschillende levensdomeinen	Betrokkenheid van de context van de cliënt	5,0	23%	12%	3%	100%
Aandacht voor risicopopulaties	Zorg op maat	4,0	12%	22%	3%	80%
Outreaching werken	Continuïteit zorg en welzijn	3,0	15%	16%	2%	60%
Netwerken	Continuïteit zorg en welzijn	4,0	15%	16%	2%	80%
Aandacht voor personeelswelzijn (cf. personeelscontinuïteit)	Adequaat Human Resource Management	4,0	32%	6%	2%	80%
Opleidingsmogelijkheden personeel (cf. VTO-beleid)	Evidence-based practice	4,0	33%	6%	2%	80%
Stigmabestrijding	Verbeterde levenskwaliteit van de cliënt	4,0	7%	26%	2%	80%
Casemanagement	Continuïteit zorg en welzijn	5,0	11%	16%	2%	100%
Voldoende opname- en behandelingscapaciteit	Toegang	3,0	22%	8%	2%	60%
Laagdrempeligheid	Toegang	4,0	22%	8%	2%	80%
Outreaching werken (cf. in eigen leefomgeving)	Toegang	3,0	18%	8%	1%	60%
Mogelijkheid tot gedeelde (zorg)trajecten	Toegang	4,0	18%	8%	1%	80%
Betrokkenheid zelfhulpgroepen	Betrokkenheid van de context van de cliënt	3,0	10%	12%	1%	60%
Procesmatig werken	Continuïteit zorg en welzijn	4,0	7%	16%	1%	80%
Een brede indicatiestelling	Toegang	3,0	14%	8%	1%	60%
Ruimte voor innovatie	Evidence-based practice	3,0	18%	6%	1%	60%
Logistieke- en beleidsondersteuning van het zorgpersoneel	Adequaat Human Resource Management	3,0	16%	6%	1%	60%
Administratieve luwte	Adequaat Human Resource Management - Adequate echelonnering	2,0	NvT	NvT	1%	40%
Outreaching werken	Adequate echelonnering	3,0	19%	5%	1%	60%
Beschikbare capaciteit	Adequate echelonnering	2,8	19%	5%	1%	55%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	4,0	19%	5%	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	4,0	19%	5%	1%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	4,0	19%	5%	1%	80%
(Interesse in) academisch onderzoek	Evidence-based practice	3,0	14%	6%	1%	60%
Integratie van ervaringskennis en expertise ervaringsdeskundigen	Evidence-based practice	3,0	14%	6%	1%	60%
Wissel-leren	Evidence-based practice	3,0	14%	6%	1%	60%
Ervaringsdeskundigen deel van het team	Adequaat Human Resource Management	3,0	11%	6%	1%	60%
Optimale bedrijfs- en managementprocessen	Adequaat Human Resource Management	3,0	11%	6%	1%	60%
Multidisciplinaire samenstelling van het team	Adequaat Human Resource Management	5,0	11%	6%	1%	100%
Structurele participatie aan het revalidatiebeleid	Adequaat Human Resource Management	3,0	10%	6%	1%	60%
Geografische nabijheid	Toegang	3,0	6%	8%	0%	60%
Mogelijkheid tot (inter)nationale benchmarking	Evidence-based practice	2,0	5%	6%	0%	40%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

### 3.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Als doel verdient adequate echelonnering dan ook extra aandacht. Tabel 11 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van Revalidatie voor verslaafden.

De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren vooral administratieve luwte prioritair is. Werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich in dit conventiedomein vooral in:

- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Flexibiliteit in te bouwen om zorgverstrekkingen in de maatschappij en in de thuiscontext mogelijk te maken;
- Het aanwerven van extra personeel;
- Het verhogen van de capaciteit; en
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 11 Adequate echelonnering revalidatie voor verslaafden

Factor	Belang	Bijdrage succes
Administratieve luwte	1%	40%
Outreachend werken	1%	60%
Beschikbare capaciteit	1%	55%
Beschikbaar personeel	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	1%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	1%	80%

## 4 Kinderpsychiatrische aandoeningen

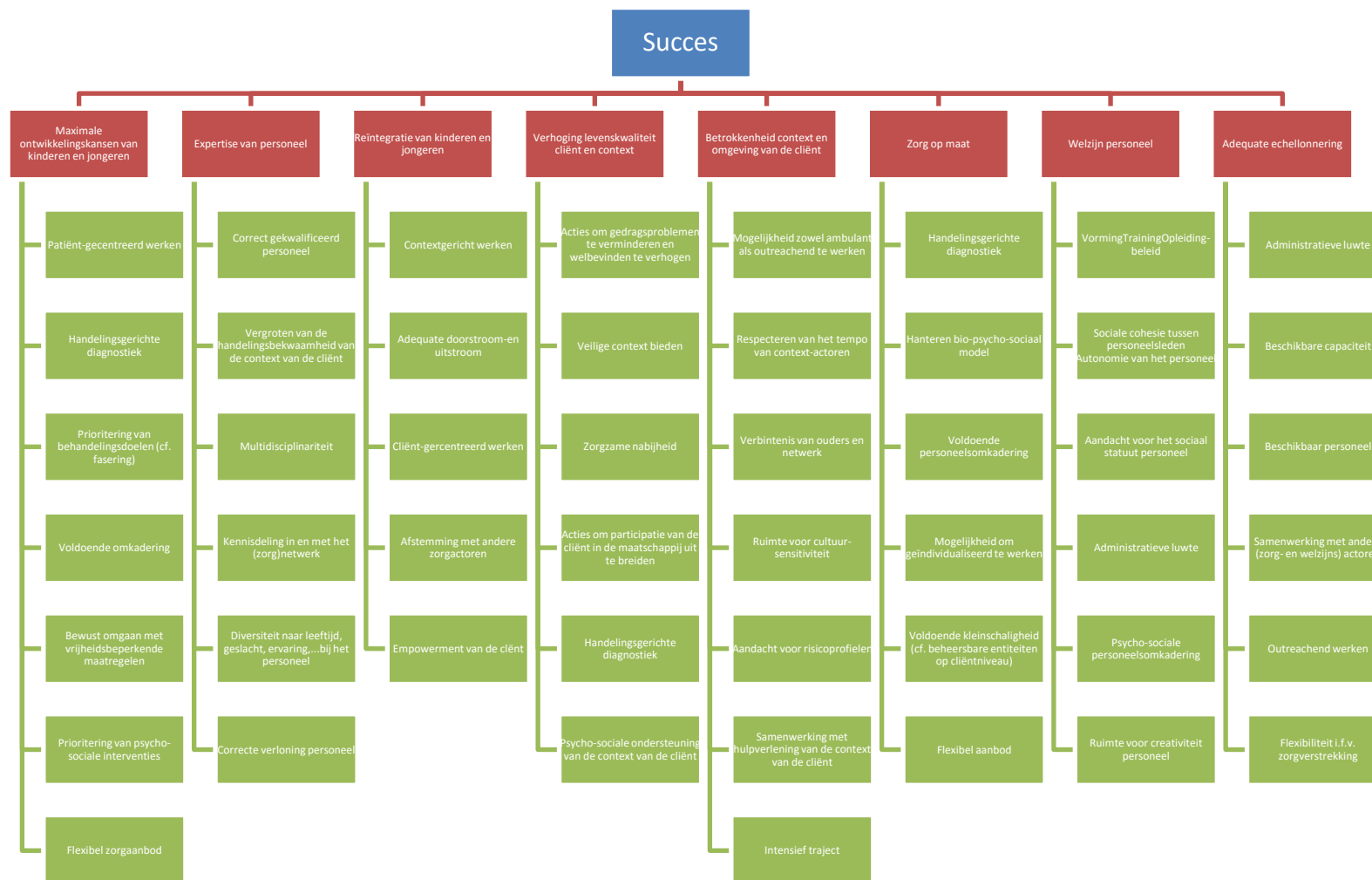
### 4.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.74 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren;
2. Expertise van het personeel;
3. Re-integratie van kinderen en jongeren;
4. Verhoging levenskwaliteit van de cliënt en context;
5. Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt;
6. Zorg op maat;
7. Welzijn personeel;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren bieden en hen ook re-integreren. Betrokkenheid van de context en omgeving van de cliënt en verhoging van de levenskwaliteit van zowel de cliënt als de context is hier van cruciaal belang. Expertise van het personeel, maar ook hun welzijn is van cruciaal belang om succesvol te zijn als revalidatiecentrum binnen de 7.74. Zorg op maat kan eveneens niet ontbreken in een adequate werking volgens de respondenten. Tot slot is adequate echelonnering een belangrijk element om succes te behalen met een revalidatiecentrum binnen de 7.74.

Voor elk van deze hoofdoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (sub-prioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en succesvol te zijn met het revalidatiecentrum binnen dit respectievelijke conventiedomein. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 37 Schematisch overzicht boomstructuur Kinderpsychiatrische aandoeningen

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken, met andere woorden, de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

#### 4.1.1 Succes

Algemeen nemen we geen relatie waar tussen aanwezigheid en belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Figuur 38 geeft een overzicht van de resultaten.

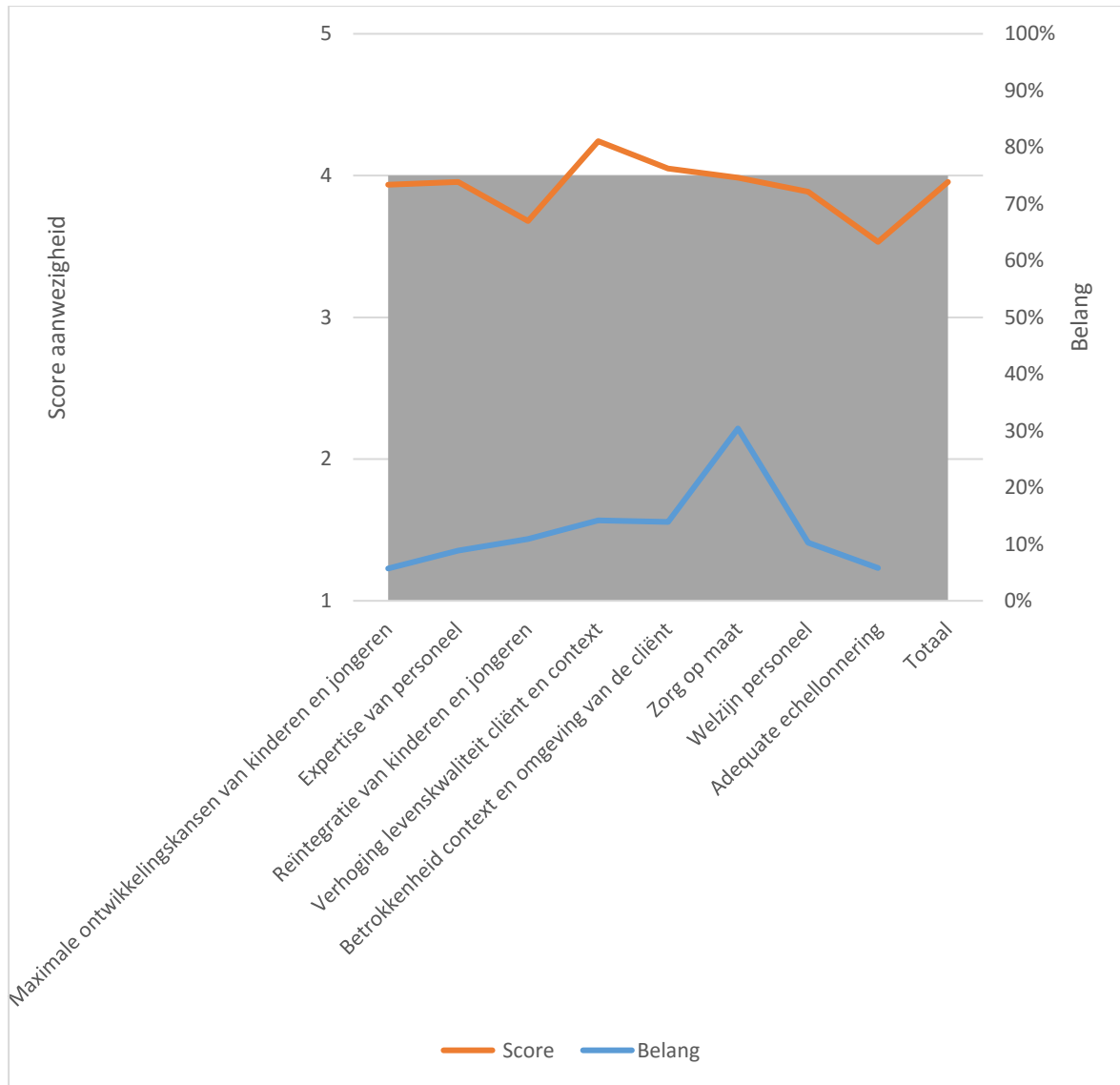
Het meest uitgesproken doel waar vandaag te weinig aandacht aan besteed wordt, is zorg op maat met een aanwezigheidsscore van 3,99 en 30% belang. Verder is ook extra aandacht nodig voor re-integratie van kinderen en jongeren (aanwezigheidsscore 3,68 en 11% belang), welzijn van het personeel (score 3,53 en 10%), expertise van het personeel (score 3,96 en 9%) en adequate echelonnering (score 3,53 en 6%).

Twee doelen hebben een aanwezigheidsscore van meer dan 4 en worden als good practices aangegeven waarin dient geïnvesteerd te worden om de huidige situatie te behouden. Meer bepaald heeft verhoging van de levenskwaliteit van de cliënt en de context een aanwezigheidsscore van 4,24 en 26% belang en de omgeving van de cliënt heeft een score van 4,05 en 14% belang.

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein net onder de target uitkomt met een score van 3,96. Concreet identificeren we zes doelen waar binnen het conventiedomein extra aandacht moet geschonken worden:

- Zorg op maat;
- Re-integratie van kinderen en jongeren
- Welzijn van het personeel
- Expertise van het personeel;
- Adequate echelonnering;
- Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



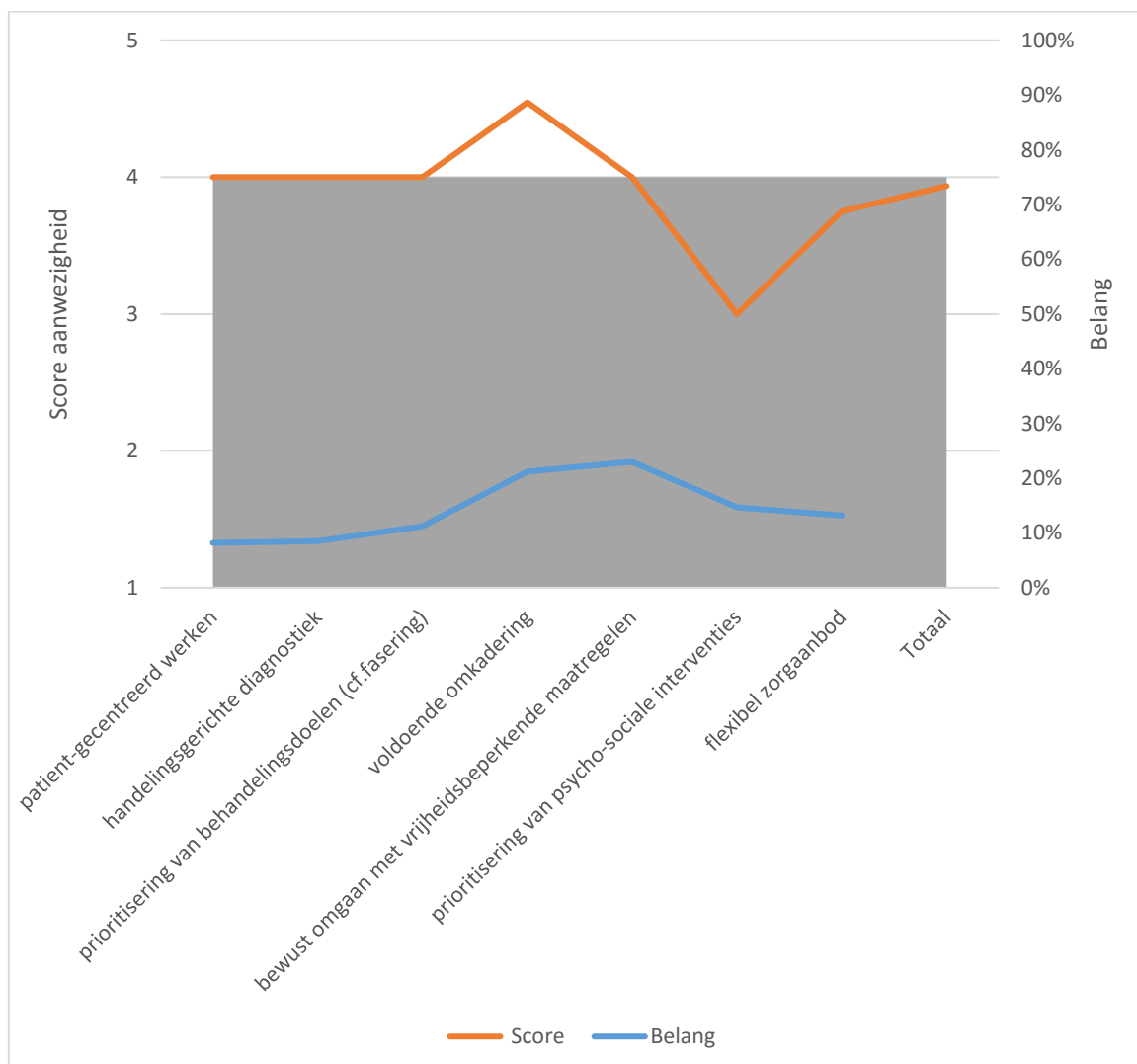
Figuur 38 Resultaten succes binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

#### 4.1.2 Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren

Er is een gelijkaardige tendens waar te nemen tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Prioritering van psychosociale interventies is hier echter opvallend gelet op de neerwaartse piek in aanwezigheidsscore en het relatief hoog percentage belang. Globaal kunnen we verder opmerken dat maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren net onder target uitkomt (3,94). Het doel wordt met andere woorden niet behaald. Figuur 39 geeft een overzicht van de resultaten.

De respondenten geven aan dat prioritering van psychosociale interventies (score 3, 15% belang) en flexibiliteit van het zorgaanbod (score 3,75, 13% belang) de kernprioriteiten zijn om op in te zetten om met de positie van het conventiedomein te doen groeien.

Van de vijf factoren die op of boven target uitkomen en die een investering vergen gericht op het behoud van de huidige situatie, is vooral specifieke aandacht nodig voor het bewust omgaan met vrijheidsbepalende maatregelen (aanwezigheidsscore 4, 23% belang), voldoende omkadering (score 4,55 en 21% belang) prioritering van behandelingsdoelen (score 4, 11% belang).



Figuur 39 Resultaten betrokkenheid van de context van de cliënt binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

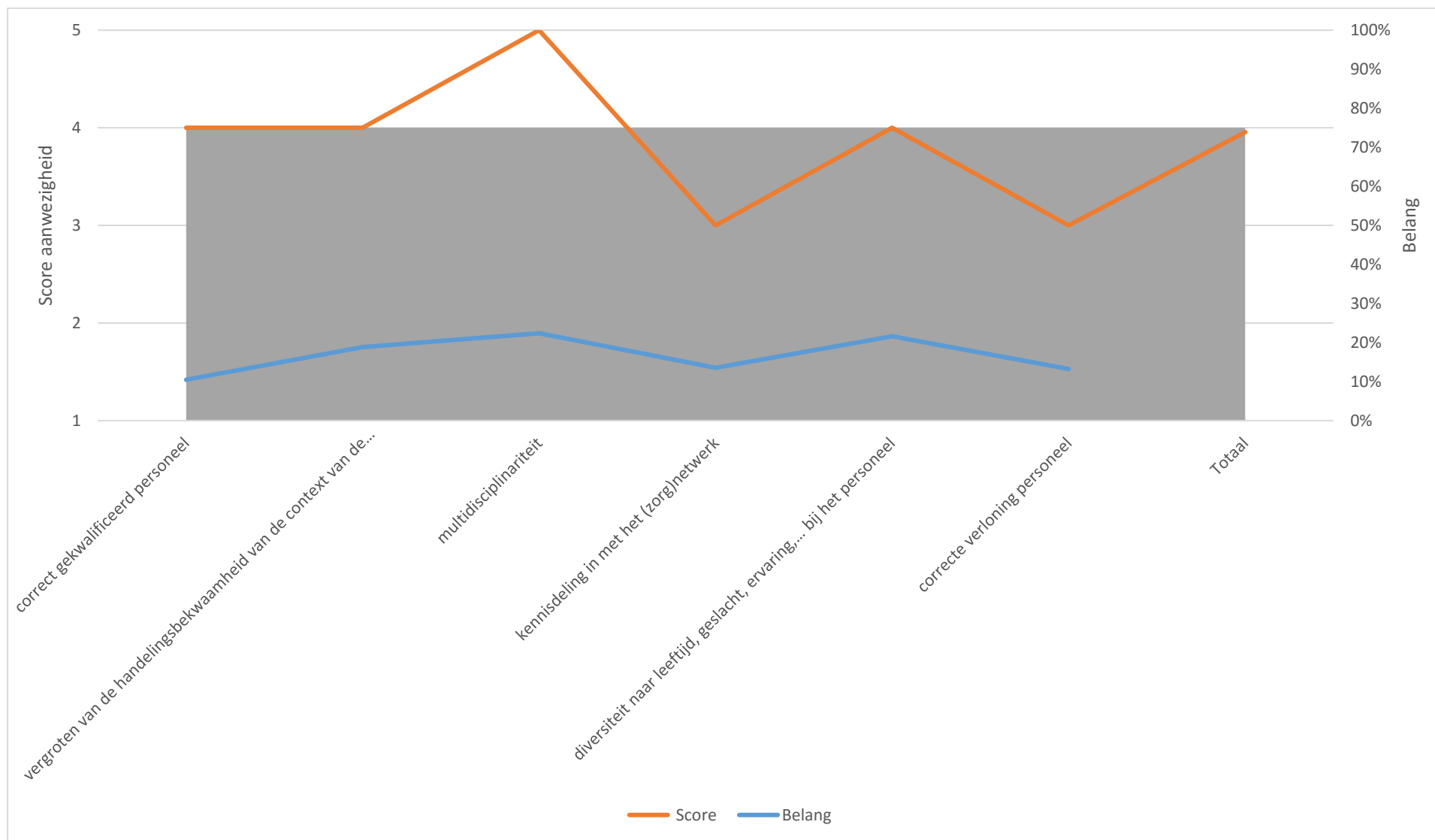
### 4.1.3 Expertise van personeel

Hoewel de curve van de mate van aanwezigheid meer uitgesproken pieken bevat, merken we een gelijke tendens tussen aanwezigheid en belang van de factoren om expertise van het personeel mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal kunnen we verder opmerken dat expertise van het personeel net onder target uitkomt met een score van 3,96. Het doel wordt met andere woorden net niet behaald. Figuur 40 geeft een overzicht van de resultaten.

De respondenten geven aan dat prioritering van kennisdeling in en met het (zorg) netwerk (score 3, 14% belang) en correcte verloning van het personeel (score 3, 13% belang) de kernprioriteiten zijn om op in te zetten om met de positie van het conventiedomein te doen groeien.

Van de vier factoren die op of boven target uitkomen en die een investering vergen gericht op het behoud van de huidige situatie, is vooral specifieke aandacht nodig voor de diversiteit naar leeftijd, ervaring, ... bij het personeel (aanwezigheidsscore 4, 22% belang) en multidisciplinariteit (score 5 en 22% belang). Een andere good practice die een investering vraagt voor behoud van de huidige situatie, is het vergroten van de handelingsbekwaamheid van de context van de cliënt (score 4, 19% belang).





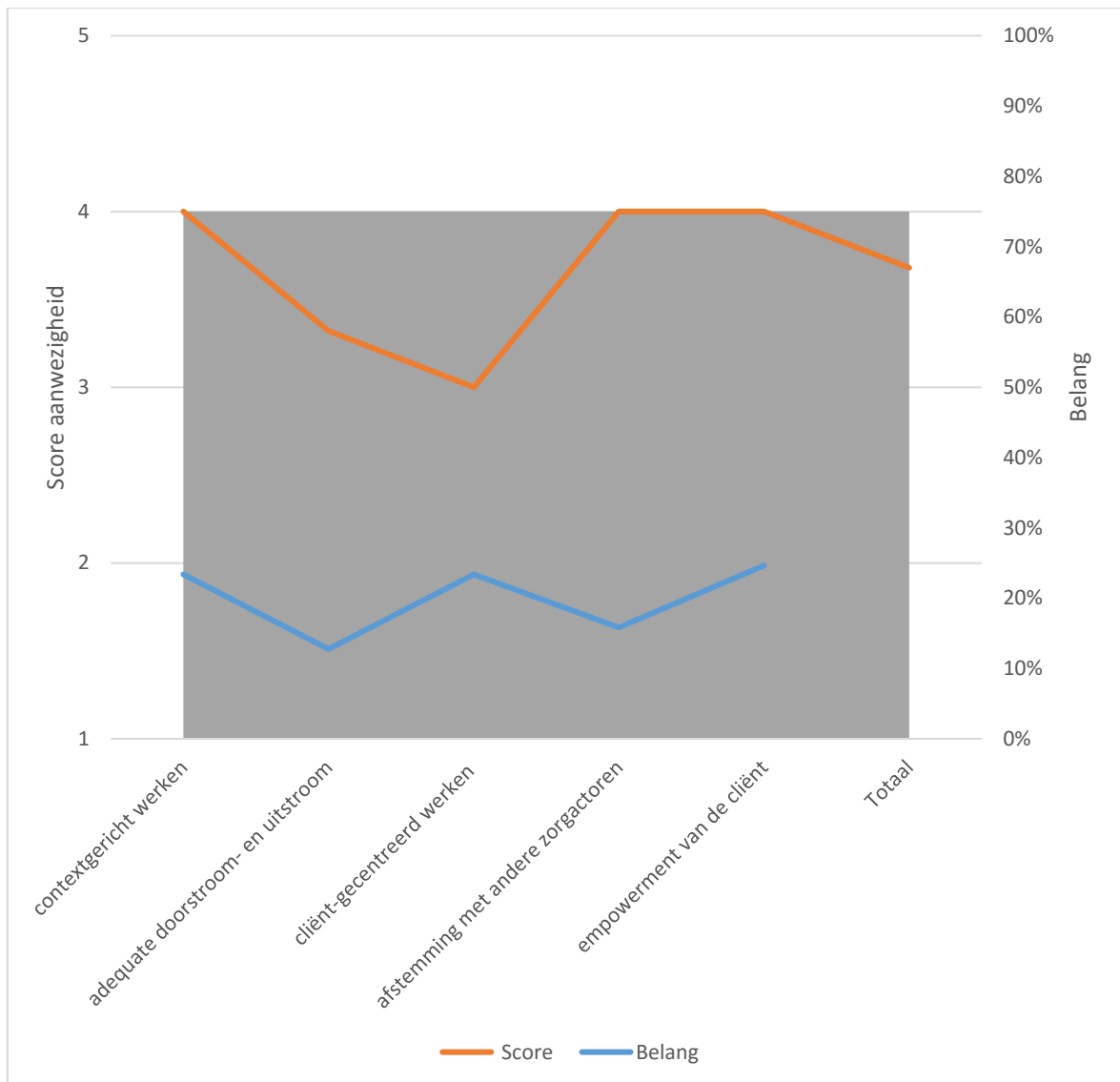
Figuur 40 Resultaten expertise van het personeel binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

### 4.1.4 Re-integratie van kinderen en jongeren

We merken geen gelijke tendens op tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om re-integratie van kinderen en jongeren mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we echter dat re-integratie van kinderen en jongeren onder target uitkomt met een score van 3,68. Het doel wordt met andere woorden niet behaald. Figuur 41 geeft een overzicht van de resultaten.

De respondenten geven aan dat voornamelijk extra aandacht om de positie van het conventiedomein te doen groeien dient gegeven te worden aan cliëntgecentreerd werken (score 3, 23% belang). Echter is ook een adequate door- en uitstroom een cruciale beleidsprioriteit voor het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen met een aanwezigheidsscore van 3,32 en 13% belang.

Drie factoren komen uit op target (score 4) en vragen een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. Empowerment van de cliënt is hier de hoofdprioriteit met een belang van 25%, op de voet gevolgd door context gericht werken met een belang van 23%. Ook het afstemmen met andere zorgactoren (16% belang) vergt een investering om als huidige good practice in stand te houden.



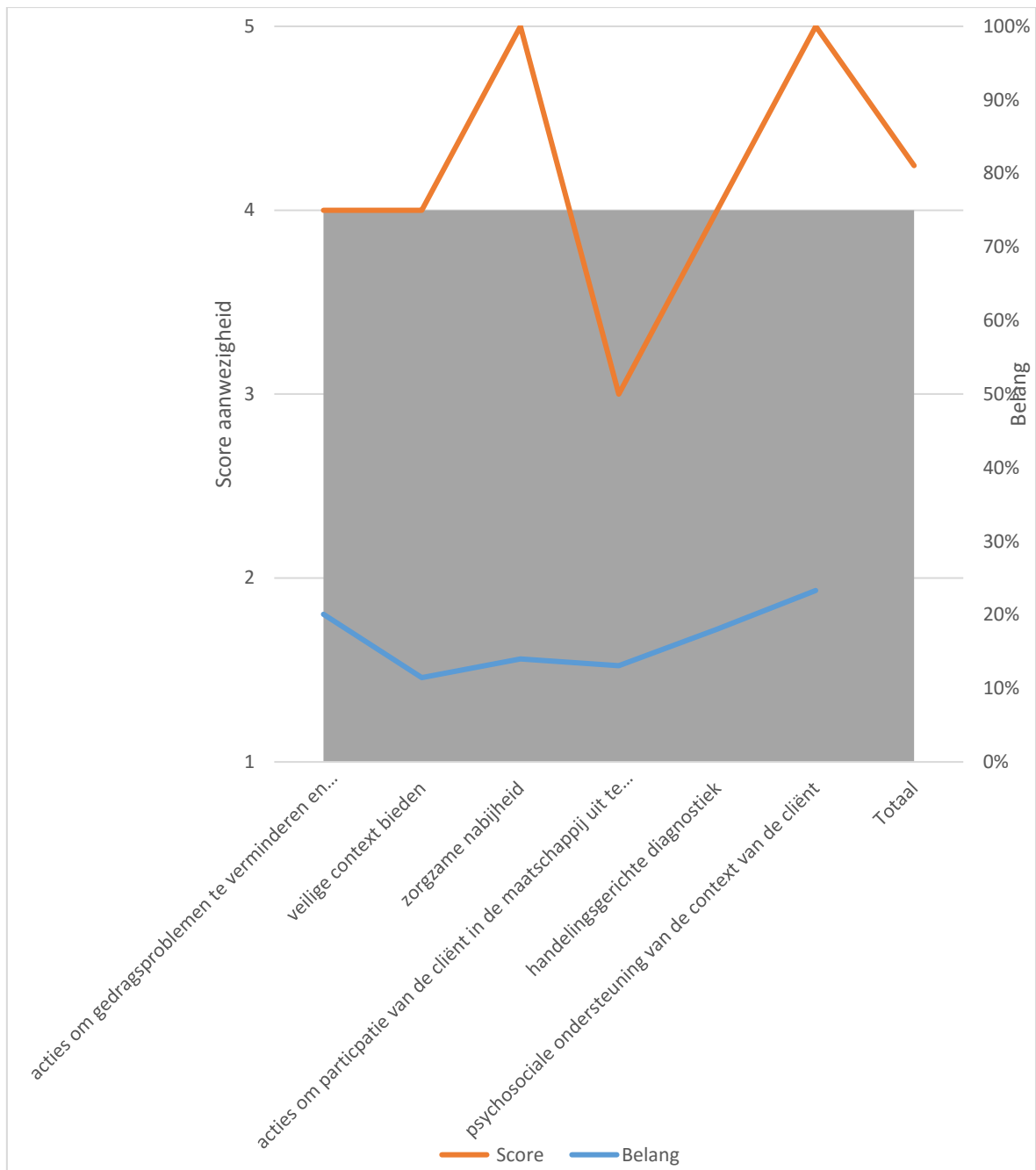
Figuur 41 Resultaten re-integratie van kinderen en jongeren binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

### 4.1.5 Verhoging levenskwaliteit cliënt en context

We merken geen gelijke tendens op tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om de levenskwaliteit van de cliënt en context te verhogen binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we echter dat dit doel ruim boven target uitkomt met een score van 4,24. Figuur 42 geeft een overzicht van de resultaten.

Acties om participatie van de cliënt in de maatschappij uit te breiden heeft volgens de respondenten nood aan extra aandacht om de positie van het conventiedomein te doen groeien (score 3, 13% belang).

Drie factoren vragen met voorsprong een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. Psychosociale ondersteuning van de context van de cliënt is hier de hoofdprioriteit met aanwezigheidscore van 5 en een belang van 23%, op de voet gevolgd door acties om gedragsproblemen te verminderen en welbevinden te verhogen die een aanwezigheidsscore van 4 heeft en een belang van 20%. Tot slot is er ook blijvende aandacht nodig om de good practice handelingsgerichte diagnostiek (score 4, 18% belang) in stand te houden.



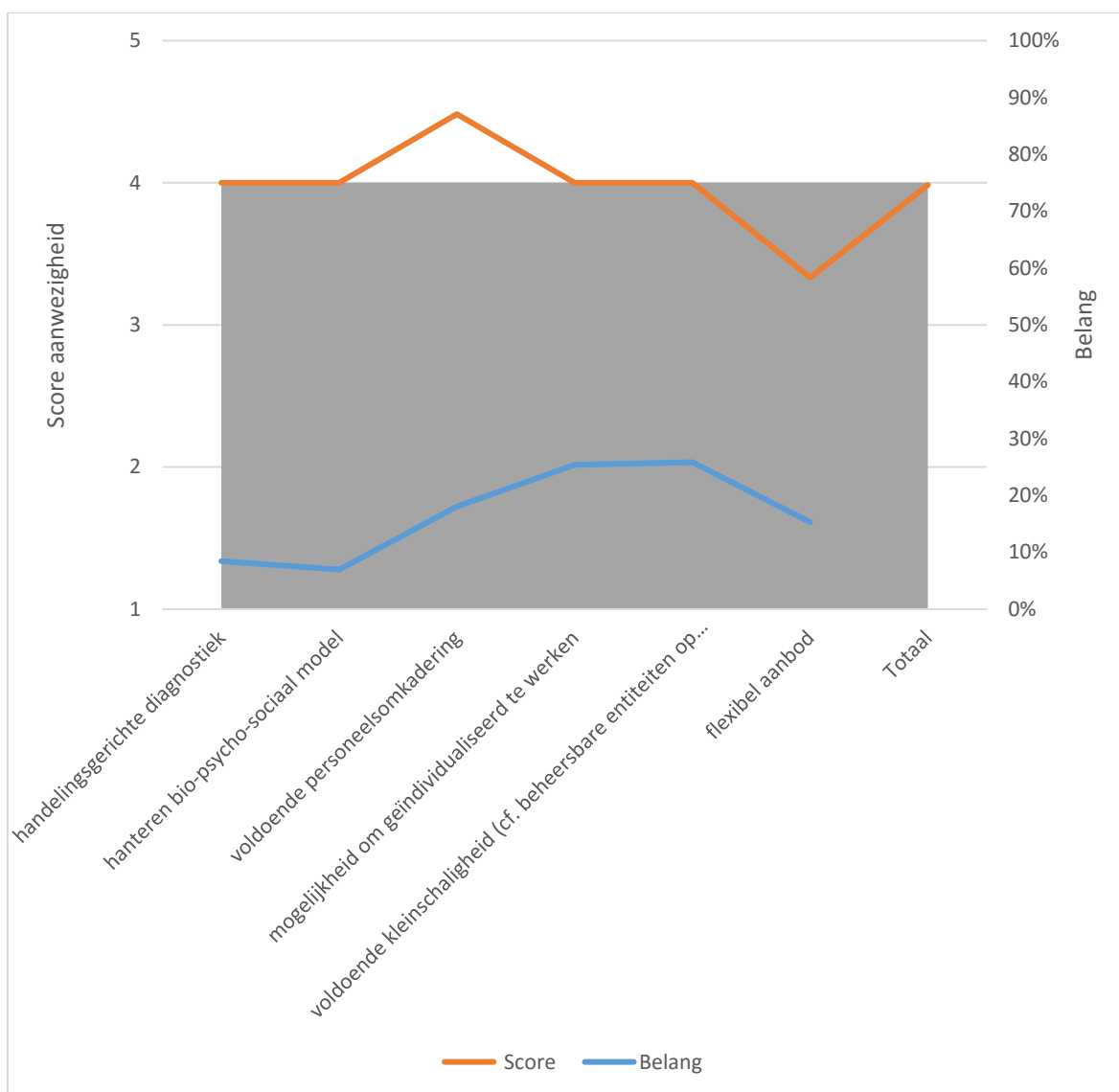
Figuur 42 Resultaten verhoging levenskwaliteit van de cliënt en context binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

#### 4.1.6 Zorg op maat

We merken geen gelijke tendens op tussen de mate van aanwezigheid en het belang van de factoren om zorg op maat te garanderen binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we echter dat de score van dit doel rond de kwaliteitsnorm draait met een score van 3,99. Figuur 43 geeft een overzicht van de resultaten.

De grootste beleidsprioriteit om zorg op maat te garanderen blijkt flexibel aanbod te zijn (aanwezigheidsscore 3,33, 15% belang).

Drie factoren vragen met voorsprong een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. Voldoende kleinschaligheid en mogelijkheid om geïndividualiseerd te werken zijn hier de hoofdprioriteiten met beide een aanwezigheidsscore van 4 en een respectievelijk belang van 26% en 25%. Verder is er ook aandacht nodig om de good practice voldoende personeelsomkadering in stand te houden (score 4,48, 18% belang).



Figuur 43 Resultaten zorg op maat binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

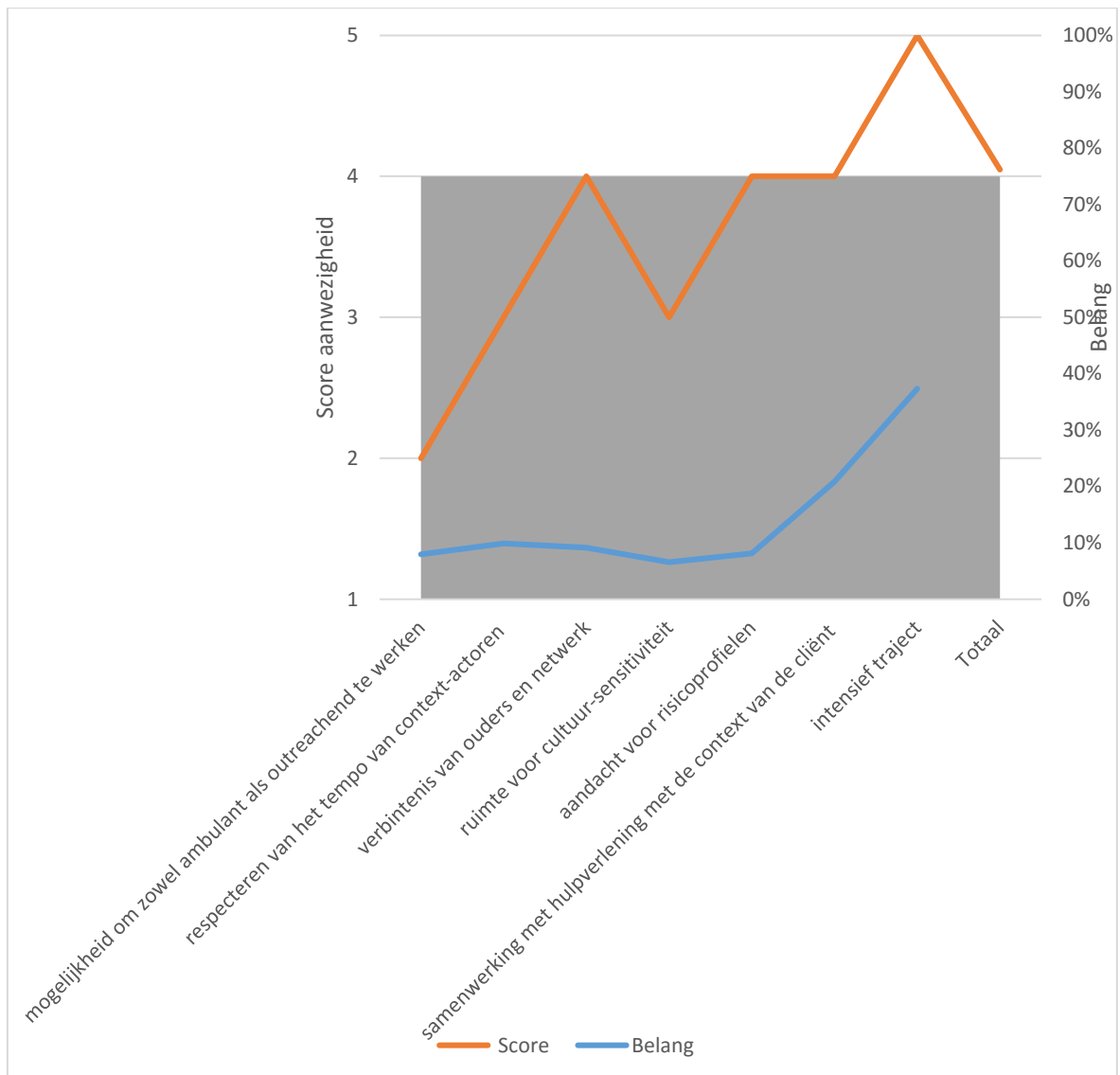
#### 4.1.7 Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt

Algemeen merken we een soortgelijke tendens op bij zowel de aanwezigheid als het belang van de factoren om betrokkenheid context en omgeving van de cliënt mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm haalt met een score van 4,05. Figuur 44 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het succes van het doel 'betrokkenheid van de context en omgeving van de cliënt' te verhogen, is meer aandacht nodig voor drie factoren: 1. respecteren van het tempo van de context-actoren (aanwezigheidsscore 3, 10% belang), 2. mogelijkheid om zowel ambulante als outreachende te werken (score 2, 8% belang) en 3. ruimte voor cultuursensitiviteit (score 3, 7% belang).

Twee factoren vragen met ruime voorsprong een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. 'Intensief traject' is hier de hoofdprioriteit met een aanwezigheidsscore van 5 en een belang van 37%. Verder is er ook aandacht nodig om de goede samenwerking met hulpverlening met de context van de cliënt in stand te houden (score 4, 21% belang).





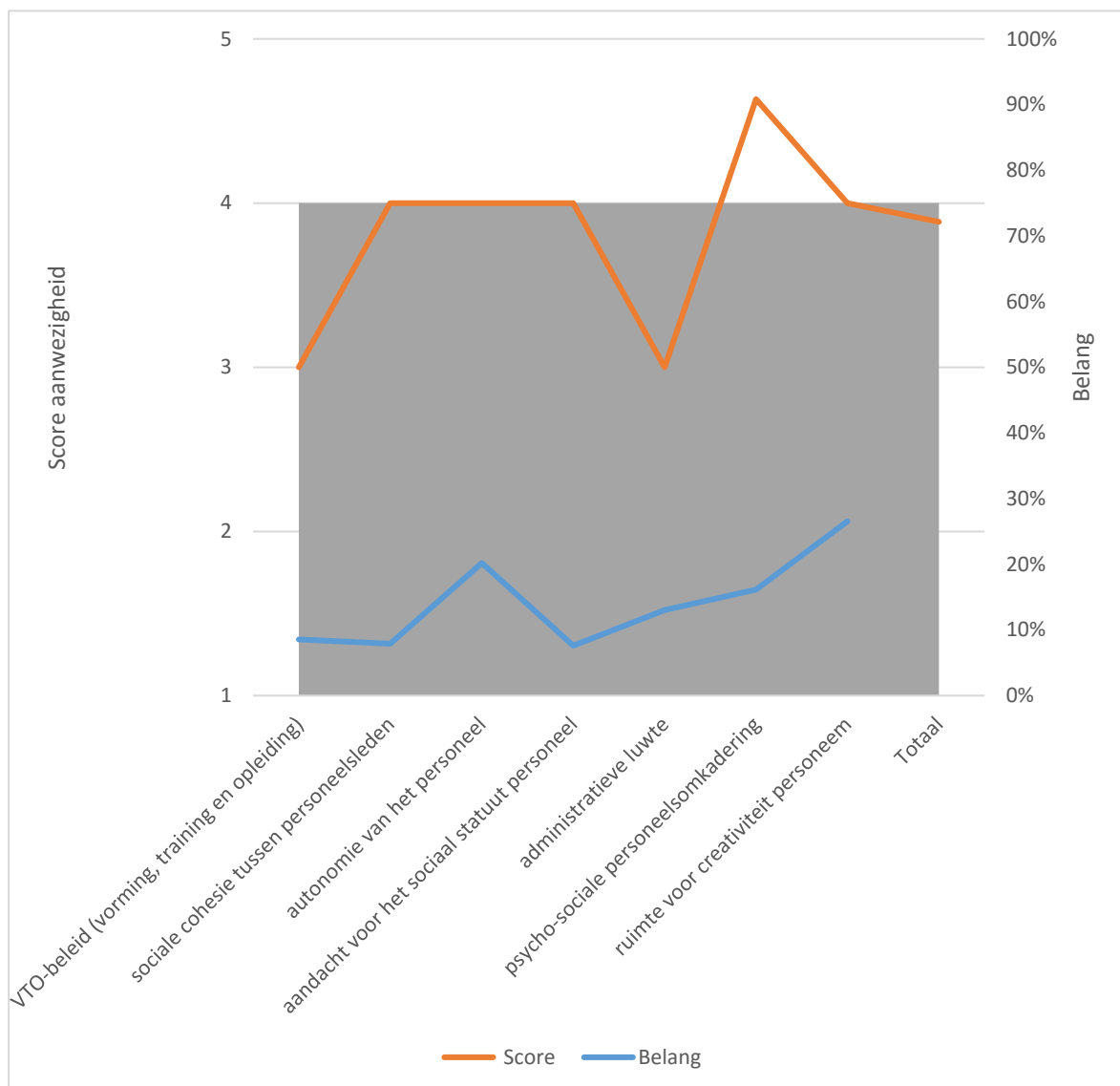
Figuur 44 Resultaten betrokkenheid context en omgeving van de cliënt binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

#### 4.1.8 Welzijn personeel

We merken geen relatie tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om het welzijn van het personeel mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (3,89) en extra inspanningen zich opdringen. Figuur 45 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het welzijn van het personeel te verhogen, is meer aandacht nodig voor administratieve luwte (aanwezigheidsscore 3, 13% belang) en het hebben van een VTO-beleid (aanwezigheidsscore 3, 9% belang).

Drie factoren vragen met ruime voorsprong een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. 'Ruimte voor creativiteit personeel' is echter de hoofdprioriteit met een aanwezigheidsscore van 4 en een belang van 27%. Verder is er ook aandacht nodig voor de autonomie van het personeel (score 4, 20% belang) en psychosociale personeelsomkadering (score 4, 16% belang).



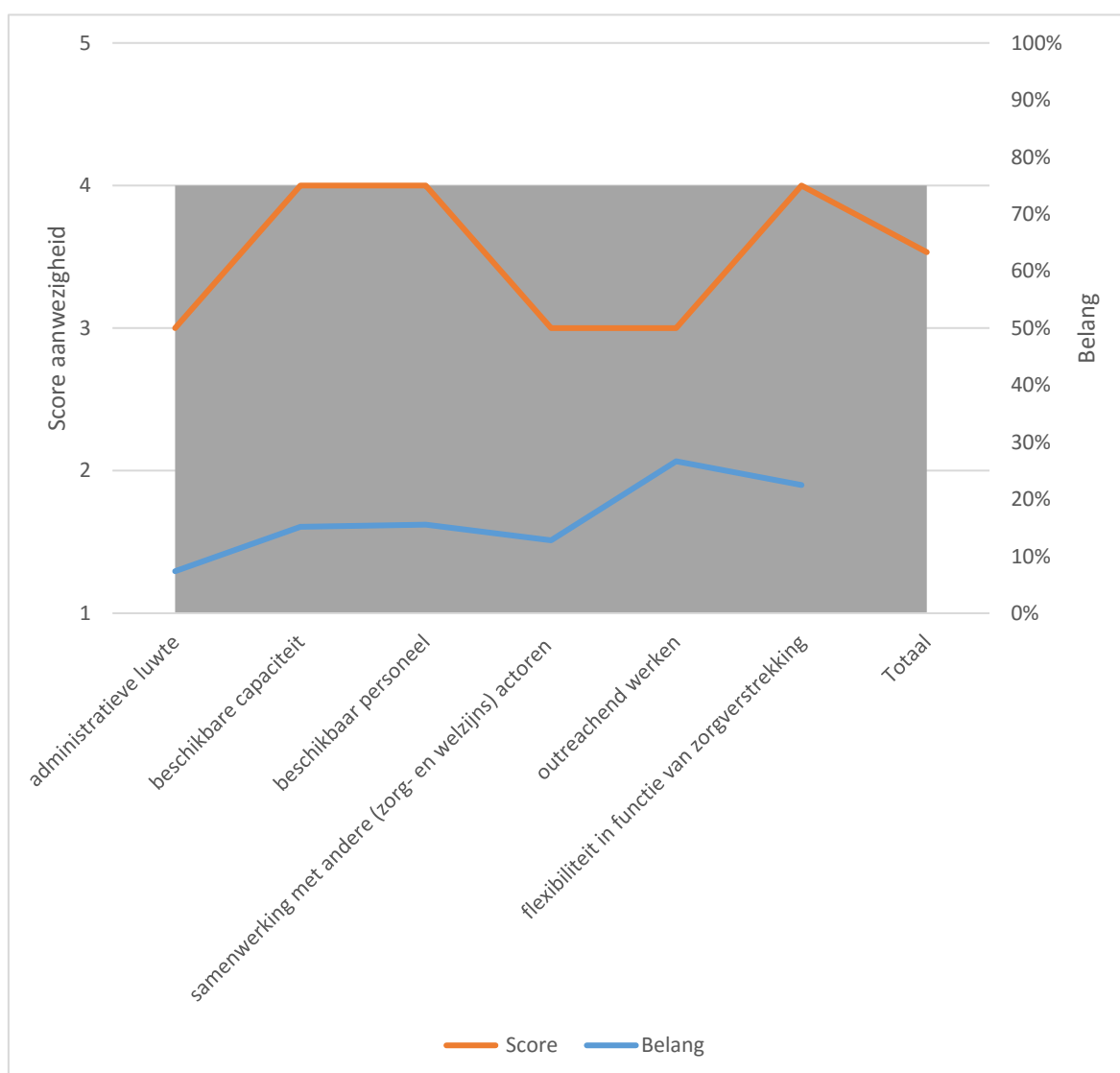
Figuur 45 Resultaten welzijn van het personeel binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

#### 4.1.9 Adequate echelonnering

We merken geen relatie tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (3,53) en extra inspanningen zich opdringen om adequate echelonnering mogelijk te maken. Figuur 46 geeft een overzicht van de resultaten.

Outreachend werken blijkt met stip de hoofdprioriteit te zijn om het doel te kunnen behalen gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en een belang van 27%. Verder is ook extra aandacht nodig voor de samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren (aanwezigheidsscore 3, 13% belang) indien groei wil verwezenlijkt worden.

Drie factoren vragen een investering gericht op het behoud van de huidige situatie. 'Flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking' voert de prioriteitenlijst aan met een aanwezigheidsscore van 4 en een belang van 22%. Er is daarnaast ook aandacht nodig voor beschikbaar personeel en beschikbare capaciteit wanneer we hun gelijke aanwezigheidsscore van 4 en respectievelijke 16% en 15% belang in beschouwing nemen.



Figuur 46 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Kinderpsychiatrische aandoeningen

## 4.2 Bespreking Kinderpsychiatrische aandoeningen

### 4.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat dit conventiedomein net de kwaliteitsnorm 4 niet haalt gelet op de score van 3,96. Extra investeringen dienen te gebeuren om de positie van het conventiedomein te versterken.

### 4.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 47 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen gezien worden als de beleidsprioriteiten van dit conventiedomein. Van deze 47 zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Voldoende kleinschaligheid (cf. beheersbare entiteiten op cliëntniveau);
2. Flexibel aanbod;
3. Mogelijkheid om geïndividualiseerd te werken;
4. Handelingsgerichte diagnostiek;
5. Cliëntgecentreerd werken;
6. Acties om participatie van de cliënt in de maatschappij uit te breiden;
7. Mogelijkheid om zowel ambulante als outreachende te werken;
8. Outreachend werken;
9. Samenwerking met hulpverlening met de context van de cliënt;
10. Acties om gedragsproblemen te verminderen en welbevinden te verhogen.

### 4.2.3 Prioritering

Tabel 12 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Kinderpsychiatrische aandoeningen.

Onze analyse wijst uit dat het grootste aandachtspunt van dit conventiedomein bestaat uit de mogelijkheid om zowel ambulante als outreachende te werken, gezien het 1% belang en 60% groeipotentieel. Extra murale zorgverstrekkingen in de vertrouwde omgeving van patiënten is in dit opzicht aanbevolen. Andere werkpunten om het domein Kinderpsychiatrische aandoeningen te versterken zijn flexibiliteit inbouwen in het aanbod (5% belang, 33% groeimarge), stimuleren van een cliënt-gecentreerde werkwijze (3% belang, 40% groeimarge) en tools om participatie van de cliënt in de maatschappij uit te breiden (2% belang en 40% groeimarge).

Administratieve lading staat binnen dit conventiedomein niet helemaal bovenaan de agenda (4% belang), echter blijkt deze factor nog een ruime groeimarge te bezitten met het oog op het behalen van succes met deze conventie (40% groeipotentieel). Een extra inspanning voor het verminderen van de administratieve taken is hier dan ook wenselijk.

Tabel 12 Samenvattende tabel Kinderpsychiatrische aandoeningen

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
Voldoende kleinschaligheid (cf. beheersbare entiteiten op cliëntniveau)	Zorg op maat	4,0	26%	30%	8%	80%
Flexibel aanbod	Zorg op maat	3,3	15%	30%	5%	67%
Mogelijkheid om geïndividualiseerd te werken	Zorg op maat	4,0	25%	30%	8%	80%
Handelingsgerichte diagnostiek	Zorg op maat - Verhoging levenskwaliteit cliënt en context - Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	4,0	NvT	NvT	6%	80%
Cliëntgecentreerd werken	Re-integratie van kinderen en jongeren	3,0	23%	11%	3%	60%
Acties om participatie van de cliënt in de maatschappij uit te breiden	Verhoging levenskwaliteit cliënt en context	3,0	13%	14%	2%	60%
Mogelijkheid om zowel ambulantly als outreachend te werken	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	2,0	8%	14%	1%	40%
Outreachend werken	Adequate echelonnering	3,0	27%	6%	2%	60%
Samenwerking met hulpverlening met de context van de cliënt	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	4,0	21%	14%	3%	80%
Acties om gedragsproblemen te verminderen en welbevinden te verhogen	Verhoging levenskwaliteit cliënt en context	4,0	20%	14%	3%	80%
Voldoende personeelsomkadering	Zorg op maat	4,5	18%	30%	5%	90%
Respecteren van het tempo van context-actoren	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	3,0	10%	14%	1%	60%
Ruimte voor creativiteit personeel	Welzijn personeel	4,0	27%	10%	3%	80%
Empowerment van de cliënt	Re-integratie van kinderen en jongeren	4,0	25%	11%	3%	80%
Administratieve luwte	Welzijn personeel - Adequate echelonnering	3,0	NvT	NvT	4%	60%
Contextgericht werken	Re-integratie van kinderen en jongeren	4,0	23%	11%	3%	80%
Kennisdeling in met het (zorg)netwerk	Expertise van personeel	3,0	14%	9%	1%	60%
Adequate doorstroom- en uitstroom	Re-integratie van kinderen en jongeren	3,3	13%	11%	1%	66%
Correcte verloning personeel	Expertise van personeel	3,0	13%	9%	1%	60%
Hanteren bio-psych-sociaal model	Zorg op maat	4,0	7%	30%	2%	80%
Autonomie van het personeel	Welzijn personeel	4,0	20%	10%	2%	80%
Diversiteit naar leeftijd, geslacht, ervaring, bij het personeel	Expertise van personeel	4,0	22%	9%	2%	80%
Ruimte voor cultuur-sensitiviteit	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	3,0	7%	14%	1%	60%
VTO-beleid (vorming, training en opleiding)	Welzijn personeel	3,0	9%	10%	1%	60%
Afstemming met andere zorgactoren	Re-integratie van kinderen en jongeren	4,0	16%	11%	2%	80%
Prioritering van psychosociale interventies	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	3,0	15%	6%	1%	60%
Vergroten van de handelingsbekwaamheid van de context van de cliënt	Expertise van personeel	4,0	19%	9%	2%	80%
Veilige context bieden	Verhoging levenskwaliteit cliënt en context	4,0	11%	14%	2%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	3,0	13%	6%	1%	60%
Bewust omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	4,0	23%	6%	1%	80%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	4,0	22%	6%	1%	80%
Verbinding van ouders en netwerk	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	4,0	9%	14%	1%	80%
Aandacht voor risicoprofielen	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	4,0	8%	14%	1%	80%
Flexibel zorgaanbod	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	3,8	13%	6%	1%	75%
Correct gekwalificeerd personeel	Expertise van personeel	4,0	10%	9%	1%	80%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	4,0	16%	6%	1%	80%
Beschikbare capaciteit	Adequate echelonnering	4,0	15%	6%	1%	80%
Sociale cohesie tussen personeelsleden	Welzijn personeel	4,0	8%	10%	1%	80%
Aandacht voor het sociaal statuut personeel	Welzijn personeel	4,0	8%	10%	1%	80%
Prioritering van behandelingsdoelen (cf. fasering)	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	4,0	11%	6%	1%	80%
Psychosociale personeelsomkadering	Welzijn personeel	4,6	16%	10%	2%	93%
Voldoende omkadering	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	4,5	21%	6%	1%	91%
Patiënt-gecentreerd werken	Maximale ontwikkelingskansen van kinderen en jongeren	4,0	8%	6%	0%	80%
Multidisciplinariteit	Expertise van personeel	5,0	22%	9%	2%	100%
Zorgzame nabijheid	Verhoging levenskwaliteit cliënt en context	5,0	14%	14%	2%	100%
Psychosociale ondersteuning van de context van de cliënt	Verhoging levenskwaliteit cliënt en context	5,0	23%	14%	3%	100%
Intensief traject	Betrokkenheid context en omgeving van de cliënt	5,0	37%	14%	5%	100%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

#### 4.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Als doel verdient adequate echelonnering dan ook extra aandacht. Tabel 13 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van de Kinderpsychiatrische aandoeningen.

De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren vooral administratieve luwte prioritair is (4% belang, 40% groeimarge). De werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich in dit conventiedomein vooral in:

- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het creëren van ruimte en mogelijkheden voor samenwerking;
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 13 Adequate echelonnering Kinderpsychiatrische aandoeningen

Factor	Belang	Bijdrage succes
Outreachend werken	2%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	1%	60%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	1%	80%
Beschikbaar personeel	1%	80%
Beschikbare capaciteit	1%	80%
Administratieve luwte	4%	60%

## 5 Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

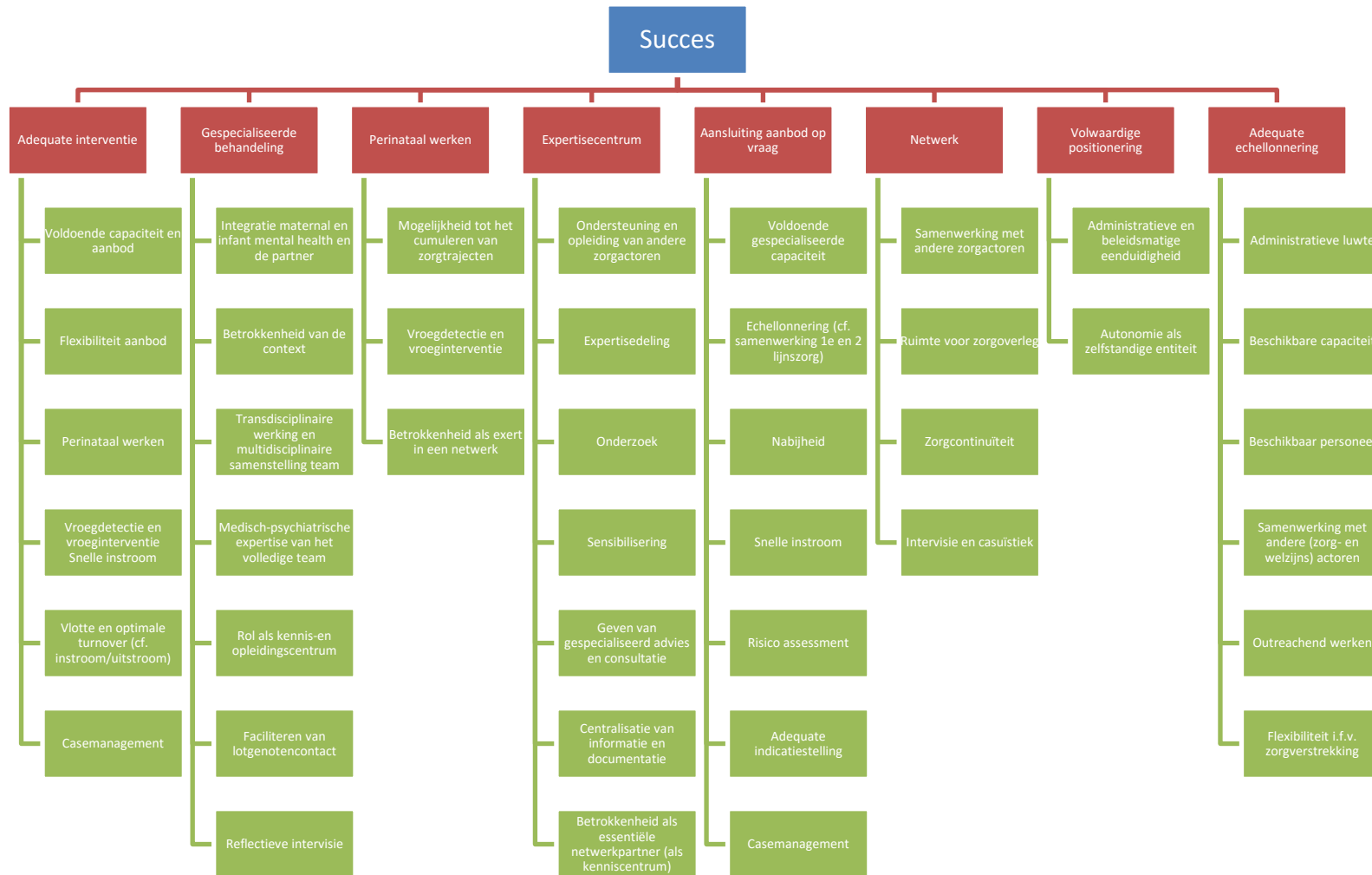
### 5.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.74.5 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Adequate interventie;
2. Gespecialiseerde behandeling;
3. Perinataal werken;
4. Expertisecentrum;
5. Aansluiting aanbod op de vraag;
6. Netwerk;
7. Volwaardige positionering;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind een specialiseerde behandeling bieden en perinataal werken. Het revalidatiecentrum dient te fungeren als een expertisecentrum die een netwerk heeft en zich volwaardig positioneert binnen de sector. Adequate interventies zijn in hun werking cruciaal om succes te behalen. Tot slot is eveneens adequate echelonnering een belangrijk element om succes te behalen binnen het conventiedomein 7.74.5.

Voor elk van deze hoofddoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (subprioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en om succesvol te zijn met het revalidatiecentrum. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 47 Schematisch overzicht boomstructuur Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investerings om te groeien’ en anderzijds ‘investerings om te behouden’.

### 5.1.1 Succes

Algemeen nemen we geen gelijke tendens waar tussen aanwezigheid en belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein van Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Figuur 48 geeft een overzicht van de resultaten.

Indien men het succes van het conventiedomein wil vergroten, dient er meer aandacht besteed te worden aan adequate echelonnering (aanwezigheidsscore 3,61, 18% belang), volwaardige positionering (aanwezigheidsscore 3, 17% belang) en het hebben en deel uitmaken van een netwerk (score 3,37, 16% belang) dan wat nu het geval is.

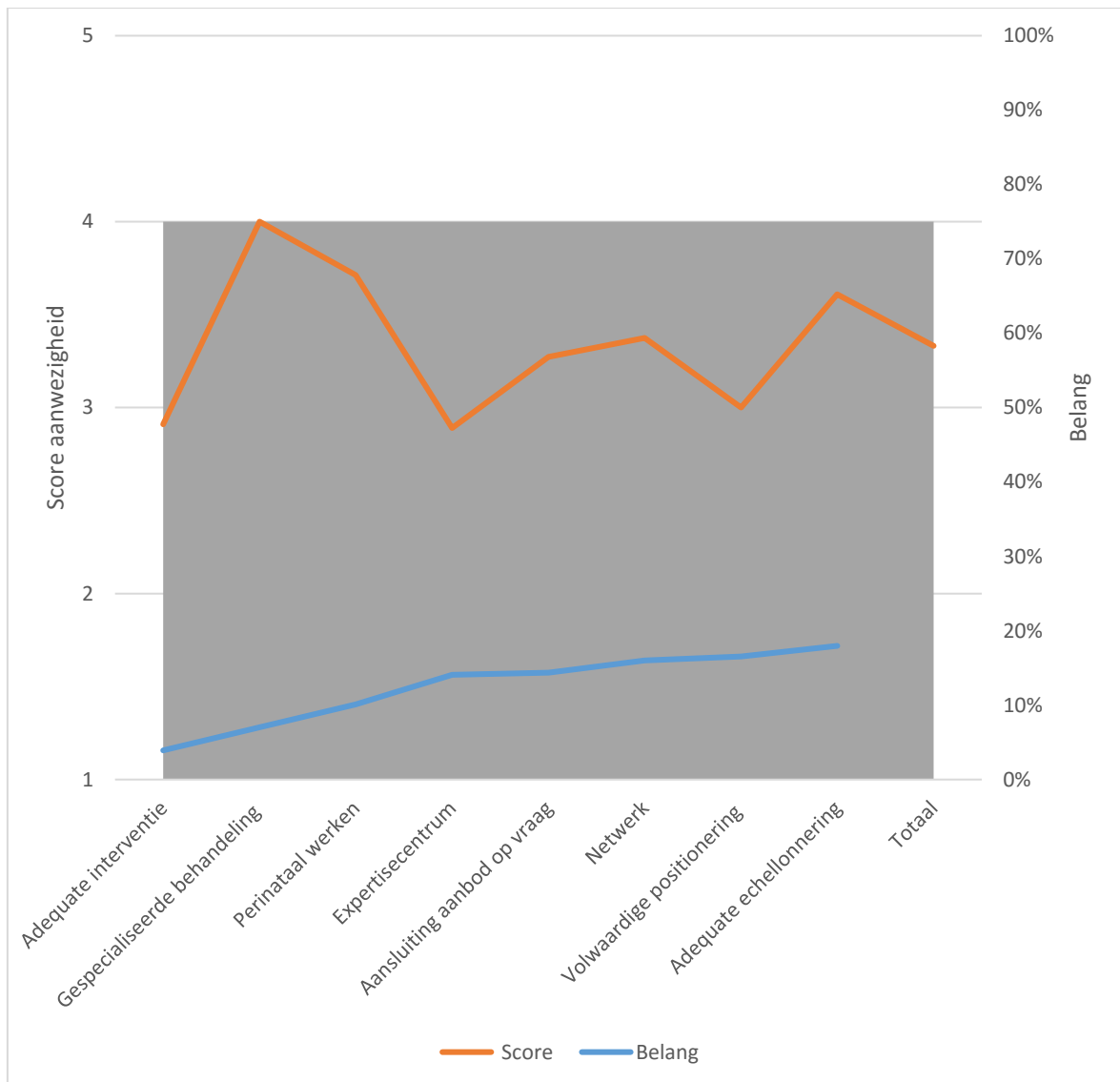
Gespecialiseerde behandeling wordt verder als good practice aangegeven om in te investeren om de huidige situatie te behouden (score 4, 7% belang).

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein de target niet haalt (score 3,33). Concreet identificeren we zeven doelen waar binnen het conventiedomein extra aandacht aan moet geschonken worden:

- Adequate echelonnering;
- Volwaardige positionering;
- Netwerk;
- Expertisecentrum;
- Aansluiting aanbod op de vraag;
- Perinataal werken.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.





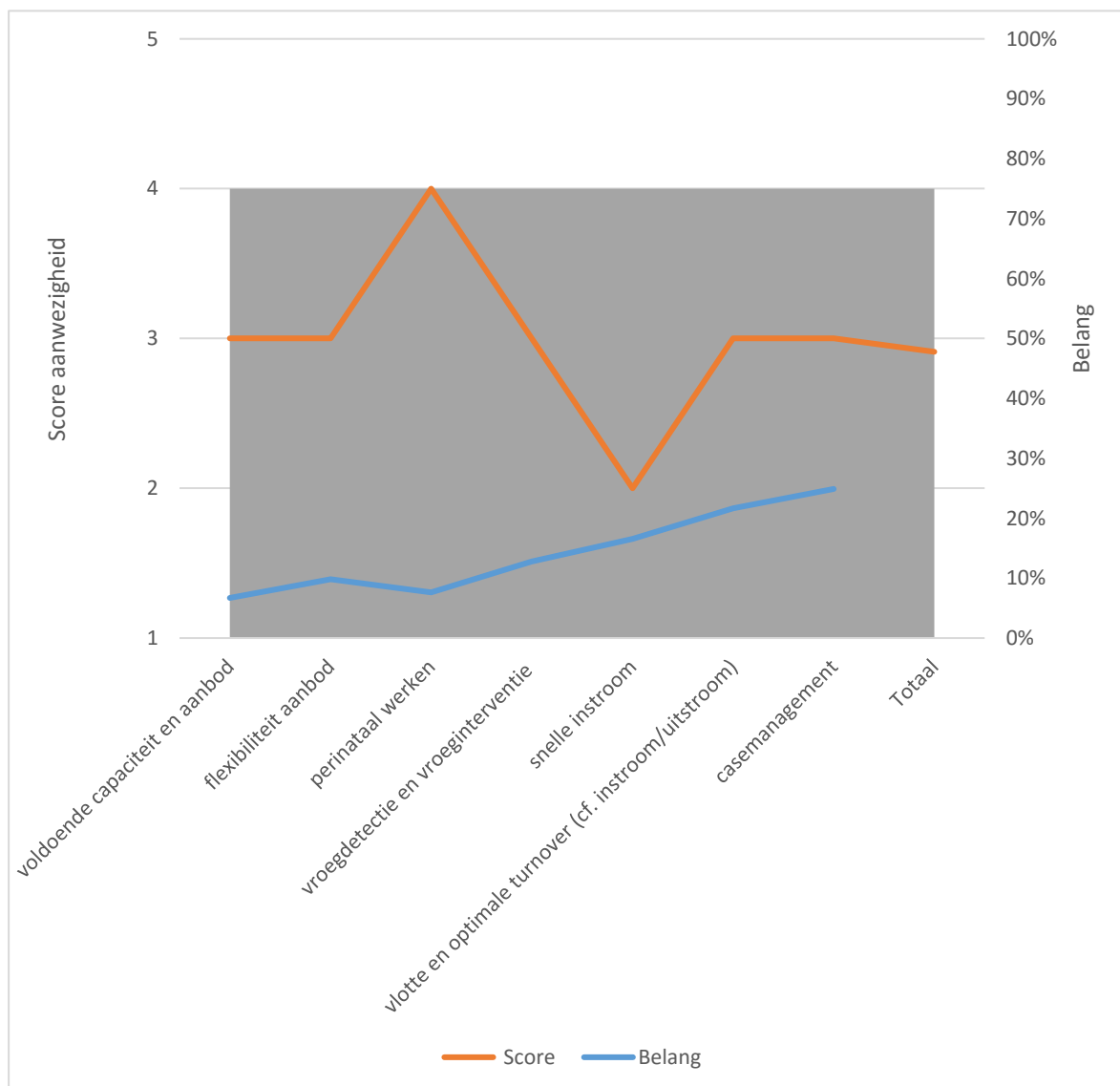
Figuur 48 Resultaten succes binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

5.1.2 Adequate interventie

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate interventie mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3) en extra inspanningen zich opdringen om adequate interventie mogelijk te maken. Figuur 49 geeft een overzicht van de resultaten.

Casemanagement en een vlotte en optimale turnover blijken de hoofdprioriteiten te zijn om beter het doel te kunnen behalen gelet op de gelijke aanwezigheidsscore van 3 en een respectievelijk belang van 25% en 22%. Verder is er ook extra aandacht nodig voor een snelle instroom indien men groei wil verwezenlijken binnen het conventiedomein (aanwezigheidsscore 2, 17% belang).

Slechts een factor vraagt een investering gericht op het behoud van de huidige situatie, namelijk perinataal werken (score 4, 8% belang).

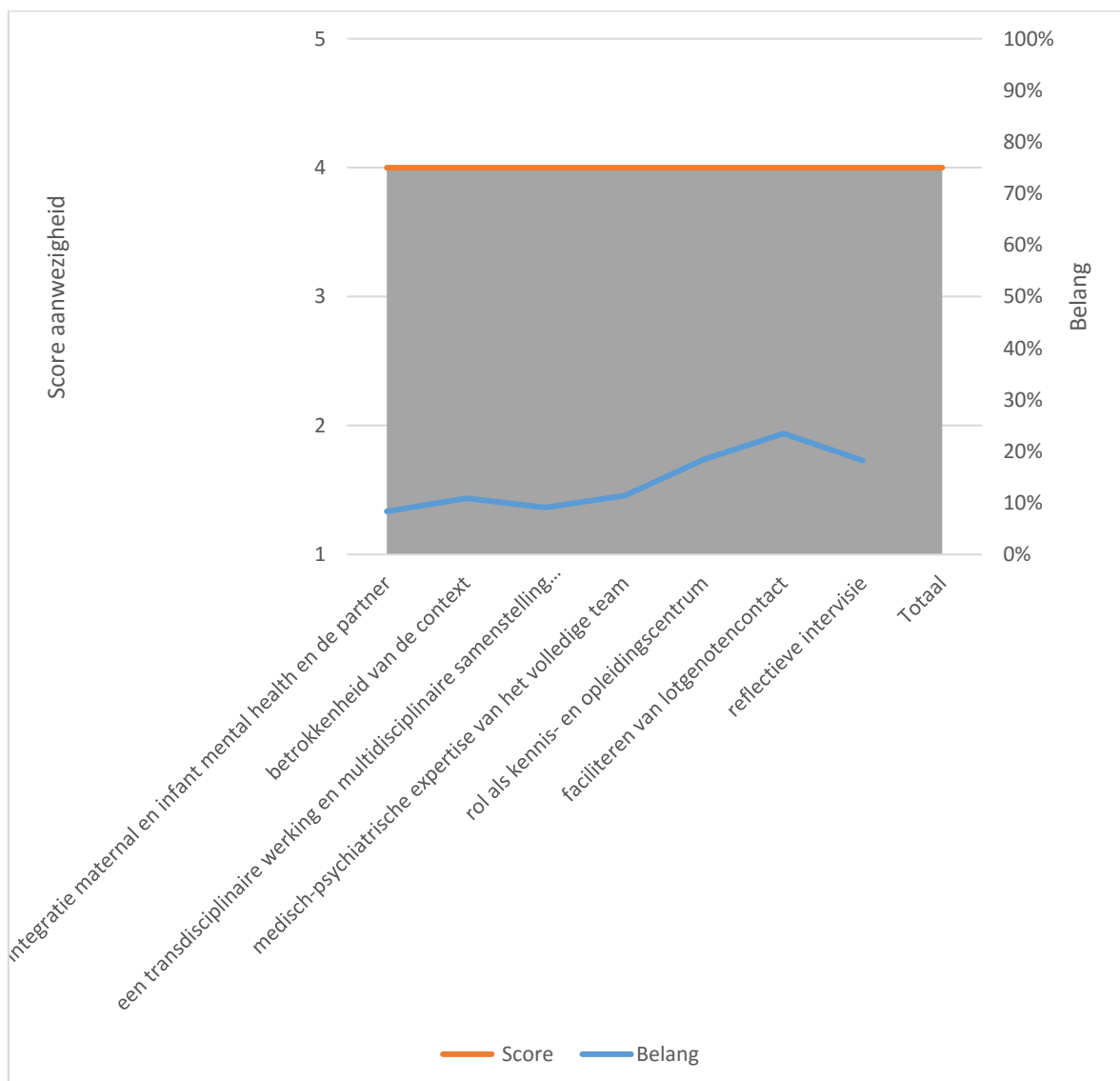


Figuur 49 Resultaten adequate interventie binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

### 5.1.3 Gespecialiseerde behandeling

Er is helemaal geen gelijke trend te zien tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een gespecialiseerde behandeling aan te bieden binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm haalt met een score van 4. Figuur 50 geeft een overzicht van de resultaten.

De resultaten tonen aan dat het conventiedomein slaagt in het bieden van een gespecialiseerde behandeling en dat bijgevolg enkel investeringen noodzakelijk zijn met het oog op het behouden van de huidige situatie. Gelet op de gelijke aanwezigheidsscore van 4 bij alle factoren, zijn de voornaamste aandachtspunten het faciliteren van lotgenotencontact (23% belang), reflectieve interventie (18% belang) en het opnemen van een rol als kennis- en opleidingscentrum (18%). Mits extra investeringen kan gezien de score van 4 nog groei gerealiseerd worden.



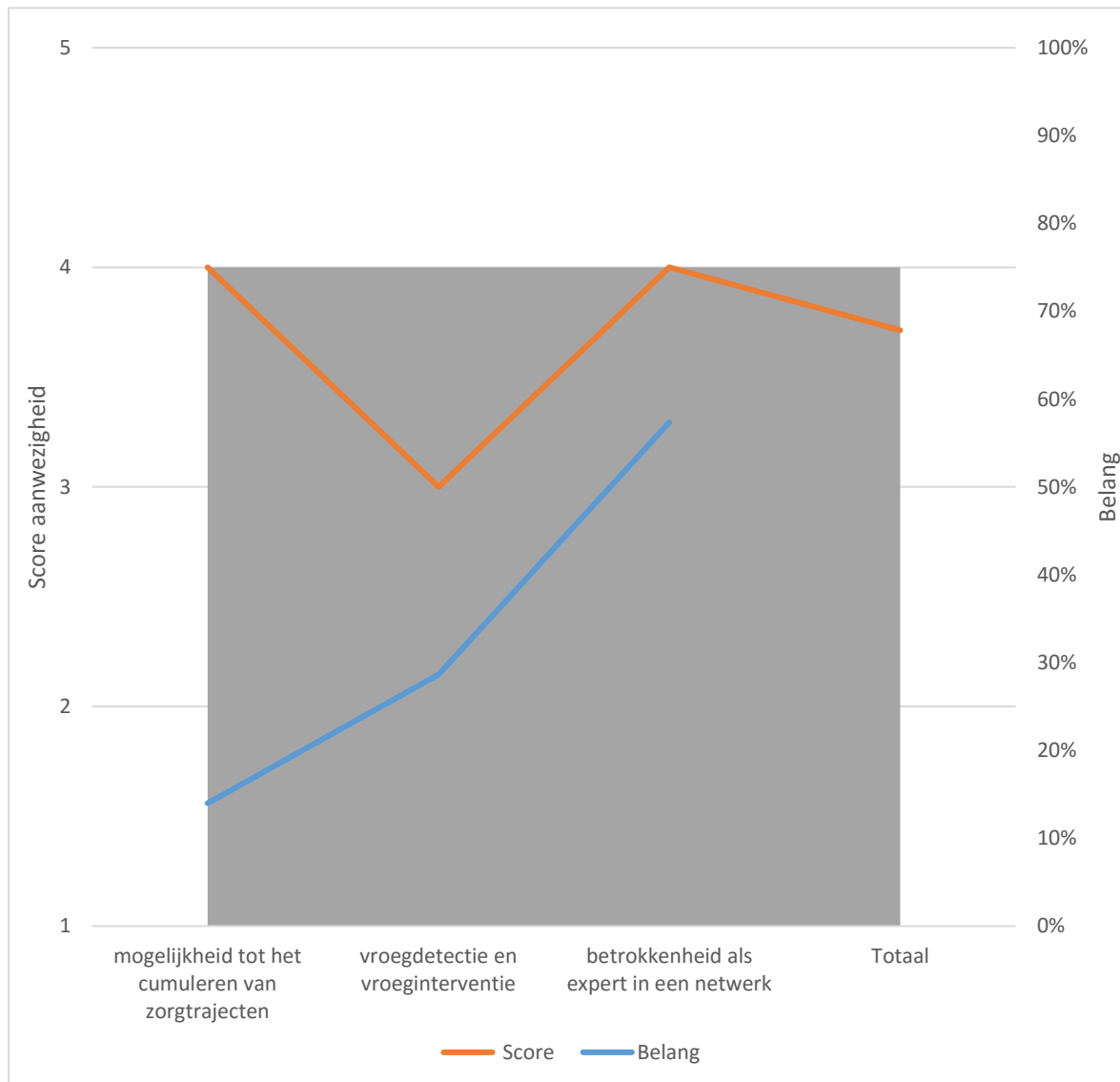
Figuur 50 Resultaten gespecialiseerde behandeling binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

5.1.4 Perinataal werken

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om perinataal te kunnen werken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,71) en extra inspanningen nodig zijn indien men perinataal werken structureel wil mogelijk maken. Figuur 51 geeft een overzicht van de resultaten.

De hoofdprioriteit om te investeren in groei blijkt vroegdetectie en vroeginterventie te zijn (aanwezigheidsscore 3, 29% belang).

Betrokkenheid als expert in een netwerk is de prioriteit bij uitstek waarin dient geïnvesteerd te worden om de status quo te behouden (score 4, 57% belang). Verder is ook de mogelijkheid tot het cumuleren van zorgtrajecten een niet te missen good practice om aandacht aan te besteden (score 4, 17% belang)



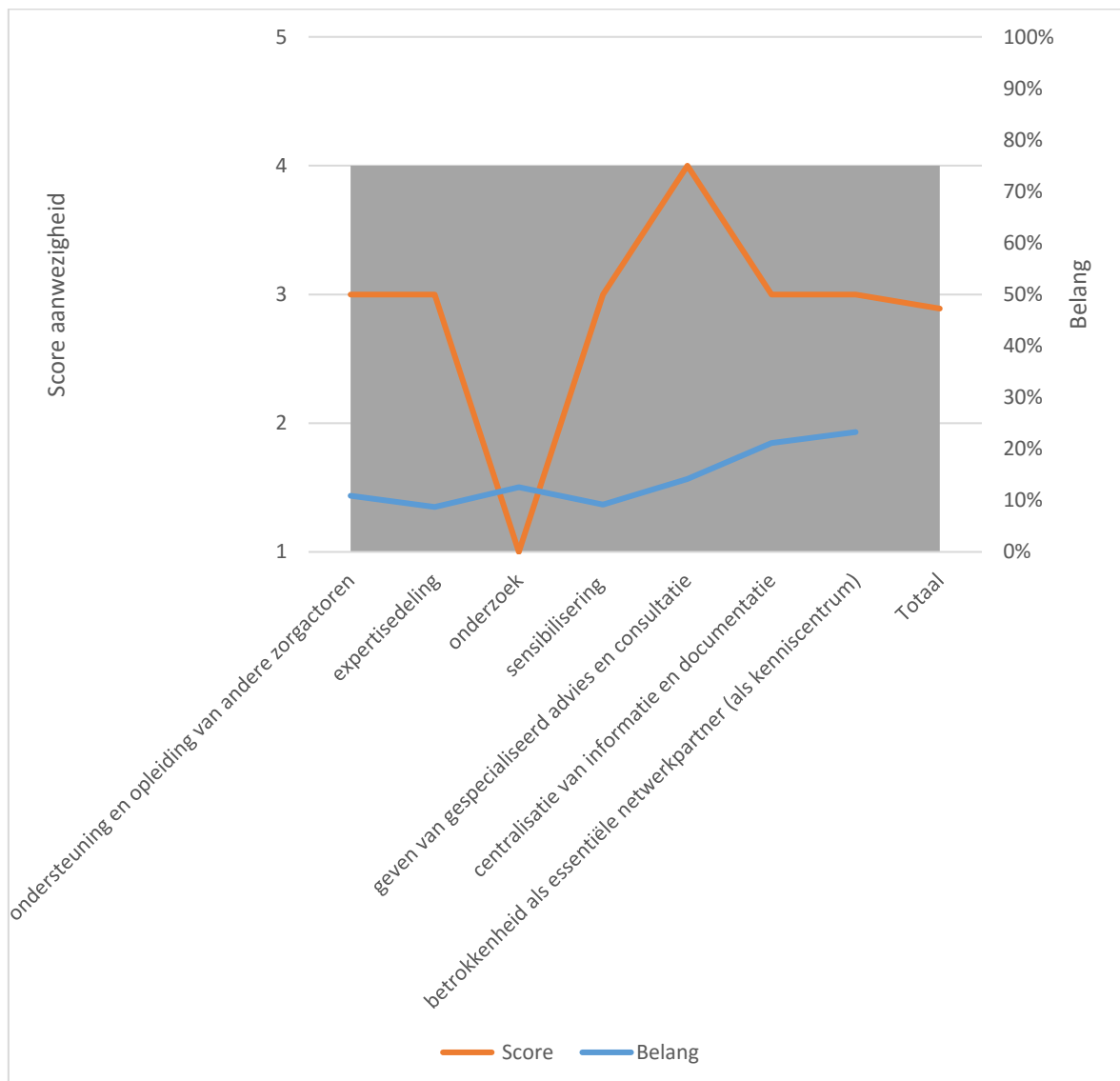
Figuur 51 Resultaten perinataal werken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

### 5.1.5 Expertisecentrum

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een expertisecentrum mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we dat dit doel ruim de kwaliteitsnorm niet haalt gelet op de score van 2,89. Extra inspanningen zijn noodzakelijk indien men het doel van expertisecentrum wenst te bereiken binnen het conventiedomein. Figuur 52 geeft een overzicht van de resultaten.

Er blijken twee duidelijke hoofdprioriteiten te zijn om te investeren in groei, namelijk 'betrokkenheid als essentiële netwerkpartner' (score 3, 23% belang) en 'centralisatie van informatie en documentatie' (score 3, 21% belang). Verder blijkt ook 'onderzoek' een cruciale factor in het bewerkstelligen van groei (score 1, 13% belang).

Geven van gespecialiseerd advies en consultatie is gezien de lage globale score voor het doel, de enige good practice die men kan behouden mits de nodige beleidsaandacht eraan te besteden (score 4, 14% belang).



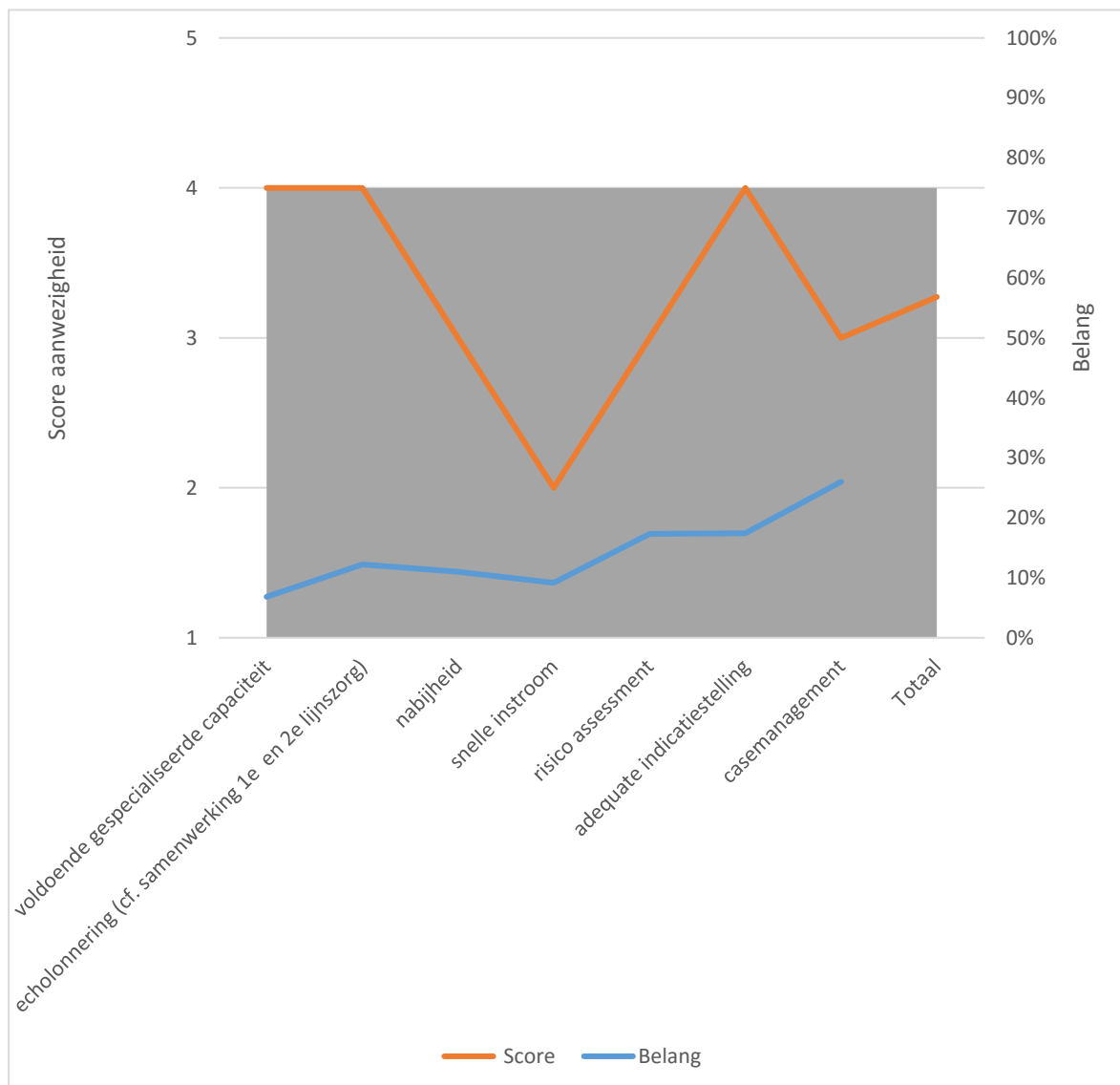
Figuur 52 Resultaten expertisecentrum binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

5.1.6 Aansluiting aanbod op vraag

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om de aansluiting van het aanbod op de vraag mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt gelet op de score van 3,29. Extra inspanningen zijn noodzakelijk indien men de aansluiting van de vraag op het aanbod wil garanderen binnen het conventiedomein. Figuur 53 geeft een overzicht van de resultaten.

Casemanagement blijkt duidelijk de hoofdprioriteit te zijn om in te investeren voor groei (score 3, 26% belang). Daarnaast risico-assessment een beleidsprioriteit rekening houdend de potentiële groeimarge (score 3 en 17%).

Aangaande investeringen op de huidige positieve situatie in stand te houden, geven respondenten adequate indicatiestelling en echelonnering aan als aandachtspunten met hun gelijke score 4 en hun respectievelijke belang van 17% en 12%.



Figuur 53 Resultaten aansluiting aanbod op de vraag binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

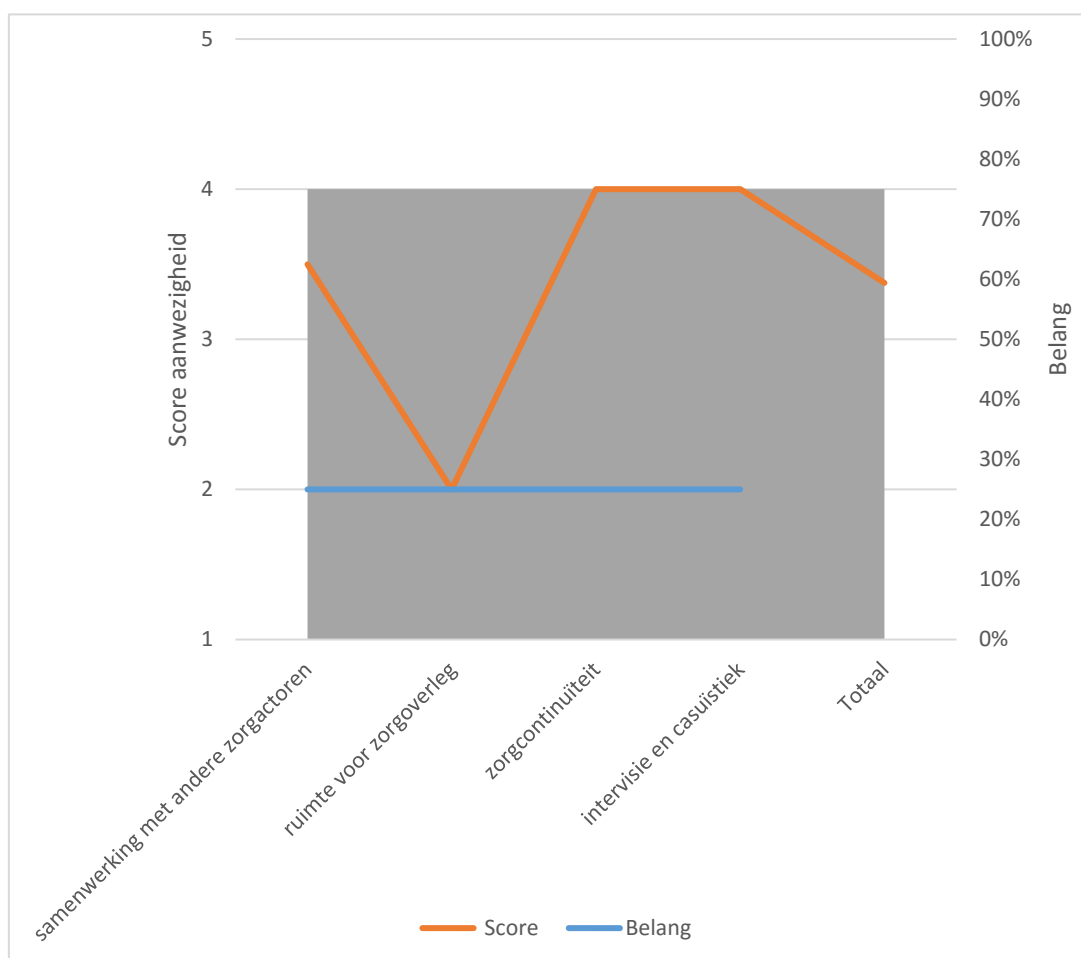
### 5.1.7 Netwerk

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om het hebben en deel uitmaken van een netwerk mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,37) en er bijgevolg ruimte is voor verbetering. Figuur 54 geeft een overzicht van de resultaten.

Opvallend bij dit doel is dat alle vier de factoren even belangrijk geacht worden door de respondenten (25% belang). We kunnen echter wel opdelen naar gelang hun aanwezigheid of het al dan niet halen van de target.

De hoofdprioriteit om in te investeren voor groei is 'ruimte voor zorgoverleg' (score 2), gevolgd door 'samenwerking met andere zorgactoren (score 3,5).

Aangaande investeringen om de huidige positieve situatie in stand te houden, geven respondenten zorgcontinuïteit en intervisie en casuïstiek aan als aandachtspunten (gelijke score 4).

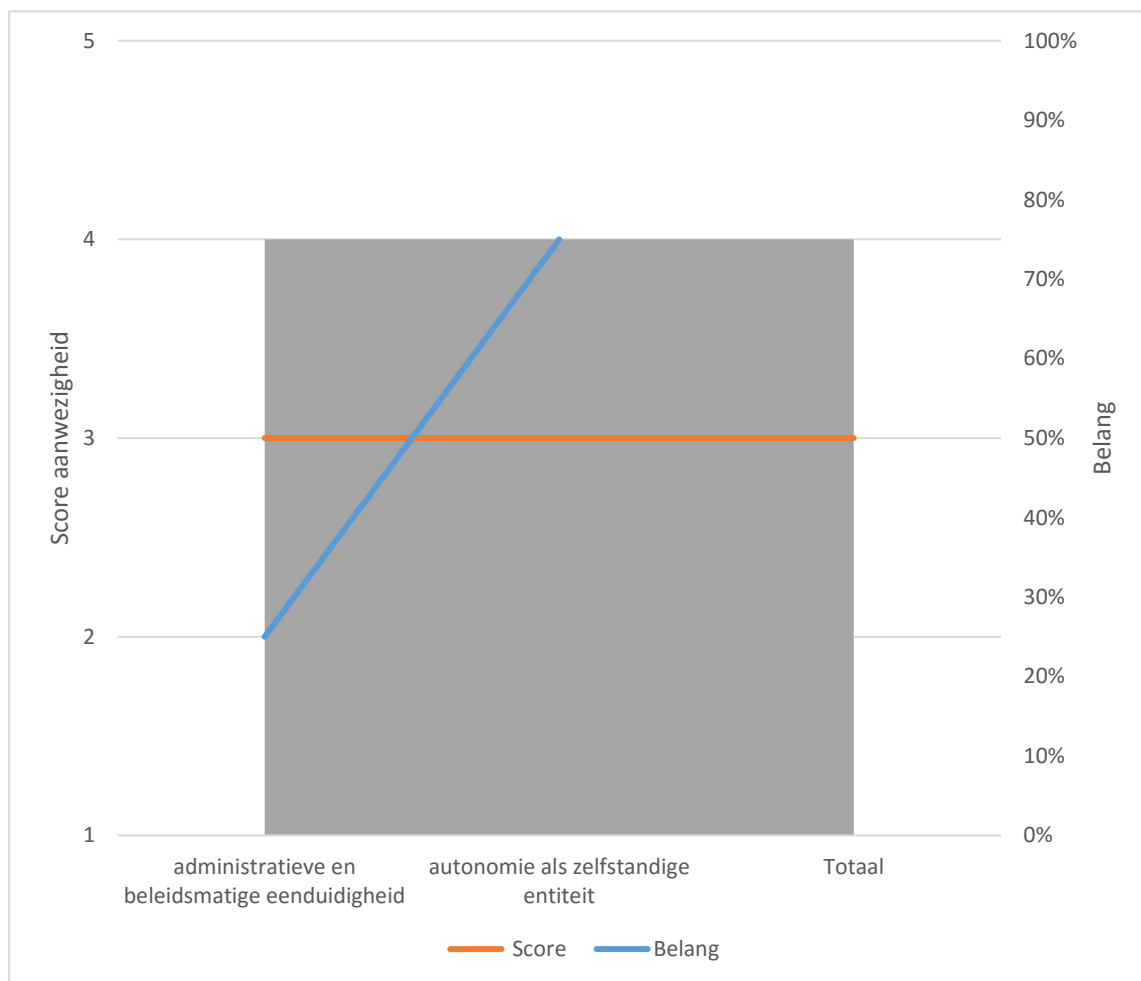


Figuur 54 Resultaten netwerk binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

5.1.8 Volwaardige positionering

We merken een grote kloof op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om volwaardige positionering mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt en investeringen zich opdringen. Figuur 55 geeft een overzicht van de resultaten.

Opvallend bij dit doel is dat alle twee de factoren even aanwezig zijn volgens de respondenten (score 3). Ze verschillen echter wel sterk van elkaar in mate van belang. Autonomie als zelfstandige entiteit blijkt de grootste prioriteit te zijn om het doel volwaardige positionering te kunnen behalen gelet op het belang van 75%. Hoewel administratieve en beleidsmatige eenduidigheid veel minder belangrijk gezien wordt door de respondenten, blijkt ook deze factor een belangrijk aandachtspunt indien men groei wil verwezenlijken.



Figuur 55 Resultaten volwaardige positionering binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

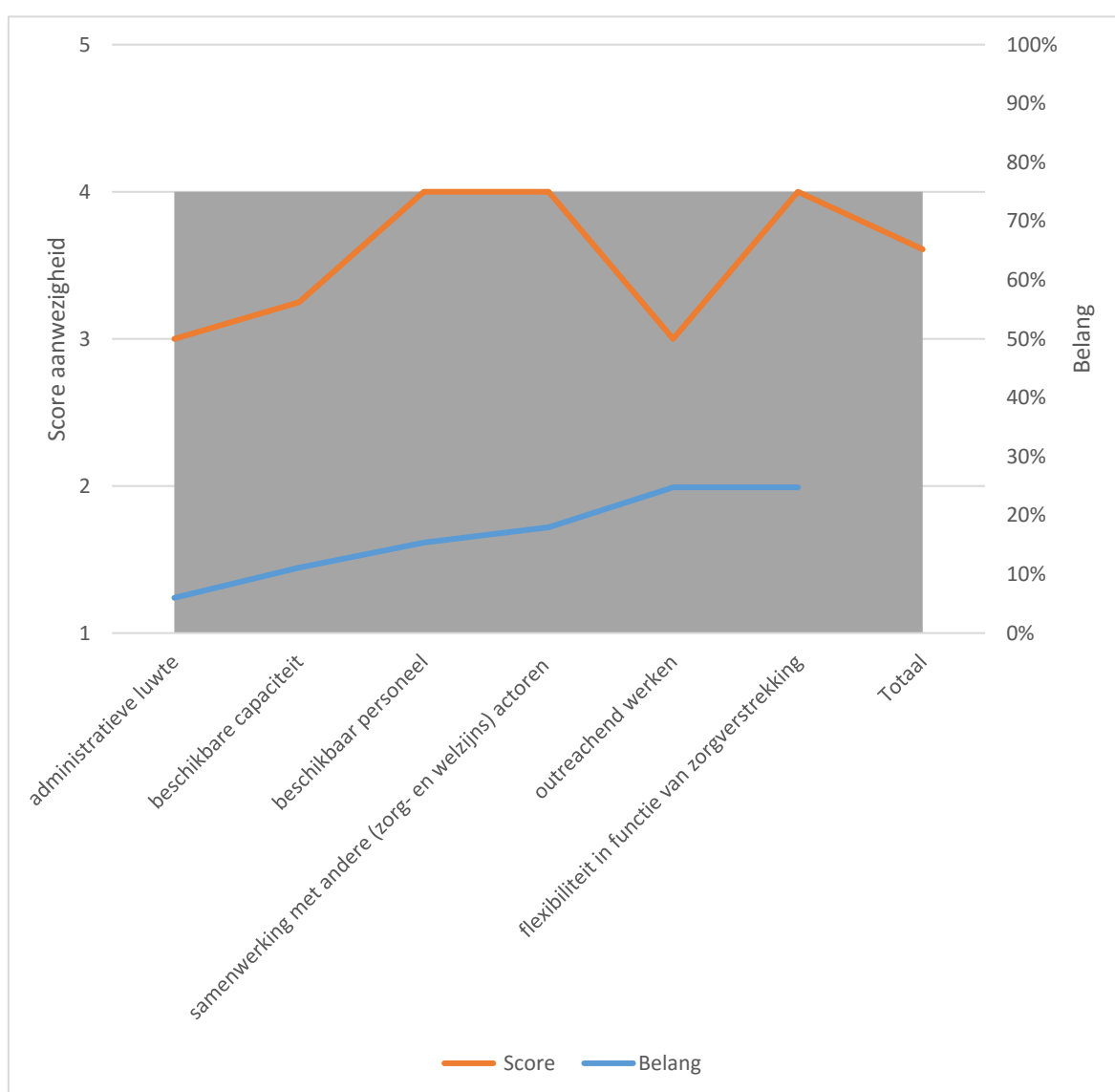


### 5.1.9 Adequate echelonnering

We merken geen relatie op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,6) en investeringen noodzakelijk zijn. Figuur 56 geeft een overzicht van de resultaten.

De hoofdprioriteit om in te investeren voor groei is outreachend werken gelet op de aanwezigheidsscore 3 en 25% belang. Hoewel veel minder belangrijk geacht (11% belang), blijkt ook extra aandacht nodig voor beschikbare capaciteit (score 3,25 en 11% belang).

Aangaande investeringen om de huidige good practices te behouden, leggen de respondenten vooral de nadruk op flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking (score 4, 25% belang) en op samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren (score 4, 18% belang). Verder is ook beschikbaar personeel een blijvend aandachtspuntje om het doel adequate echelonnering te behalen (score 4, 15% belang).



Figuur 56 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

## 5.2 Bespreking vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

### 5.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat het conventiedomein vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind de kwaliteitsnorm (score 4) niet haalt gezien de score van 3,33. Extra investeringen dringen zich op indien men de positie van het conventiedomein wenst te versterken.

### 5.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 40 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen beschouwd worden als de beleidsprioriteiten van dit domein. Van deze 40 prioriteiten zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Autonomie als zelfstandige entiteit;
2. Betrokkenheid als expert in een netwerk;
3. Casemanagement;
4. Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking;
5. Outreachend werken;
6. Administratieve en beleidsmatige eenduidigheid;
7. Intervisie en casuïstiek;
8. Ruimte voor zorgoverleg;
9. Samenwerking met andere zorgactoren;
10. Zorgcontinuïteit.

### 5.2.3 Prioritering

Tabel 14 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind.

De resultaten tonen aan dat een netwerk het hoogst op de agenda staat. Meer specifiek wijst onze analyse uit dat het grootste aandachtspunt van dit conventiedomein bestaat uit het creëren van ruimte voor zorgoverleg (4% belang en 60% groeimarge). Verder situeren de volgende werkpunten zich in:

- Het versterken van de autonomie als zelfstandige entiteit,
- Ruimte creëren voor casemanagement,
- Flexibiliteit in te bouwen in functie van de zorgverstrekking,
- Het aanreiken van tools om outreachend te werken;
- Ruimte creëren voor samenwerking;
- Duidelijke regelgeving en rolbepalingen;

Onderzoek staat binnen dit conventiedomein niet bovenaan de agenda (2% belang), echter blijkt deze factor nog een spectaculaire groeimarge te bezitten (80% groeipotentieel). Het is dan ook aangeraden om een extra inspanning te leveren op vlak van de mogelijkheid om deel te nemen aan onderzoek. Een ander werkpunt van dit conventiedomein blijkt de facilitatie van een snelle instroom te zijn, gelet op het belang van 2% en de groeimarge van 60%.

Tabel 14 Samenvattende tabel Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

Factor	Doel	Aanwezigheid (a)	Factor (b)	Doel (c)	Aanwezigheid (d)	Factor (e)
<b>Autonomie als zelfstandige entiteit</b>	<b>Volwaardige positionering</b>	<b>3,0</b>	<b>75%</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>	<b>60%</b>
Betrokkenheid als expert in een netwerk	Perinataal werken	4,0	57%	10%	6%	80%
<b>Casemanagement</b>	<b>Adequate interventie - Aansluiting aanbod op vraag</b>	<b>3,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>5%</b>	<b>60%</b>
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	4,0	25%	18%	4%	80%
<b>Outreaching werken</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>3,0</b>	<b>25%</b>	<b>18%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
<b>Administratieve en beleidsmatige eenduidigheid</b>	<b>Volwaardige positionering</b>	<b>3,0</b>	<b>25%</b>	<b>17%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
Intervisie en casuïstiek	Netwerk	4,0	25%	16%	4%	80%
<b>Ruimte voor zorgoverleg</b>	<b>Netwerk</b>	<b>2,0</b>	<b>25%</b>	<b>16%</b>	<b>4%</b>	<b>40%</b>
Samenwerking met andere zorgactoren	Netwerk	3,5	25%	16%	4%	70%
Zorgcontinuïteit	Netwerk	4,0	25%	16%	4%	80%
Vroegdetectie en vroeginterventie	Perinataal werken - Adequate interventie	3,0	NvT	NvT	3%	60%
Betrokkenheid als essentiële netwerkpartner (als kenniscentrum)	Expertisecentrum	3,0	23%	14%	3%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	4,0	18%	18%	3%	80%
Centralisatie van informatie en documentatie	Expertisecentrum	3,0	21%	14%	3%	60%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	4,0	15%	18%	3%	80%
Adequate indicatiestelling	Aansluiting aanbod op vraag	4,0	17%	14%	3%	80%
Risico assessment	Aansluiting aanbod op vraag	3,0	17%	14%	2%	60%
Beschikbare capaciteit	Adequate echelonnering	3,3	11%	18%	2%	65%
Geven van gespecialiseerd advies en consultatie	Expertisecentrum	4,0	14%	14%	2%	80%
<b>Snelle instroom</b>	<b>Adequate interventie - Aansluiting aanbod op vraag</b>	<b>2,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>2%</b>	<b>40%</b>
<b>Onderzoek</b>	<b>Expertisecentrum</b>	<b>1,0</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>	<b>2%</b>	<b>20%</b>
Echelonnering (cf. samenwerking 1e en 2e lijn zorg)	Aansluiting aanbod op vraag	4,0	12%	14%	2%	80%
Faciliteren van lotgenotencontact	Gespecialiseerde behandeling	4,0	23%	7%	2%	80%
Nabijheid	Aansluiting aanbod op vraag	3,0	11%	14%	2%	60%
Ondersteuning en opleiding van andere zorgactoren	Expertisecentrum	3,0	11%	14%	2%	60%
Mogelijkheid tot het cumuleren van zorgtrajecten	Perinataal werken	4,0	14%	10%	1%	80%
Sensibilisering	Expertisecentrum	3,0	9%	14%	1%	60%
Rol als kennis- en opleidingscentrum	Gespecialiseerde behandeling	4,0	18%	7%	1%	80%
Reflectieve interventie	Gespecialiseerde behandeling	4,0	18%	7%	1%	80%
Expertisedeling	Expertisecentrum	3,0	9%	14%	1%	60%
Administratieve luwte	Adequate echelonnering	3,0	6%	18%	1%	60%
Voldoende gespecialiseerde capaciteit	Aansluiting aanbod op vraag	4,0	7%	14%	1%	80%
<b>Vlotte en optimale turnover (cf. instroom/uitstroom)</b>	<b>Adequate interventie</b>	<b>3,0</b>	<b>22%</b>	<b>4%</b>	<b>1%</b>	<b>60%</b>
Medisch-psychiatrische expertise van het volledige team	Gespecialiseerde behandeling	4,0	11%	7%	1%	80%
Betrokkenheid van de context	Gespecialiseerde behandeling	4,0	11%	7%	1%	80%
Een transdisciplinaire werking en multidisciplinaire samenstelling team	Gespecialiseerde behandeling	4,0	9%	7%	1%	80%
Integratie maternaal en infant mentaal health en de partner	Gespecialiseerde behandeling	4,0	8%	7%	1%	80%
Flexibiliteit aanbod	Adequate interventie	3,0	10%	4%	0%	60%
Perinataal werken	Adequate interventie	4,0	8%	4%	0%	80%
Voldoende capaciteit en aanbod	Adequate interventie	3,0	7%	4%	0%	60%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

#### 5.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Als doel verdient adequate echelonnering dan ook extra aandacht. Tabel 15 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van de Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind.

De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren vooral het kunnen outreachend werken prioritair is, gelet op het belang van 4% en een groeimarge van 40%. Werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich in dit conventiedomein vooral in:

- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het verhogen van de capaciteit;
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 15 Adequate echelonnering Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind

Factor	Belang	Bijdrage succes
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	4%	80%
Outreachend werken	4%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	3%	80%
Beschikbaar personeel	3%	80%
Beschikbare capaciteit	2%	65%
Administratieve luwte	1%	60%

## 6 Referentiecentra voor autisme

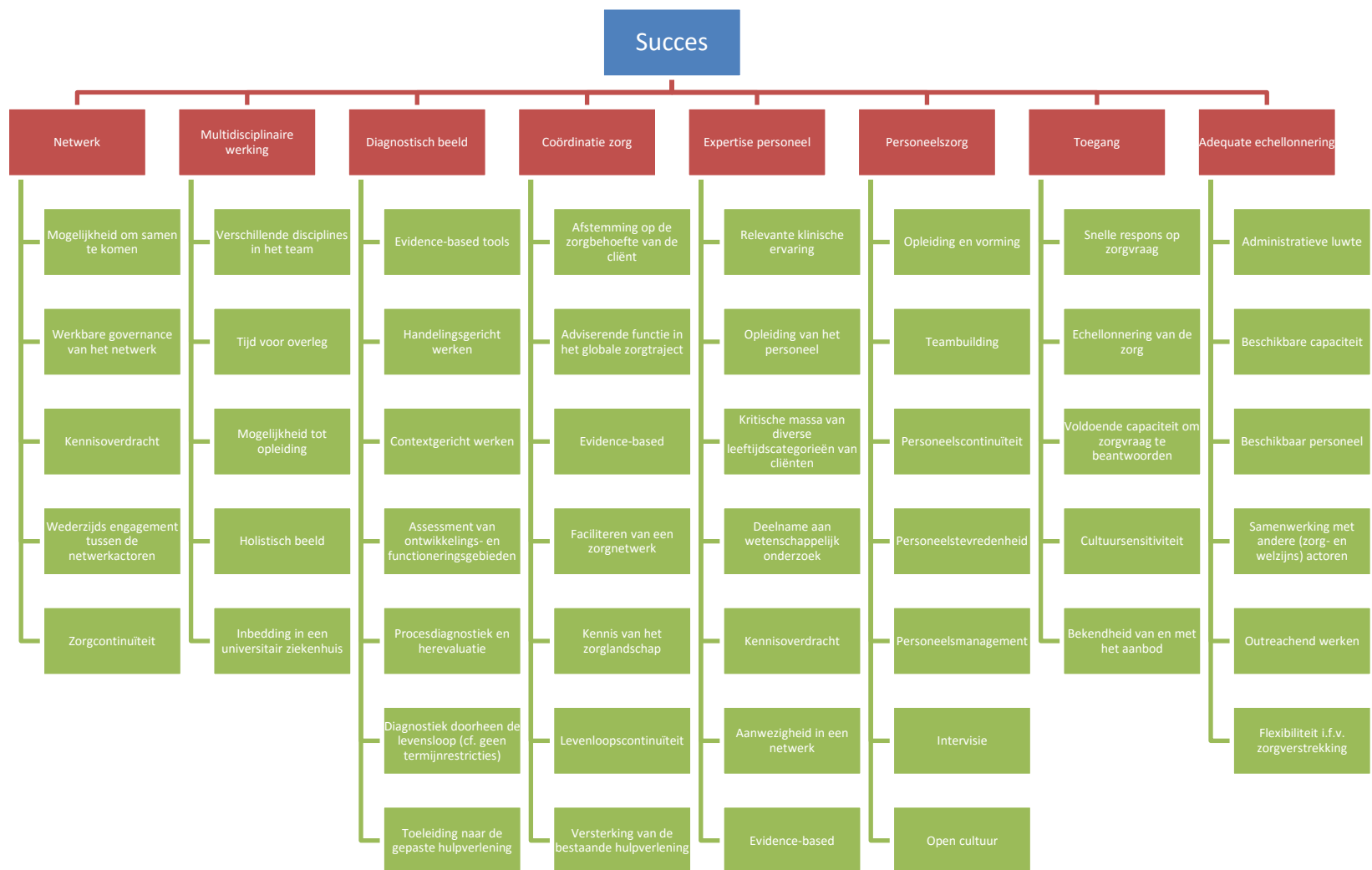
### 6.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.74.6 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Netwerk;
2. Multidisciplinaire werking;
3. Diagnostisch beeld;
4. Coördinatie van de zorg;
5. Expertise van het personeel;
6. Personeelszorg;
7. Toegang;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een referentiecentrum voor autisme multidisciplinair werken en de zorg coördineren, alsook een netwerk hebben of er deel van uitmaken. Het stellen van een diagnostisch beeld is een ander cruciaal element van een succesvol referentiecentrum voor autisme. Expertise van het personeel, maar ook hun welzijn is elementair in hun werking. Aandacht voor de toegang is dan weer een ander belangrijk aspect die belangrijk is in een goede draaiend referentiecentrum voor autisme. Tot slot is ook aandacht voor adequate echelonnering noodzakelijk om succes te behalen met een revalidatiecentrum binnen het conventiedomein 7.74.6.

Voor elk van deze hoofdoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (subprioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en succesvol te zijn met het revalidatiecentrum binnen dit respectievelijke conventiedomein. Het volgende overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 57 Schematisch overzicht boomstructuur Referentiecentra voor autisme

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investerings om te groeien’ en anderzijds ‘investerings om te behouden’.

### 6.1.1 Succes

Algemeen merken we een omgekeerde tendens op tussen enerzijds aanwezigheid en anderzijds belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein Referentiecentra voor autisme. Figuur 58 geeft een overzicht van de resultaten.

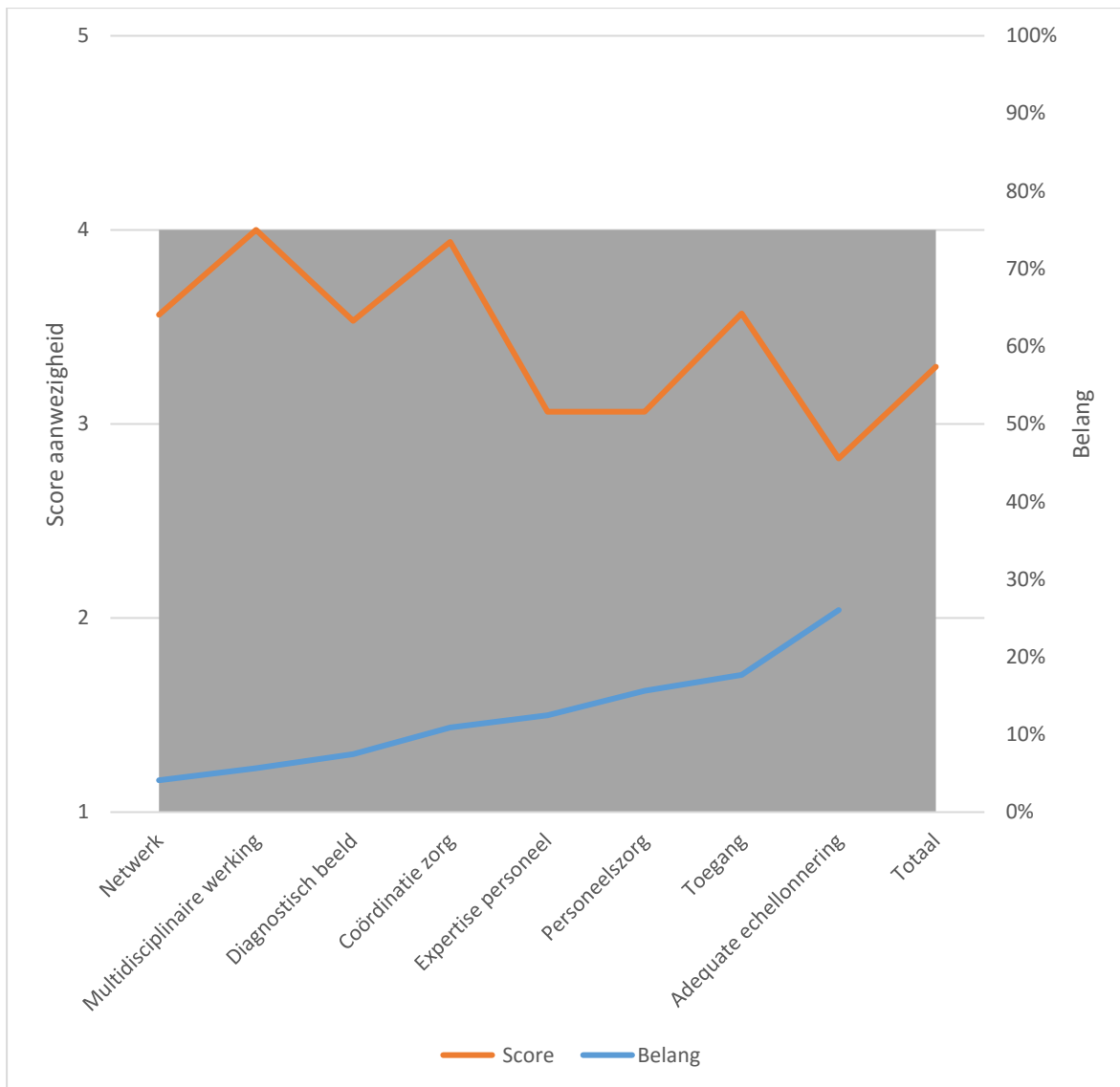
Indien men het succes van het conventiedomein wil vergroten, dient er met voorsprong extra aandacht besteed te worden aan adequate echelonnering gelet op de aanwezigheidsscore 2,82 en 26% belang. Daarnaast zijn meer investeringen noodzakelijk in toegang (aanwezigheidsscore 3,57%, 18% belang) en personeelszorg (aanwezigheidsscore 3,06, 16% belang) dan wat nu het geval is.

Multidisciplinair werken wordt verder als good practice aangegeven om in te investeren om de huidige situatie te behouden (aanwezigheidsscore 4, 6% belang).

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein de target niet haalt (score 3,29). Concreet identificeren we zeven doelen waar binnen het conventiedomein extra aandacht aan moet geschonken worden:

- Adequate echelonnering;
- Personeelszorg;
- Expertise personeel;
- Toegang;
- Diagnostisch beeld;
- Coördinatie zorg;
- Netwerk.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



Figuur 58 Resultaten succes binnen het domein van referentiecentra voor autisme

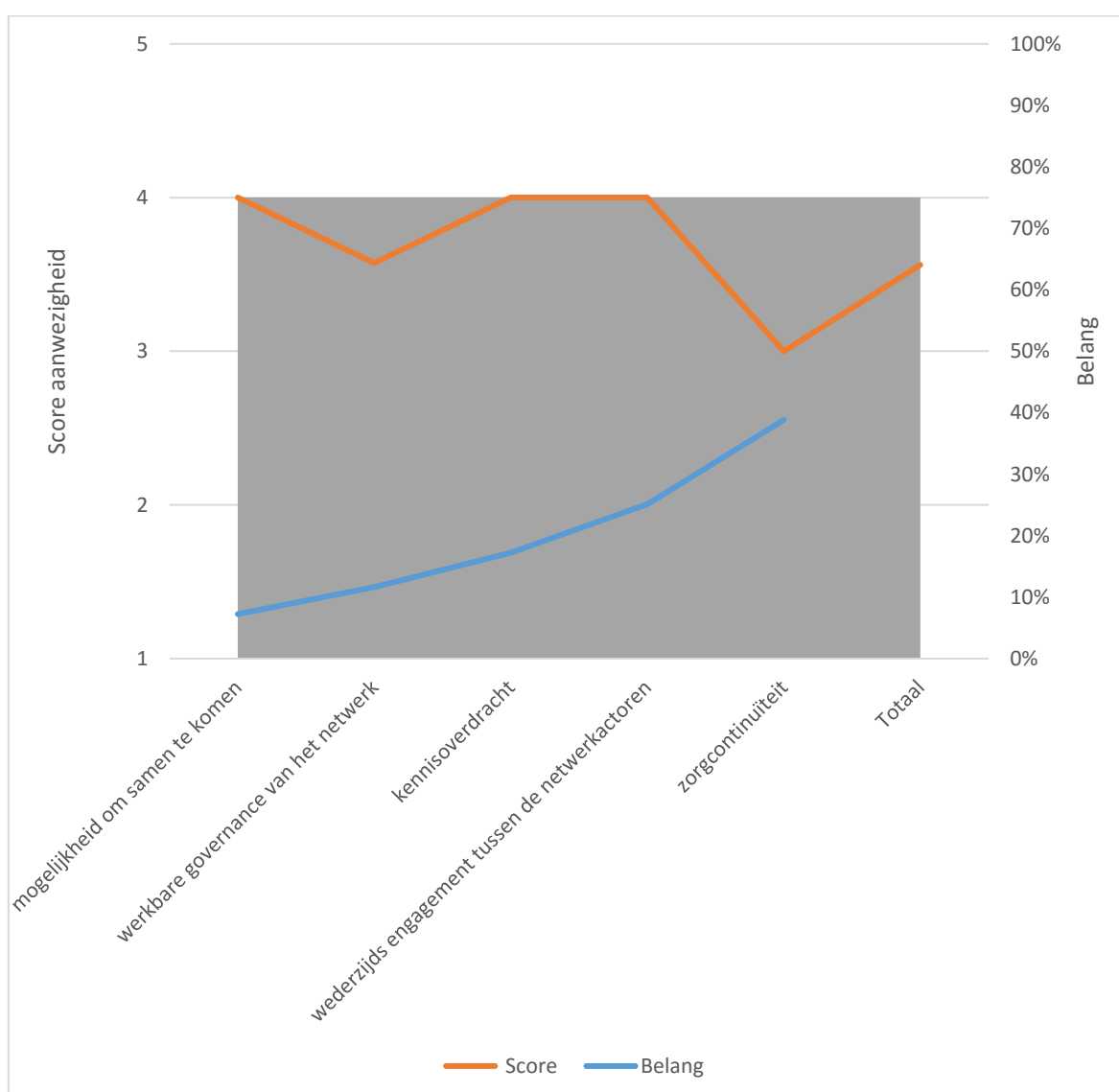


### 6.1.2 Netwerk

We merken geen gelijke trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een netwerk te creëren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,56) en extra inspanningen zich opdringen om te slagen in het krijgen en deel uit te maken van een netwerk. Figuur 59 geeft een overzicht van de resultaten.

Zorgcontinuïteit blijkt met ruime voorsprong de hoofdprioriteit te zijn om beter het doel te kunnen behalen (aanwezigheidsscore 3, 39% belang). Verder is er ook extra aandacht nodig voor een werkbare governance van het netwerk indien men groei wil verwezenlijken binnen het conventiedomein (aanwezigheidsscore 3,57, 12% belang).

Wederzijds engagement tussen de netwerkactoren vraagt prioritair een investering gericht op het behoud van de huidige situatie (score 4, 25% belang). Ook voor kennisoverdracht dient aandacht te zijn om de status quo te behouden (score 4, 17% belang).

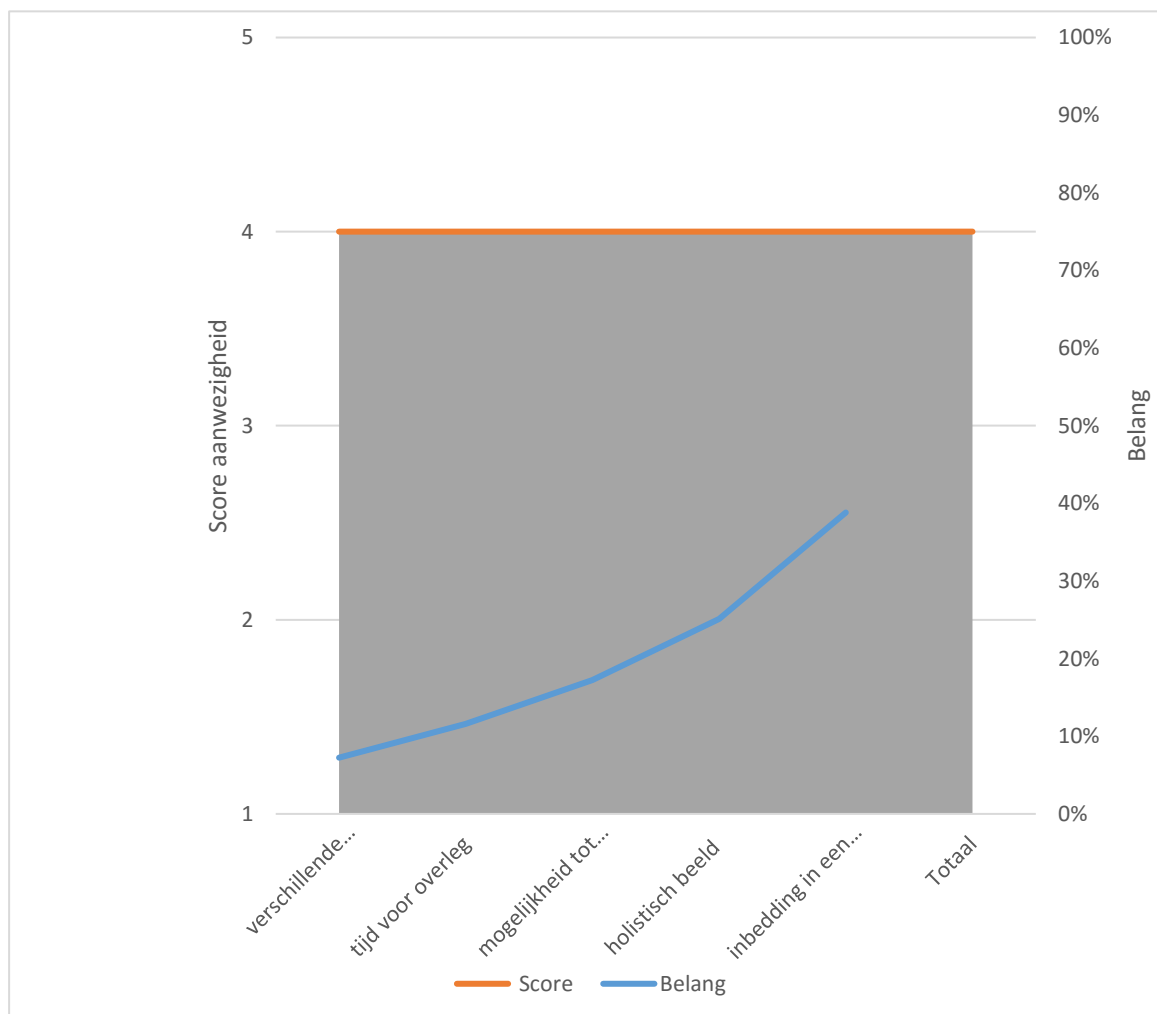


Figuur 59 Resultaten netwerk binnen het domein referentiecentra voor autisme

### 6.1.3 Multidisciplinaire werking

We zien geen relatie tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een multidisciplinaire werking te realiseren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Globaal zien we dat het doel de kwaliteitsnorm haalt met een score van 4. Investeringsdienen zich dan ook te richten op behoud en veel minder op groei. Figuur 60 geeft een overzicht van de resultaten.

Opvallend is dat de respondenten aangeven dat alle factoren ruim aanwezig zijn binnen het conventiedomein gezien ze allen 4 scoren op aanwezigheid. We kunnen echter wel verder prioriteren door belang in beschouwing te nemen. Inbedding in een universiteit blijkt met ruime voorsprong de hoofdprioriteit te zijn om te investeren voor behoud (39% belang). Daarnaast is ook blijvend aandacht nodig voor een holistisch beeld (25% belang) en de mogelijkheid tot opleiding (17% belang) indien men de huidige situatie wil behouden binnen het conventiedomein.



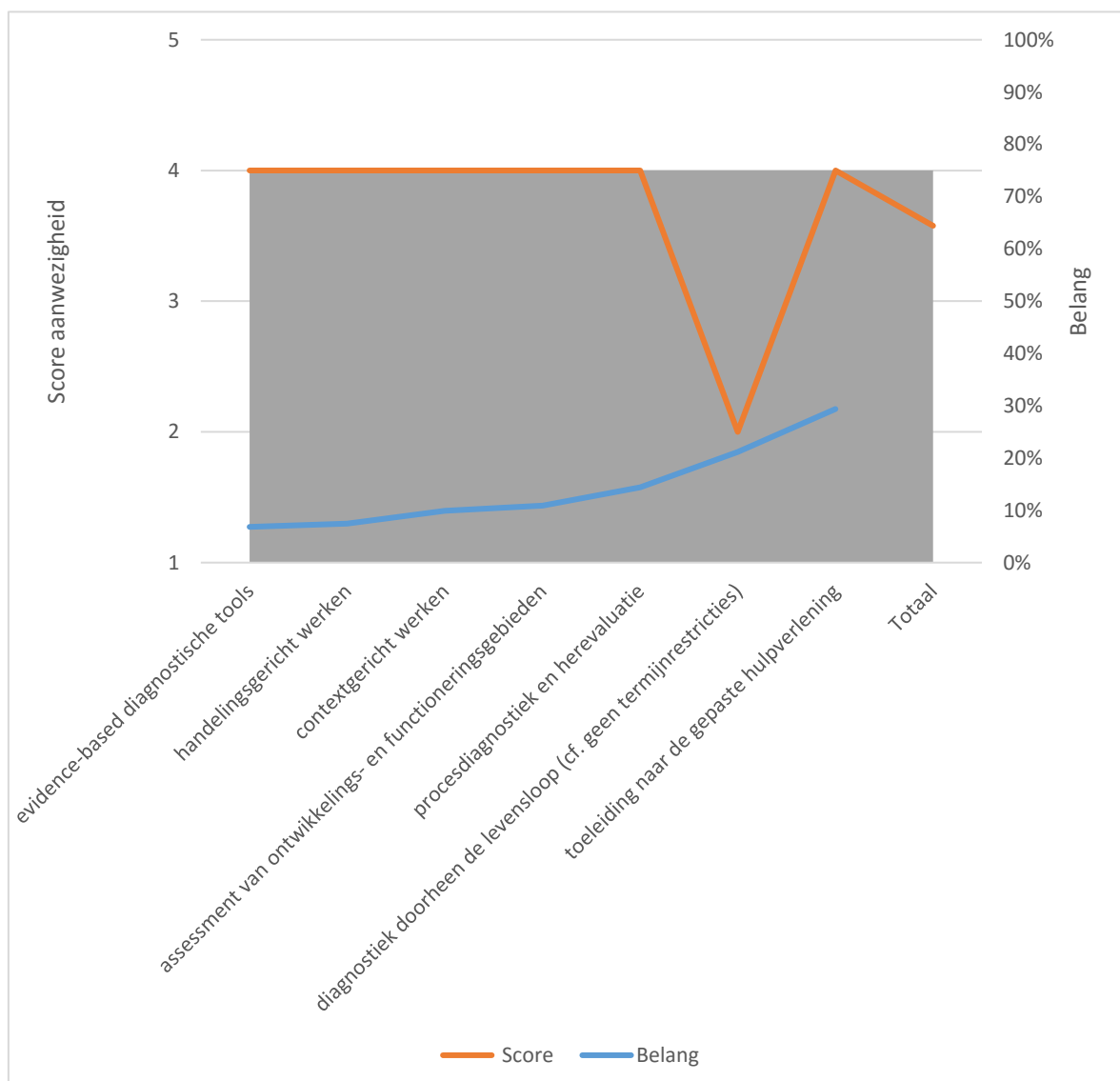
Figuur 60 Resultaten multidisciplinaire werking binnen het domein referentiecentra voor autisme

#### 6.1.4 Diagnostisch beeld

We merken geen relatie op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om het doel 'diagnostisch beeld' te behalen binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Globaal zien we dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,57) bijgevolg zijn investeringen noodzakelijk. Figuur 61 geeft een overzicht van de resultaten.

Diagnostiek doorheen de levensloop blijkt het minst aanwezig te zijn binnen het conventiedomein met een score van 2, echter wordt het zeer belangrijk geacht (21% belang). Extra beleidsaandacht is hier dan ook nodig om succes te bereiken met het doel.

Toeleiding naar de gepaste hulpverlening wordt met stip door de respondenten aangeduid als prioritaire investering gericht op het behoud van de huidige situatie (score 4, 29% belang). Ook voor 'procesdiagnostiek en herevaluatie' en 'assessment van ontwikkelings- en functioneringsgebieden' dient aandacht te zijn opdat de huidige good practices behouden kunnen blijven (score 4, resp. 14% en 11% belang).



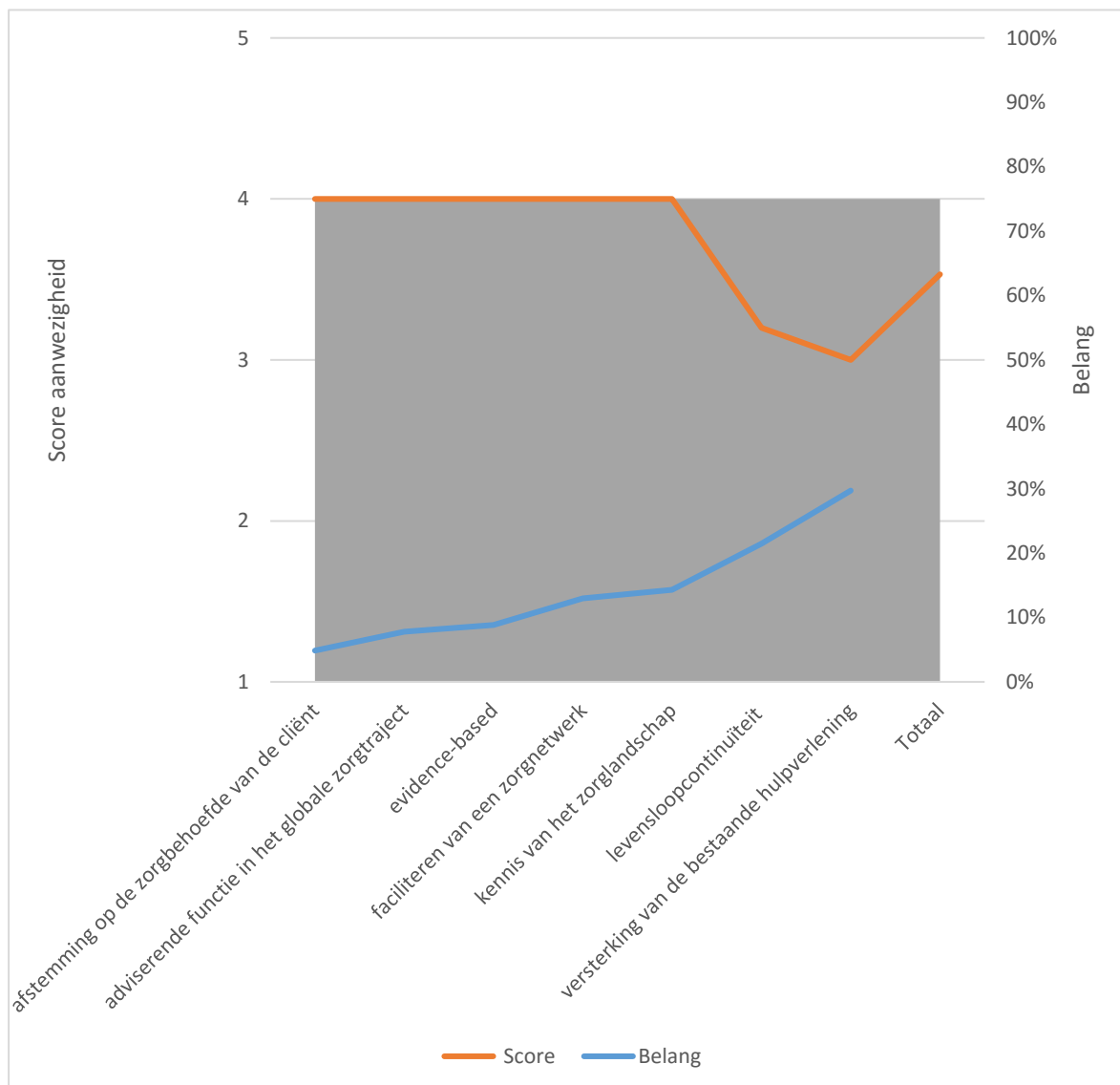
Figuur 61 Resultaten diagnostisch beeld binnen het domein referentiecentra voor autisme

6.1.5 Coördinatie zorg

We merken een omgekeerde tendens op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om coördinatie van de zorg te kunnen bewerkstelligen binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Met andere woorden, factoren die het belangrijkste geacht worden, scoren het slechtst op vlak van aanwezigheid. Globaal merken we op dat dit doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,5) waardoor investeringen aangewezen zijn. Figuur 62 geeft een overzicht van de resultaten.

Om de coördinatie van de zorg te versterken dienen er extra inspanningen geleverd te worden met betrekking tot de twee meest cruciale factoren. Meer bepaald dient de bestaande hulpverlening sterk ondersteunt te worden gelet op de score van 3 en het belang van 30%. Verder dient men ook extra aandacht te besteden aan de levensloopcontinuïteit (score 3,5, 21% belang).

Investeringen gericht op het behoud van de huidige, positieve situatie dienen zich te focussen op de kennis van het zorglandschap (score 4, 14% belang) en het faciliteren van een zorgnetwerk (score 4, 13% belang).



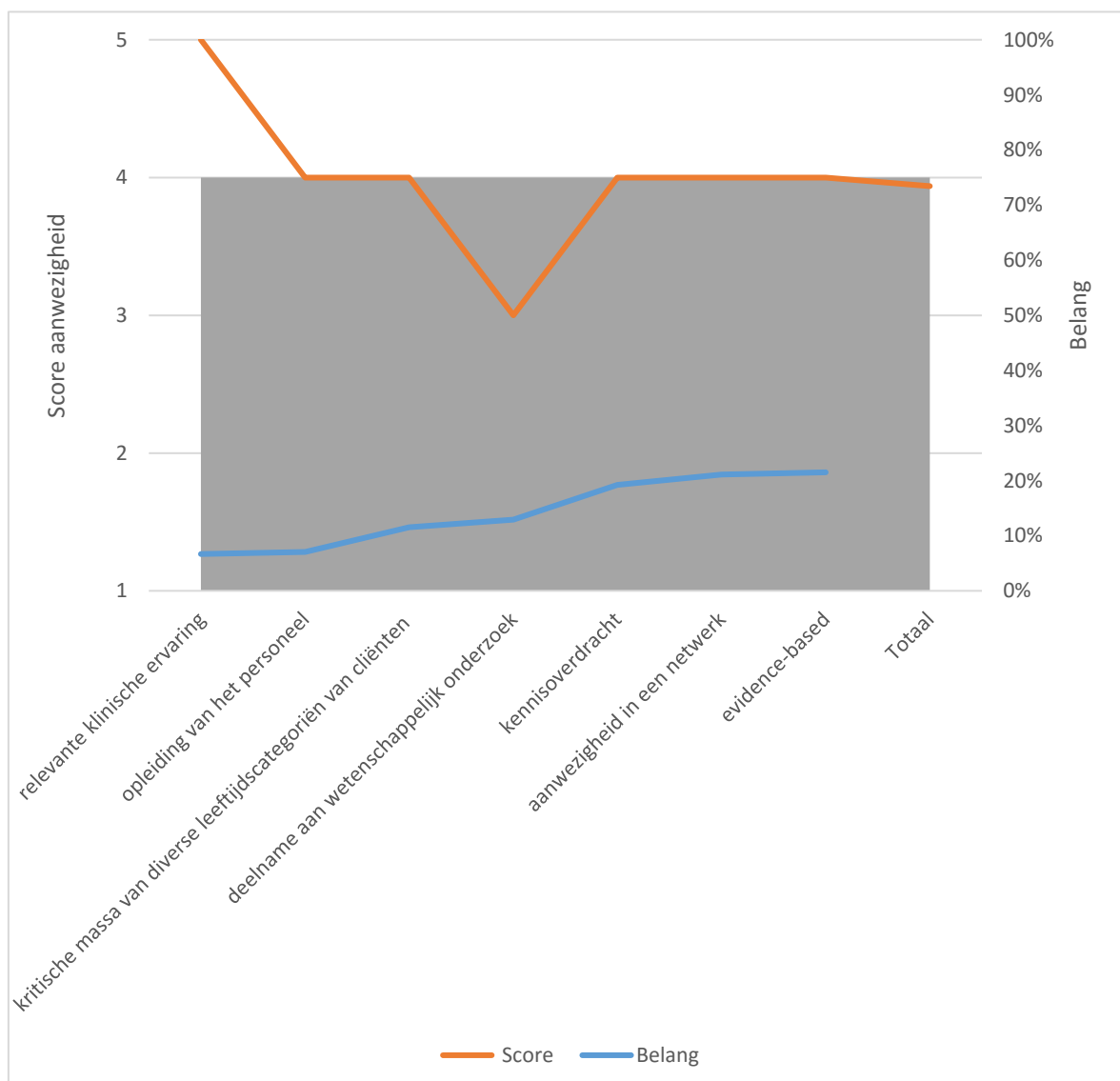
Figuur 62 Resultaten coördinatie van de zorg binnen het domein referentiecentra voor autisme

### 6.1.6 Expertise personeel

Er blijkt geen eenduidige relatie te zijn tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om expertise van het personeel te realiseren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm balanceert rond de kwaliteitsnorm met een score 3,9 waardoor vooral investeringen aangewezen zijn met het oog op het behoud van de huidige best en good practices. Figuur 63 geeft een overzicht van de resultaten.

Om expertise van het personeel te versterken dienen er extra inspanningen geleverd te worden met betrekking tot de deelname aan wetenschappelijk onderzoek (aanwezigheidsscore 3, 13% belang).

Investeringen gericht op het behoud van de huidige, positieve situatie dienen zich te focussen op de evidence-based (aanwezigheidsscore 4, 22% belang), aanwezigheid in een netwerk (aanwezigheidsscore 4, 21%) en kennisoverdracht (aanwezigheidsscore 4, 19% belang). Hoewel het minst belangrijkste geacht, is ook blijvende aandacht voor relevante klinische ervaring zaak om de expertise van het personeel op peil te houden (aanwezigheidsscore 5, 7% belang).



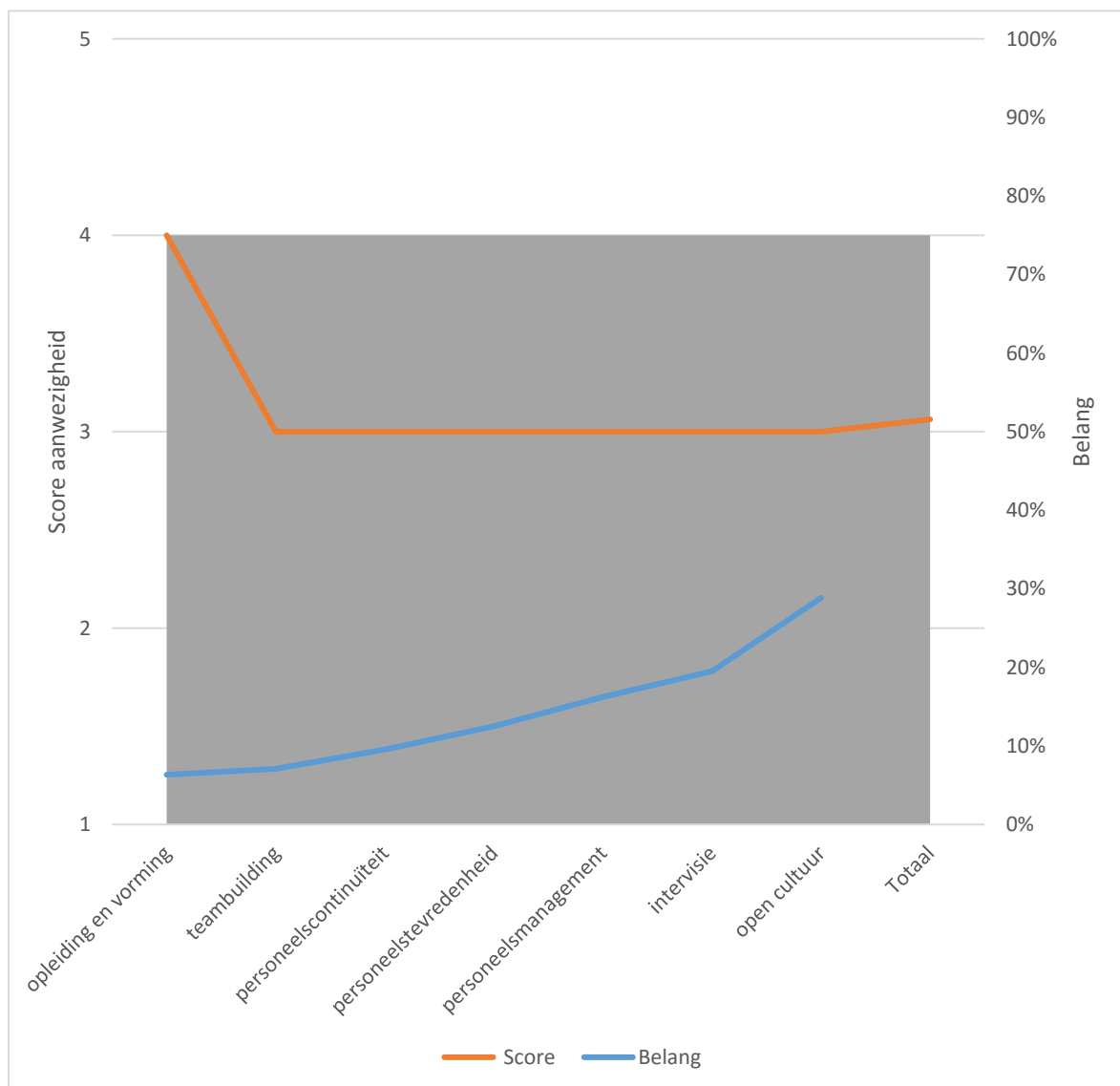
Figuur 63 Resultaten expertise van het personeel binnen het domein referentiecentra voor autisme

### 6.1.7 Personeelszorg

We nemen geen globale trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om personeelszorg te realiseren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. Globaal zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,2) waardoor vooral investeringen aangewezen zijn met het oog op het behoud van de huidige best en good practices. Figuur 64 geeft een overzicht van de resultaten.

Een open cultuur is de grootste prioriteit waaraan meer aandacht dient besteed te worden dan nu het geval is (score 3, 29% belang). Daarnaast dienen er extra inspanningen geleverd te worden met betrekking tot intervisie (score 3, 19% belang) en personeelsmanagement (score 3, 16% belang).

Onze analyses geven aan dat opleiding en vorming als enige factor een investering vergt die gericht is op het behoud van de huidige situatie (aanwezigheidsscore 4, 6% belang).



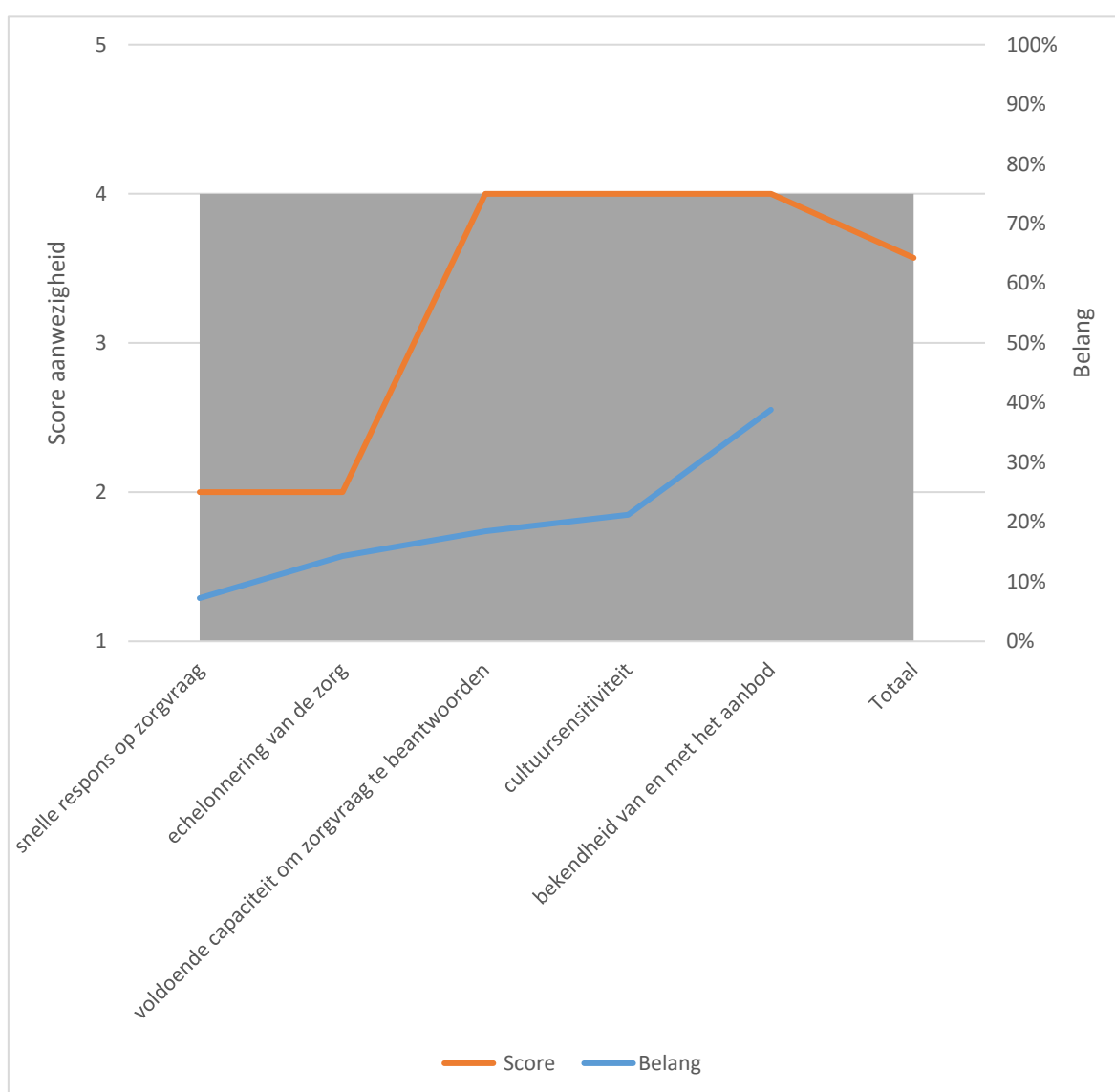
Figuur 64 Resultaten personeelszorg binnen het domein referentiecentra voor autisme

### 6.1.8 Toegang

We merken geen globale trend op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om toegang te realiseren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,57). Figuur 65 geeft een overzicht van de resultaten.

Echelonnering van de zorg is de grootste prioriteit waaraan meer aandacht dient besteed te worden dan nu het geval is (aanwezigheidsscore 2, 14% belang). Daarnaast dringen extra inspanningen zich op in het licht van een snelle respons op een zorgvraag (aanwezigheidsscore 2, 7% belang).

De nadruk bij het doel 'toegang' ligt voornamelijk op investeringen die gericht zijn op het behoud van de huidige situatie. Bekendheid van en met het aanbod blijkt de grootste prioriteit voor behoud te zijn met een aanwezigheidsscore van 4 en een belang van 39%. Daarnaast blijkt aan blijvende aandacht voor cultuursensitiviteit aan de orde (aanwezigheidsscore 4, 21% belang), net zoals voldoende capaciteit om de zorgvraag te beantwoorden (aanwezigheidsscore 4, 18% belang).



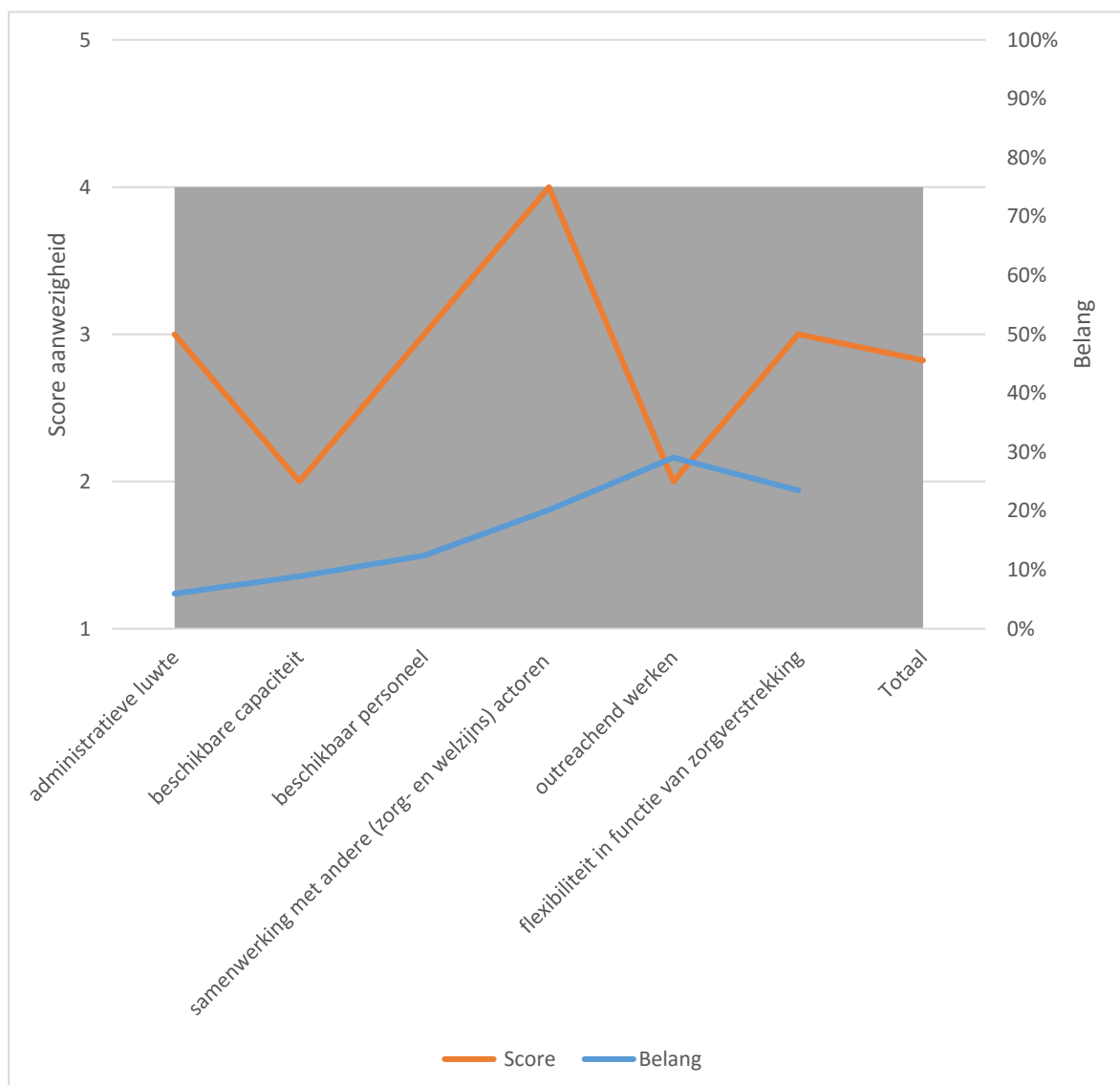
Figuur 65 Resultaten toegang binnen het domein referentiecentra voor autisme

### 6.1.9 Adequate echelonnering

We merken geen globale tendens op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering te realiseren binnen het domein van referentiecentra voor autisme. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm ruim niet haalt (score 2,83); bijgevolg zijn voornamelijk extra investeringen noodzakelijk. Figuur 66 geeft een overzicht van de resultaten.

Outreachend werken wordt door de respondenten met stip aangeduid als de grootste prioriteit waaraan meer aandacht dient besteed te worden dan nu het geval is (aanwezigheidsscore 2, 29% belang). Daarnaast dringen extra inspanningen zich op in het licht flexibiliteit in functie van zorgverstrekkingen (aanwezigheidsscore 3, 24% belang). Ook beschikbaarheid van het personeel verdient meer aandacht om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het conventiedomeinen (aanwezigheidsscore 3, 12% belang).

Investerings voor behoud gaan hier enkel over de samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren die het niet slecht doet met een score van 4 en 20% aan belang.



Figuur 66 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein referentiecentra voor autisme



## 6.2 Bespreking Referentiecentra voor autisme

### 6.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat het conventiedomein Referentiecentra voor autisme de kwaliteitsnorm (score 4) niet haalt gezien de score van 3,29. Extra investeringen dringen zich op indien men de positie van het conventiedomein wenst te versterken.

### 6.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 47 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen gepercipieerd worden als de prioriteiten bij uitstek van het conventiedomein Referentiecentra voor autisme. Van deze 47 prioriteiten, zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Outreachend werken;
2. Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking;
3. Open cultuur;
4. Echelonnering van de zorg;
5. Beschikbare capaciteit;
6. Bekendheid van en met het aanbod;
7. Versterking van de bestaande hulpverlening;
8. Beschikbaar personeel;
9. Intervisie;
10. Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren.

### 6.2.3 Prioritering

Tabel 16 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Referentiecentra voor autisme.

Het conventiedomein scoort bijzonder goed op factoren die minder hoog op de agenda staan; dit in contrast met deze die hoog op de agenda staan (acht op tien van de belangrijkste succesfactoren scoren minder goed) en bijgevolg heel wat groeipotentieel vertonen. Meer specifiek wijst onze analyse uit dat de grootste aandachtspunten van dit conventiedomein bestaan uit investeringen om tools ter beschikking te stellen om outreachend te kunnen werken (8% belang, 60% groeimarge), de echelonnering van de zorg te verhogen (3% belang, 60% groeimarge) en de capaciteit te verhogen (2% belang, 60% groeimarge). Extra beleidsinspanningen zijn hier dan ook aanbevolen.

Andere werkpunten van het conventiedomein betreffen het opheffen van termijnrestricties voor het stellen van diagnose en het stimuleren van een snelle respons op een zorgvraag.

Tabel 16 Samenvattende tabel referentiecentra voor autisme

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
<b>Outreaching werken</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>29%</b>	<b>26%</b>	<b>8%</b>	<b>40%</b>
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	3,0	24%	26%	6%	60%
Open cultuur	Personeelszorg	3,0	29%	16%	5%	60%
<b>Echelonnering van de zorg</b>	<b>Toegang</b>	<b>2,0</b>	<b>14%</b>	<b>18%</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>
<b>Beschikbare capaciteit</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>9%</b>	<b>26%</b>	<b>2%</b>	<b>40%</b>
Bekendheid van en met het aanbod	Toegang	4,0	39%	18%	7%	80%
Versterking van de bestaande hulpverlening	Coördinatie zorg	3,0	30%	11%	3%	60%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	3,0	12%	26%	3%	60%
Intervisie	Personeelszorg	3,0	19%	16%	3%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	4,0	20%	26%	5%	80%
Personeelsmanagement	Personeelszorg	3,0	16%	16%	3%	60%
<b>Diagnostiek doorheen de levensloop (cf. geen termijnrestricties)</b>	<b>Diagnostisch beeld</b>	<b>2,0</b>	<b>21%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>	<b>40%</b>
Levensloopcontinuïteit	Coördinatie zorg	3,2	21%	11%	2%	64%
Personeelstevredenheid	Personeelszorg	3,0	12%	16%	2%	60%
<b>Snelle respons op zorgvraag</b>	<b>Toegang</b>	<b>2,0</b>	<b>7%</b>	<b>18%</b>	<b>1%</b>	<b>40%</b>
Cultuursensitiviteit	Toegang	4,0	21%	18%	4%	80%
Evidence-based	Expertise personeel - Coördinatie zorg	4,0	NvT	NvT	4%	80%
Voldoende capaciteit om zorgvraag te beantwoorden	Toegang	4,0	18%	18%	3%	80%
Deelname aan wetenschappelijk onderzoek	Expertise personeel	3,0	13%	12%	2%	60%
Zorgcontinuïteit	Netwerk	3,0	39%	4%	2%	60%
Administratieve luwte	Adequate echelonnering	3,0	6%	26%	2%	60%
Personeelscontinuïteit	Personeelszorg	3,0	10%	16%	1%	60%
Aanwezigheid in een netwerk	Expertise personeel	4,0	21%	12%	3%	80%
Kennisoverdracht	Expertise personeel - Netwerk	4,0	NvT	NvT	3%	80%
<b>Teambuilding</b>	<b>Personeelszorg</b>	<b>3,0</b>	<b>7%</b>	<b>16%</b>	<b>1%</b>	<b>60%</b>
Inbedding in een universitair ziekenhuis	Multidisciplinaire werking	4,0	39%	6%	2%	80%
Toeleiding naar de gepaste hulpverlening	Diagnostisch beeld	4,0	29%	7%	2%	80%
Kennis van het zorglandschap	Coördinatie zorg	4,0	14%	11%	2%	80%
Kritische massa van diverse leeftijdscategorieën van cliënten	Expertise personeel	4,0	12%	12%	1%	80%
Holistisch beeld	Multidisciplinaire werking	4,0	25%	6%	1%	80%
Faciliteren van een zorgnetwerk	Coördinatie zorg	4,0	13%	11%	1%	80%
Procesdiagnostiek en herevaluatie	Diagnostisch beeld	4,0	14%	7%	1%	80%
Wederzijds engagement tussen de netwerkactoren	Netwerk	4,0	25%	4%	1%	80%
Opleiding en vorming	Personeelszorg	4,0	6%	16%	1%	80%
Mogelijkheid tot opleiding	Multidisciplinaire werking	4,0	17%	6%	1%	80%
Opleiding van het personeel	Expertise personeel	4,0	7%	12%	1%	80%
Adviserende functie in het globale zorgtraject	Coördinatie zorg	4,0	8%	11%	1%	80%
Assessment van ontwikkelings- en functioneringsgebieden	Diagnostisch beeld	4,0	11%	7%	1%	80%
Contextgericht werken	Diagnostisch beeld	4,0	10%	7%	1%	80%
<b>Werkbare governante van het netwerk</b>	<b>Netwerk</b>	<b>3,6</b>	<b>12%</b>	<b>4%</b>	<b>0%</b>	<b>71%</b>
Tijd voor overleg	Multidisciplinaire werking	4,0	12%	6%	1%	80%
Handelingsgericht werken	Diagnostisch beeld	4,0	7%	7%	1%	80%
Afstemming op de zorgbehoefte van de cliënt	Coördinatie zorg	4,0	5%	11%	1%	80%
Evidence-based diagnostische tools	Diagnostisch beeld	4,0	7%	7%	1%	80%
Verschillende disciplines in het team	Multidisciplinaire werking	4,0	7%	6%	0%	80%
Mogelijkheid om samen te komen	Netwerk	4,0	7%	4%	0%	80%
Relevante klinische ervaring	Expertise personeel	5,0	7%	12%	1%	100%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scores. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

#### 6.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Dit doel vraagt dan ook extra aandacht. Tabel 17 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van Referentiecentra voor autisme.

De resultaten tonen aan dat adequate echelonnering heel hoog op de agenda staat om succesvol te zijn binnen het conventiedomein. Zoals ook in de voorgaande sectie prioritering aangegeven, is outreachend werken de voornaamste prioriteit van het conventiedomein. Meer specifiek, situeren de werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren zich in dit conventiedomein in:

- Flexibiliteit in te bouwen in de functie van de zorgverstrekker;
- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het aanwerven van extra personeel;
- Het verhogen van de capaciteit;
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 17 Adequate echelonnering Referentiecentra voor autisme

Factor	Belang	Bijdrage succes
Outreaching werken	8%	40%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	6%	60%
Beschikbare capaciteit	2%	40%
Beschikbaar personeel	3%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	5%	80%
Administratieve luwte	2%	60%

## 7 Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen

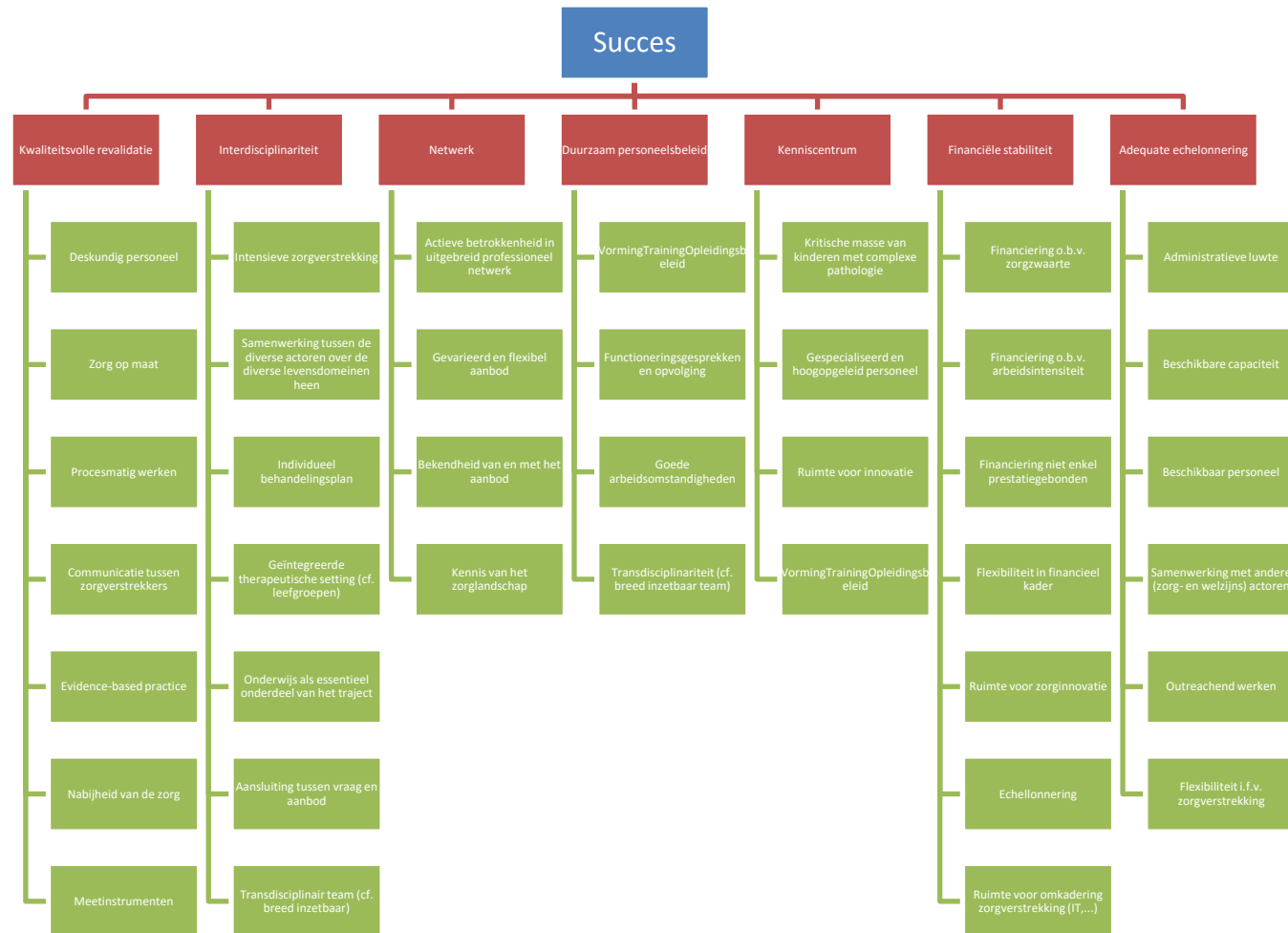
### 7.1 Raamwerk

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 7.76.5 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name zeven hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Kwaliteitsvolle revalidatie;
2. Interdisciplinariteit;
3. Netwerk;
4. Duurzaam personeelsbeleid;
5. Kenniscentrum;
6. Financiële stabiliteit;
7. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn dient Pulderbos kwaliteitsvolle revalidatie te bieden die interdisciplinair is en die gestoeld is op een financieel stabiel klimaat. Deel uitmaken van een netwerk is daarbij cruciaal, net zoals het voeren van een duurzaam personeelsbeleid. Om succesvol te zijn is het verder noodzakelijk dat Pulderbos zich kan positioneren als een kenniscentrum. Tot slot is ook het behalen van het doel adequate echelonnering een belangrijk element in de strijd om succes.

Voor elk van deze hoofddoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (sub-prioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en succesvol te zijn. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 67 Schematisch overzicht boomstructuur Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

### 7.1.1 Succes

Algemeen merken we een omgekeerde tendens op tussen enerzijds aanwezigheid en anderzijds belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. Met andere woorden, wat als belangrijk beschouwd wordt scoort het slechtst op mate van aanwezigheid. Dit is opvallend, gezien je in een ideale situatie het omgekeerde zou verwachten. Figuur 68 geeft een overzicht van de resultaten.

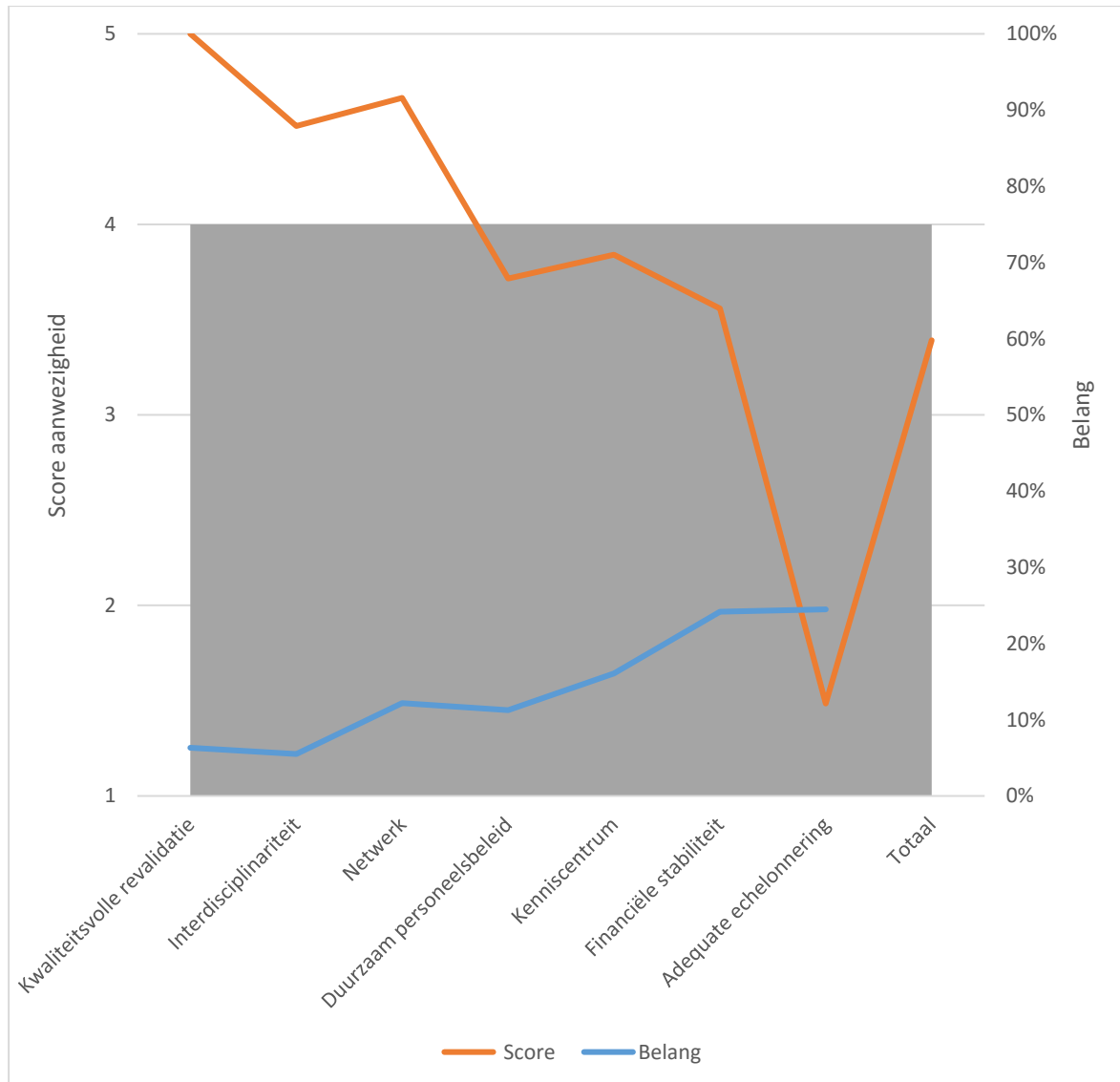
Indien men het succes van het conventiedomein wil vergroten, dient er met voorsprong extra aandacht besteed te worden aan adequate echelonnering gelet op de aanwezigheidsscore 1,5 en 24% belang. Daarnaast zijn meer investeringen noodzakelijk dan wat nu geïnvesteerd wordt om financiële stabiliteit te verkrijgen (aanwezigheidsscore 3,55%, 24% belang) en om een positionering als kenniscentrum sterker te maken (aanwezigheidsscore 3,83, 16% belang).

Een netwerk wordt verder als good practice aangegeven om in te investeren om de huidige situatie te behouden (aanwezigheidsscore 4,67, 12% belang). Ook interdisciplinariteit (aanwezigheidsscore 4,5, 6% belang) en kwaliteitsvolle revalidatie (aanwezigheidsscore 5, 6% belang) hebben nood aan blijvende aandacht.

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein de target niet haalt (score 3,4). Concreet identificeren we vier doelen waar binnen het conventiedomein extra aandacht aan moet geschonken worden:

- Adequate echelonnering;
- Financiële stabiliteit;
- Kenniscentrum;
- Duurzaam personeelsbeleid.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.

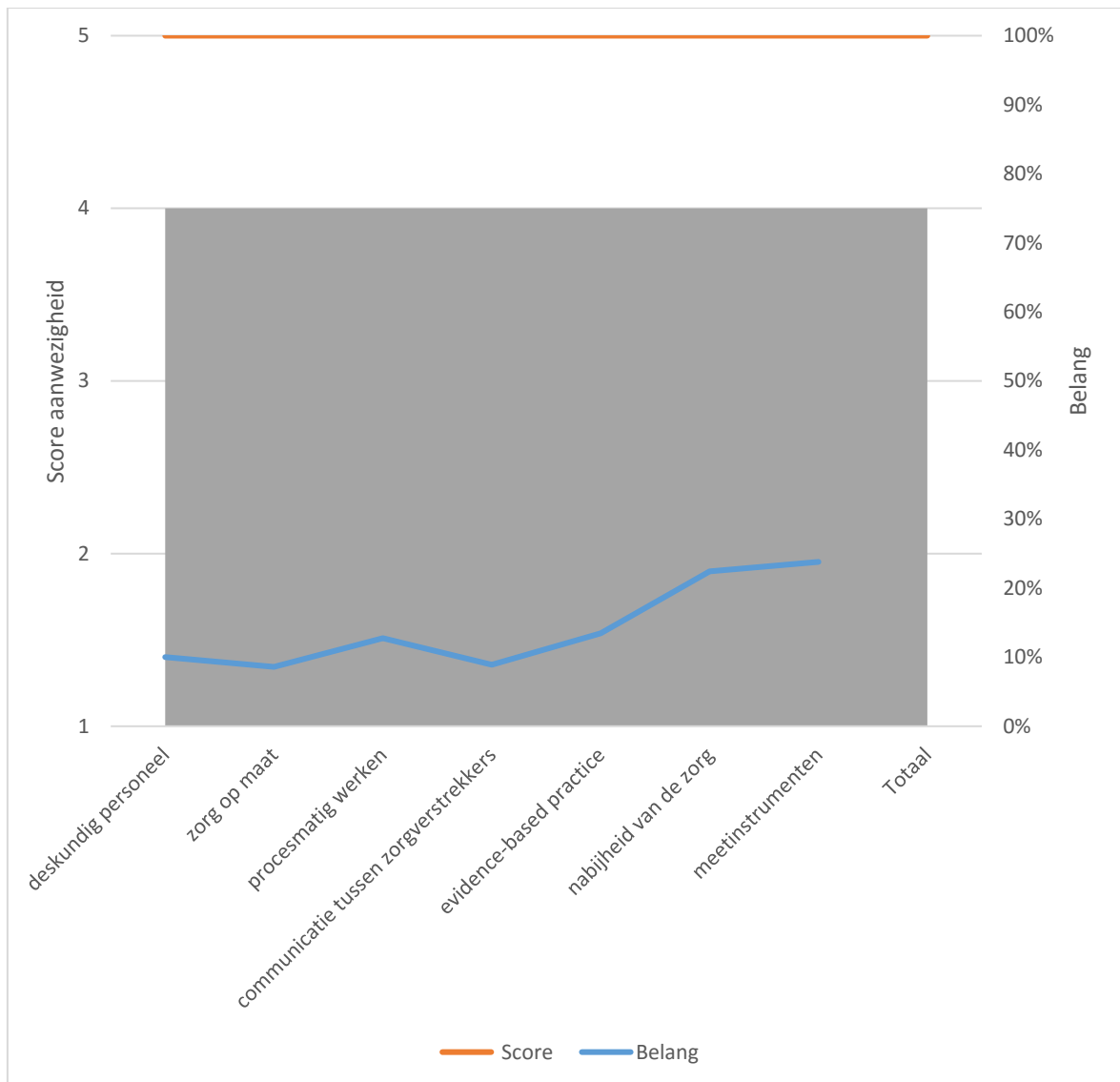


Figuur 68 Resultaten succes binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

### 7.1.2 Kwaliteitsvolle revalidatie

We merken geen gelijke tendens op tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om kwaliteitsvolle revalidatie te realiseren binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. In het algemeen zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm ruimschoots haalt met een aanwezigheidsscore van het maximum 5. Als gevolg dienen de investeringen zich hoofdzakelijk te focussen op behoud van de huidige situatie. Figuur 69 geeft een overzicht van de resultaten.

De respondenten duiden drie factoren aan als grootste prioriteiten waaraan blijvende aandacht dient besteed te worden, namelijk 'meetinstrumenten' (24% belang), 'nabijheid van de zorg' (22% belang) en 'evidence-based practice' (13% belang).



Figuur 69 Resultaten kwaliteitsvolle revalidatie binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

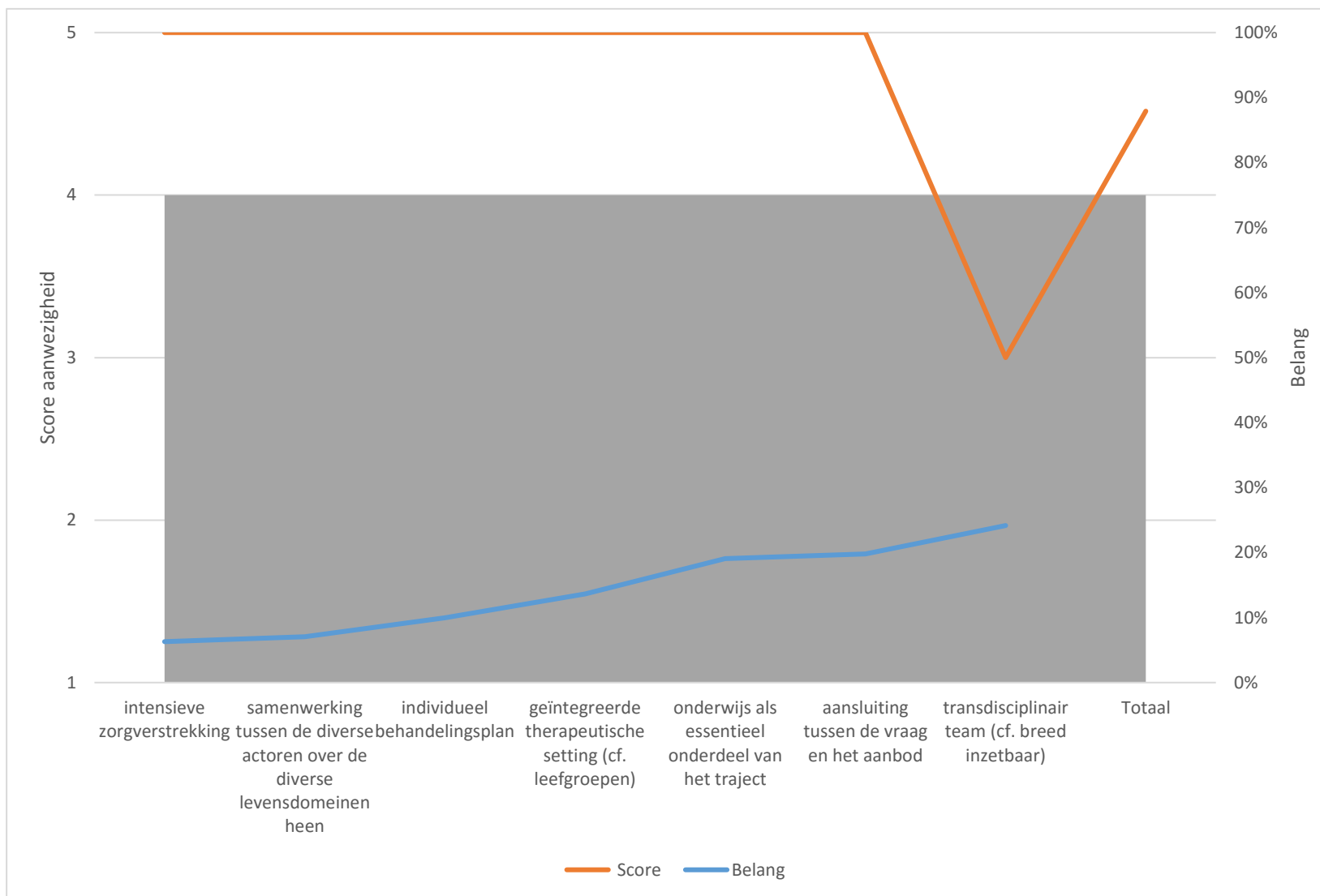
### 7.1.3 Interdisciplinariteit

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om interdisciplinariteit te realiseren binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm ruim haalt (score 4,5). Er zijn bijgevolg voornamelijk investeringen voor behoud noodzakelijk, mits uitzondering van één factor. Figuur 70 geeft een overzicht van de resultaten.

Een breed inzetbaar transdisciplinair team wordt door de respondenten met stip aangeduid als grootste prioriteit waaraan meer aandacht dient besteed te worden dan nu het geval is (aanwezigheidsscore 3, 24% belang).

De voornaamste investeringen voor behoud betreffen de best practices (score 5) aansluiting tussen vraag en aanbod (20% belang), onderwijs als essentieel onderdeel van het traject (19% belang) en geïntegreerde therapeutische setting (14% belang).





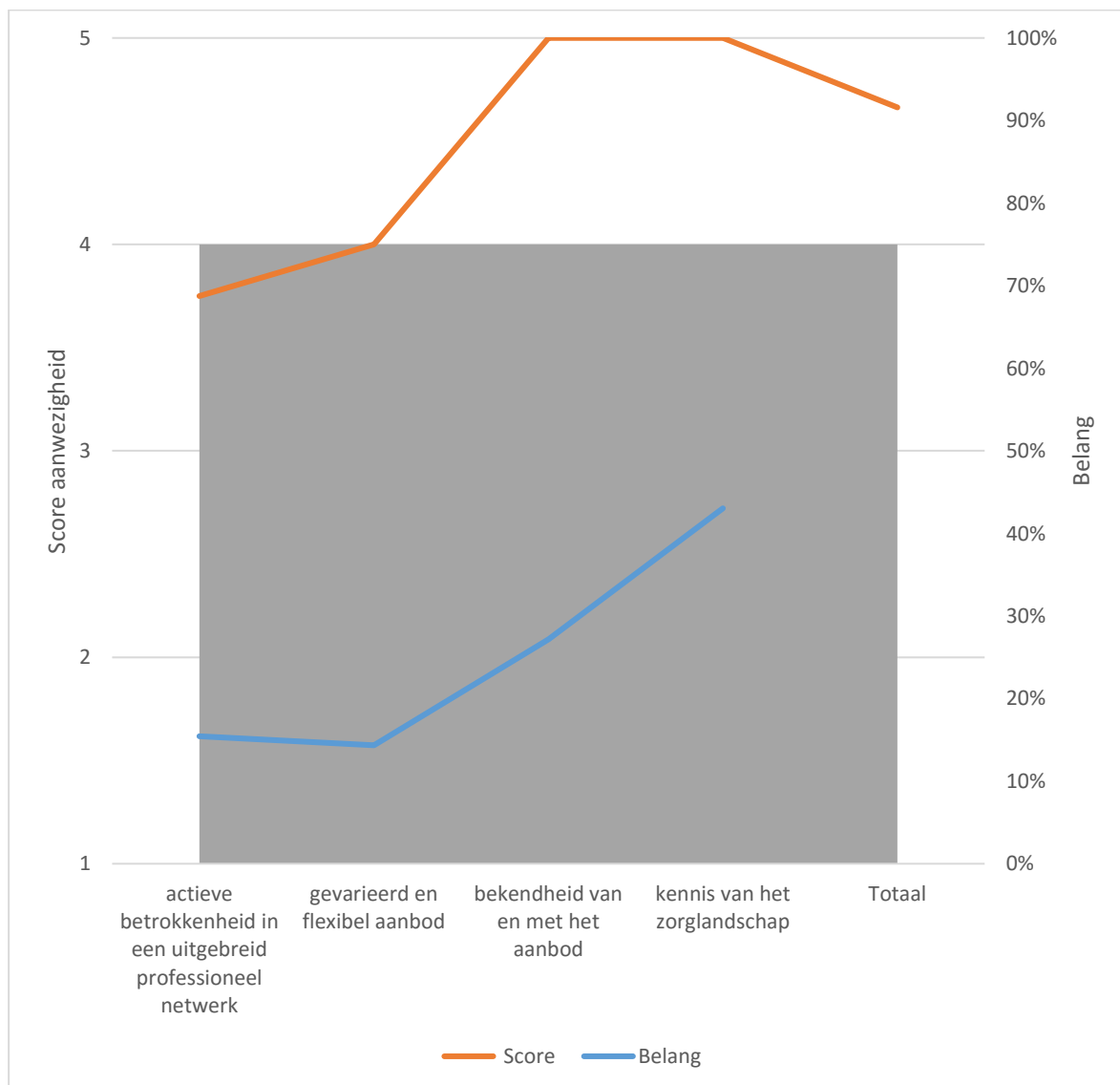
Figuur 70 Resultaten interdisciplinariteit binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

7.1.4 Netwerk

We nemen een gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een netwerk te realiseren binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. Met andere woorden, de factoren die het belangrijkste worden geacht door de respondenten zijn ook het meest aanwezig. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm ruim haalt (score 4,67). Er zijn bijgevolg voornamelijk investeringen voor behoud noodzakelijk, mits uitzondering van één factor. Figuur 71 geeft een overzicht van de resultaten.

Actieve betrokkenheid in een uitgebreid professioneel netwerk blijkt vandaag over nog heel wat groeipotentieel te beschikken aldus de respondenten. Gelet op de aanwezigheidsscore van 3,75 en een belang van 15%, dient er meer aandacht besteed te worden dan nu het geval is.

De voornaamste investeringen voor behoud is met stip de best practices ‘kennis van het zorglandschap’ met een aanwezigheidsscore van 5 en een belang van 43%. Verder is ook bekendheid van en met het aanbod een belangrijk factor om te behouden (aanwezigheidsscore 5, 27% belang).



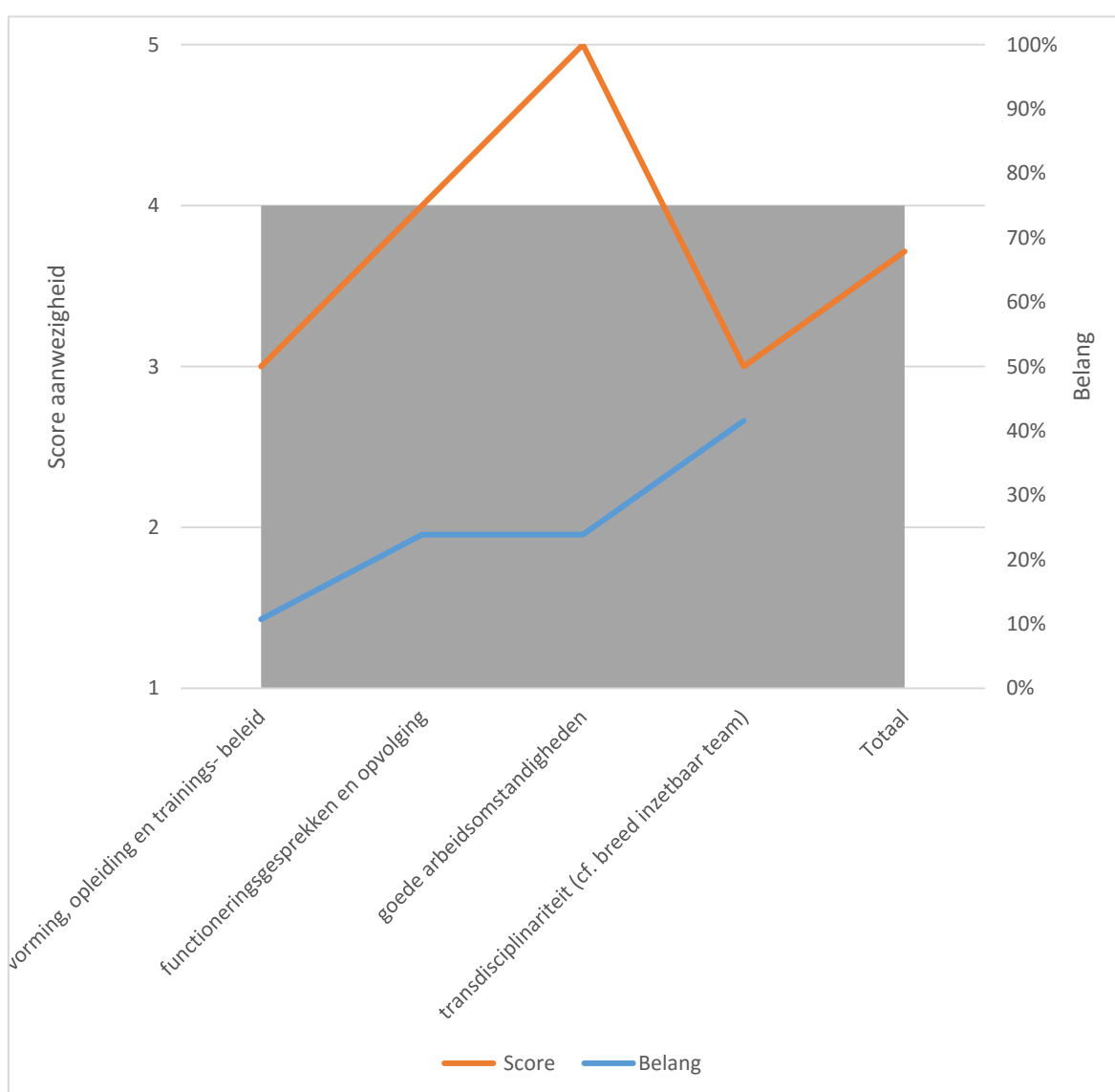
Figuur 71 Resultaten netwerk binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

### 7.1.5 Duurzaam personeelsbeleid

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een duurzaam personeelsbeleid mogelijk te maken binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,71). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk. Figuur 72 geeft een overzicht van de resultaten.

Een breed inzetbaar transdisciplinair team is als belangrijkste factor om een duurzaam personeelsbeleid mogelijk te maken, de prioriteit bij uitstek om in te investeren om te kunnen groeien (aanwezigheids-score 3, 42% belang). Daarnaast is ook een vorming, trainings- en opleidingsbeleid (VTO-beleid) een must om in te investeren om succes te bereiken met het doel (aanwezigheidsscore 3, 11% belang).

De investeringen voor behoud betreffen hier 'functioneringsgesprekken en opvolging' (aanwezigheidsscore 4, 24% belang) en goede arbeidsomstandigheden (aanwezigheidsscore 5, 24% belang).



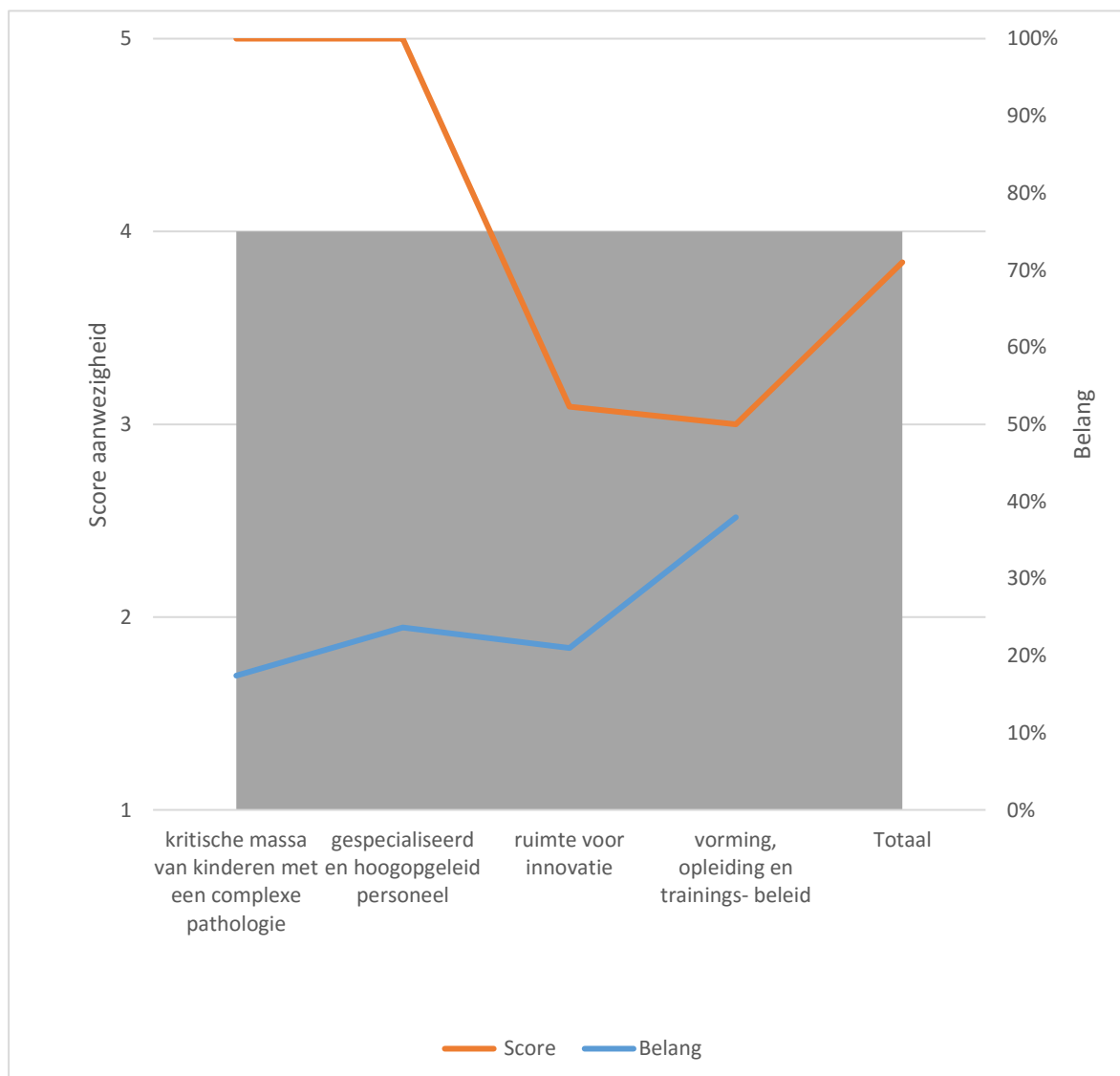
Figuur 72 Resultaten duurzaam personeelsbeleid binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

7.1.6 Kenniscentrum

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om zich volwaardig te positionering als kenniscentrum binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,83). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk. Figuur 73 geeft een overzicht van de resultaten.

Vorming, trainings- en opleidingsbeleid (VTO-beleid) is met voorsprong de grootste prioriteit om in te investeren om te kunnen groeien (aanwezigheidsscore 3, 38% belang). Verder is ook extra aandacht wenselijk voor innovatie gelet op de aanwezigheidsscore van 3,2 en het belang van 21%.

In het licht van investeringen voor behoud blijkt voornamelijk gespecialiseerd en hoogopgeleid personeel blijvend aandacht te vergen (aanwezigheidsscore 5, 24% belang), alsook het kritische massa van kinderen met een complexe pathologie (aanwezigheidsscore 5, 17% belang).



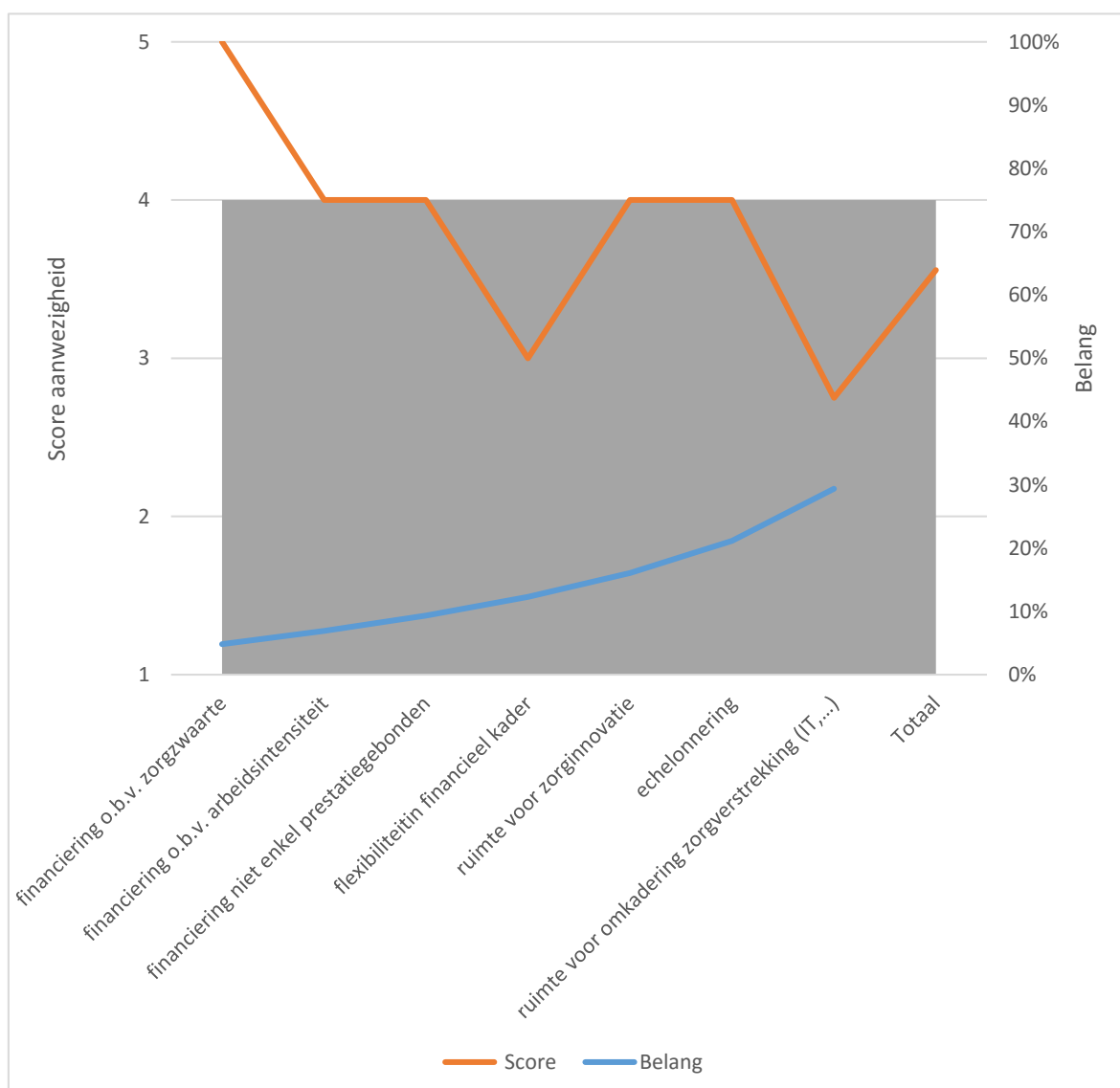
Figuur 73 Resultaten kenniscentrum binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

### 7.1.7 Financiële stabiliteit

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om financiële stabiliteit te genereren binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,56). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 74 geeft een overzicht van de resultaten.

Ruimte voor omkadering van de zorgverstrekking (IT, ...) is met voorsprong de grootste prioriteit om in te investeren om te kunnen groeien (aanwezigheidsscore 2,67, 29% belang). Verder is ook extra aandacht wenselijk voor flexibiliteit met betrekking tot het financieel kader gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en het belang van 12%.

In het licht van investeringen voor behoud blijkt voornamelijk echelonnering blijvend aandacht te vragen (aanwezigheidsscore 4, 21% belang), alsook ruimte voor zorginnovatie (aanwezigheidsscore 4, 16% belang).

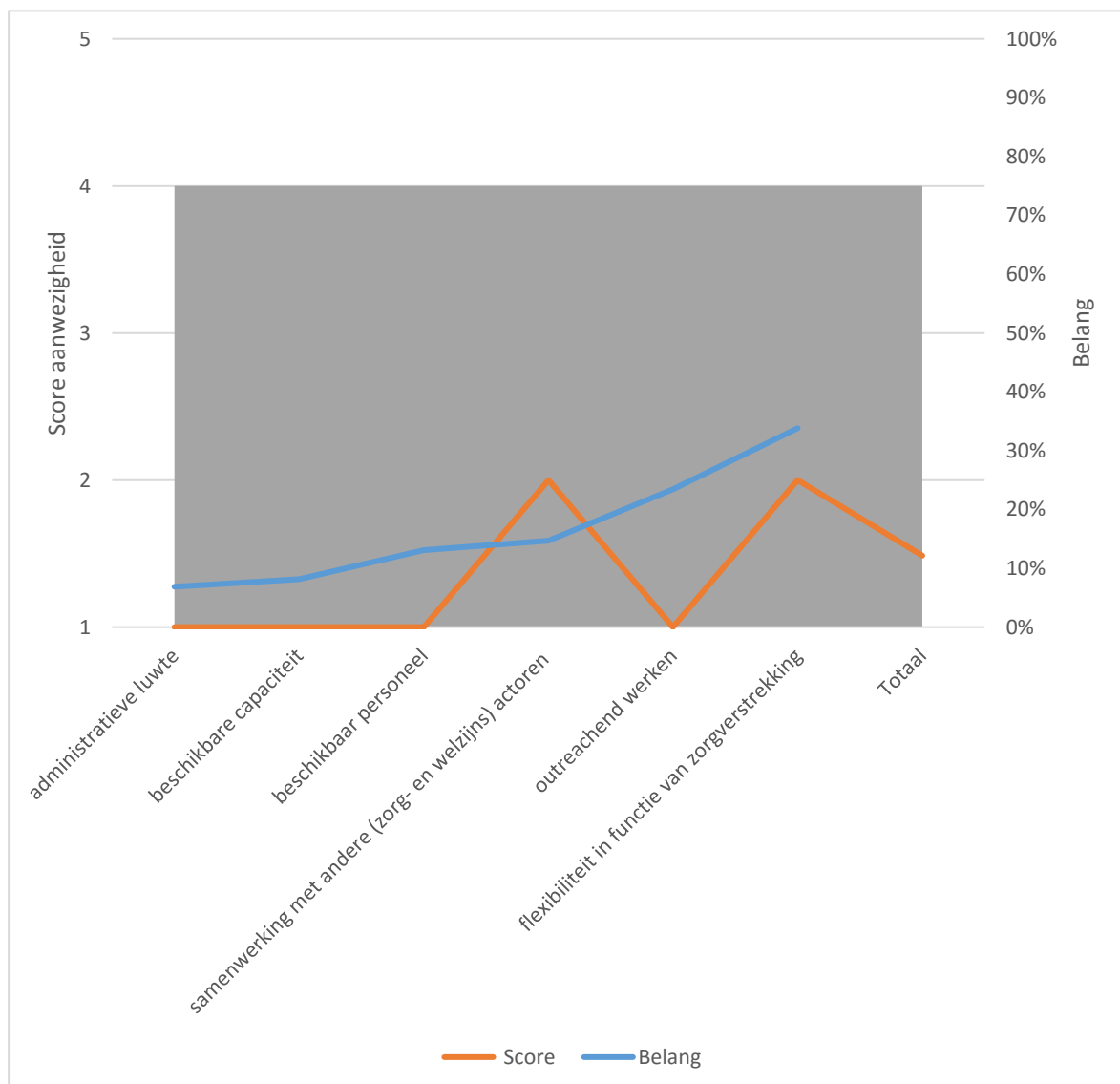


Figuur 74 Resultaten financiële stabiliteit binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

7.1.8 Adequate echelonnering

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. Een opvallend resultaat is echter de lage kwaliteitsscore van het globale doel. Het doel haalt met name een score van 1,5. Om succes te kunnen bereiken is het dan ook wenselijk om hier sterk te investeren en te focussen op groei. Figuur 75 geeft een overzicht van de resultaten.

Flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking is met voorsprong de grootste prioriteit om in te investeren (aanwezigheidsscore 2, 34% belang). Extra aandacht is ook wenselijk om outreachend werken mogelijk te maken (aanwezigheidsscore 1, 23% belang). Verder zijn meer investeringen noodzakelijk in de samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren (aanwezigheidsscore 2, 15% belang) en beschikbaarheid van het personeel (aanwezigheidsscore 1, 13% belang).



Figuur 75 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

## 7.2 Bespreking Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen

### 7.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat het conventiedomein Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen de kwaliteitsnorm (score 4) niet haalt gezien de score van 3,4. Extra investeringen dringen zich op indien men de positie van het conventiedomein wenst te versterken.

### 7.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 37 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren kunnen dan ook beschouwd worden als de prioriteiten bij uitstek van het conventiedomein Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen. Van deze 37 prioriteiten zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking;
2. Vorming, opleiding en trainings- beleid;
3. Ruimte voor omkadering zorgverstrekking (IT);
4. Transdisciplinariteit (cf. breed inzetbaar team);
5. Outreachend werken;
6. Kennis van het zorglandschap;
7. Echelonnering;
8. Ruimte voor zorginnovatie;
9. Gespecialiseerd en hoogopgeleid personeel;
10. Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren.

### 7.2.3 Prioritering

Tabel 18 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen.

Het conventiedomein scoort bijzonder goed op factoren die het laagst op de agenda staan; dit in contrast met deze die hoog op de agenda staan (zes op tien van de belangrijkste succesfactoren scoren ruim onder de kwaliteitsnorm). Met andere woorden, het conventiedomein vertoont heel wat groeipotentieel. Voornamelijk het doel adequate echelonnering vraagt meer aandacht dan wat ze nu krijgt. In de volgende sectie gaan we dieper in op dit voorname doel. Verder geven de resultaten de volgende werkpunten aan:

- Ruimte bieden voor omkadering van de zorgverstrekking, zoals technologische faciliteiten;
- Aanwerven van breed inzetbaar personeel, met name personeel met een ruimer profiel dan monodisciplinair;
- Verhogen van de mogelijkheden tot vorming, opleiding en training van het personeel.

Tabel 18 Samenvattende tabel respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
<b>Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>34%</b>	<b>24%</b>	<b>8%</b>	<b>40%</b>
<b>Vorming, opleiding en trainings- beleid</b>	<b>Kenniscentrum - Duurzaam personeelsbeleid</b>	<b>3,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>7%</b>	<b>60%</b>
<b>Ruimte voor omkadering zorgverstrekking (IT, transdisciplinariteit (cf. breed inzetbaar team)</b>	<b>Financiële stabiliteit</b>	<b>2,7</b>	<b>29%</b>	<b>24%</b>	<b>7%</b>	<b>55%</b>
	<b>Duurzaam personeelsbeleid - Interdisciplinariteit</b>	<b>3,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>6%</b>	<b>60%</b>
<b>Outreaching werken</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>1,0</b>	<b>23%</b>	<b>24%</b>	<b>6%</b>	<b>20%</b>
Kennis van het zorglandschap	Netwerk	5,0	43%	12%	5%	100%
Echelonnering	Financiële stabiliteit	4,0	21%	24%	5%	80%
Ruimte voor zorginnovatie	Financiële stabiliteit	4,0	16%	24%	4%	80%
Gespecialiseerd en hoogopgeleid personeel	Kenniscentrum	5,0	24%	16%	4%	100%
<b>Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>15%</b>	<b>24%</b>	<b>4%</b>	<b>40%</b>
Ruimte voor innovatie	Kenniscentrum	3,1	21%	16%	3%	62%
Bekendheid van en met het aanbod	Netwerk	5,0	27%	12%	3%	100%
<b>Beschikbaar personeel</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>1,0</b>	<b>13%</b>	<b>24%</b>	<b>3%</b>	<b>20%</b>
Flexibiliteit in financieel kader	Financiële stabiliteit	3,0	12%	24%	3%	60%
Kritische massa van kinderen met een complexe pathologie	Kenniscentrum	5,0	17%	16%	3%	100%
Functioneringsgesprekken en opvolging	Duurzaam personeelsbeleid	4,0	24%	11%	3%	80%
Goede arbeidsomstandigheden	Duurzaam personeelsbeleid	5,0	24%	11%	3%	100%
Financiering niet enkel prestatie gebonden	Financiële stabiliteit	4,0	9%	24%	2%	80%
<b>Beschikbare capaciteit</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>1,0</b>	<b>8%</b>	<b>24%</b>	<b>2%</b>	<b>20%</b>
Actieve betrokkenheid in een uitgebreid professioneel netwerk	Netwerk	3,8	15%	12%	2%	75%
Gevarieerd en flexibel aanbod	Netwerk	4,0	14%	12%	2%	80%
<b>Administratieve luwte</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>1,0</b>	<b>7%</b>	<b>24%</b>	<b>2%</b>	<b>20%</b>
Financiering o.b.v. arbeidsintensiteit	Financiële stabiliteit	4,0	7%	24%	2%	80%
Meetinstrumenten	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	24%	6%	2%	100%
Nabijheid van de zorg	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	22%	6%	1%	100%
Financiering o.b.v. zorgzwaarte	Financiële stabiliteit	5,0	5%	24%	1%	100%
Aansluiting tussen de vraag en het aanbod	Interdisciplinariteit	5,0	20%	6%	1%	100%
Onderwijs als essentieel onderdeel van het traject	Interdisciplinariteit	5,0	19%	6%	1%	100%
Evidence-based practice	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	13%	6%	1%	100%
Procesmatig werken	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	13%	6%	1%	100%
Geïntegreerde therapeutische setting (cf. leefgroepen)	Interdisciplinariteit	5,0	14%	6%	1%	100%
Deskundig personeel	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	10%	6%	1%	100%
Communicatie tussen zorgverstrekkers	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	9%	6%	1%	100%
Individueel behandelingsplan	Interdisciplinariteit	5,0	10%	6%	1%	100%
Zorg op maat	Kwaliteitsvolle revalidatie	5,0	9%	6%	1%	100%
Samenwerking tussen de diverse actoren over de diverse levensdomeinen heen	Interdisciplinariteit	5,0	7%	6%	0%	100%
Intensieve zorgverstrekking	Interdisciplinariteit	5,0	6%	6%	0%	100%

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scores. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.



#### 7.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Dit doel blijkt echter de grootste prioriteit te zijn van dit conventiedomein waar extra investeringen wenselijk zijn gelet op het feit dat alle factoren de kwaliteitsnorm niet halen. Tabel 19 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan een adequate echelonnering binnen het domein Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen.

De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren met stip investeringen noodzakelijk zijn om te kunnen outreachend werken (6% belang, 80% groeimarge) en om flexibel te kunnen omspringen met de zorgverstrekkingen (8% belang, 60% groeimarge). Echter situeren de werkpunten om de adequate echelonnering binnen dit conventiedomein te optimaliseren zich op diverse vlakken, namelijk in:

- Flexibiliteit in te bouwen in de functie van de zorgverstrekker;
- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het aanwerven van extra personeel;
- Het verhogen van de capaciteit;
- Het faciliteren van de samenwerking in netwerken door ruimte te creëren binnen het takenpakket van het personeel; en
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 19 Adequate echelonnering Respiratoire en neurologische aandoeningen

Factor	Belang	Bijdrage succes
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	8%	40%
Outreachend werken	6%	20%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	4%	40%
Beschikbaar personeel	3%	20%
Beschikbare capaciteit	2%	20%
Administratieve luwte	2%	20%

## **8 Centra voor ambulante revalidatie**

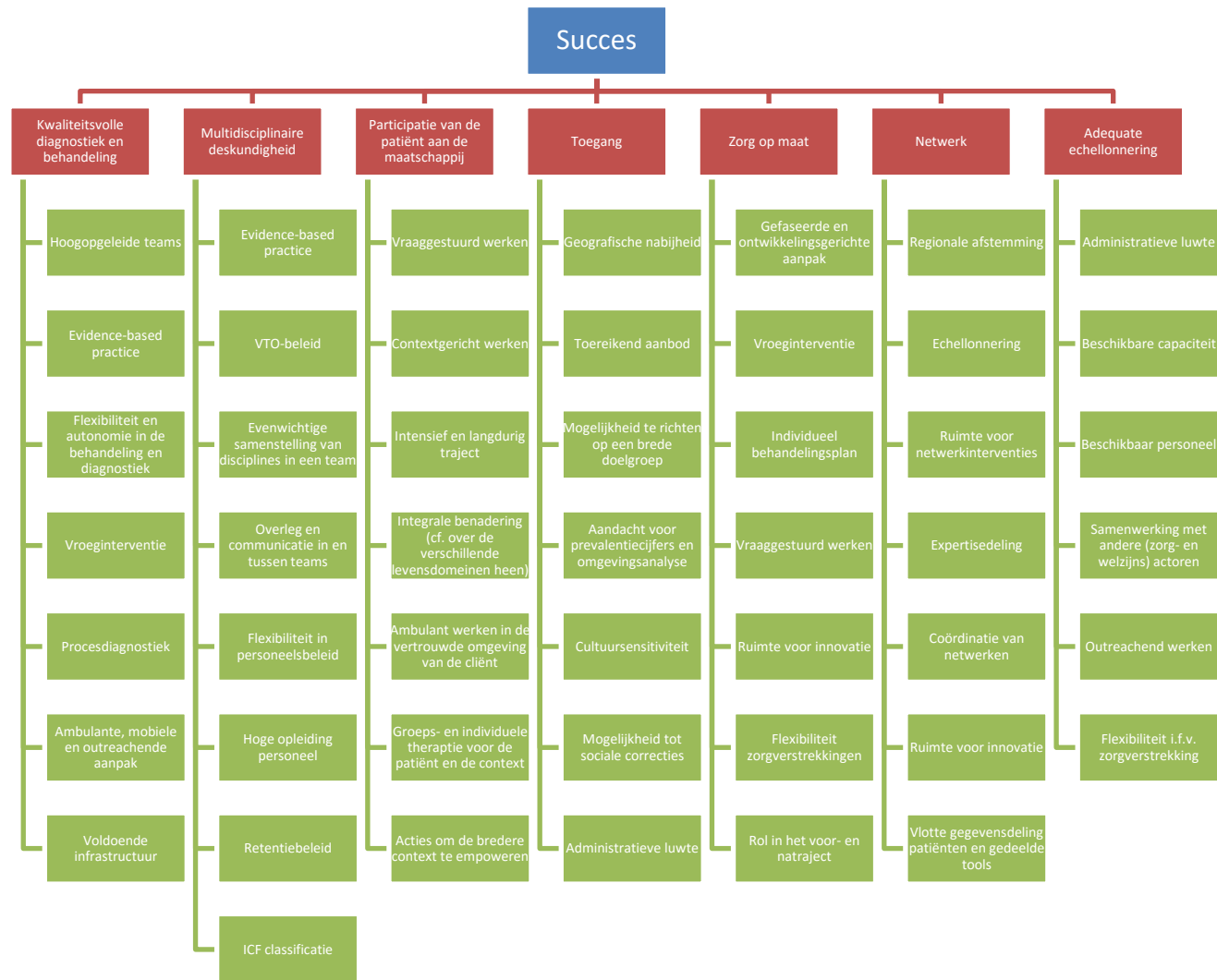
### **8.1 Raamwerk**

Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 953 en 965 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name zeven hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling;
2. Multidisciplinaire deskundigheid;
3. Participatie van de patiënt aan de maatschappij;
4. Toegang;
5. Zorg op maat;
6. Netwerk;
7. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een CAR kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling bieden en ook de patiënt verhoogde kansen geven om te participeren aan de maatschappij. In dit licht is multidisciplinaire deskundigheid van cruciaal belang alsook het bieden van zorg op maat. Verder zijn het hebben van een netwerk en daarmee samenhangend adequate echelonnering belangrijke elementen om succesvol te zijn als CAR. Aandacht voor de toegang is eveneens een kernaspect van een succesvol centrum voor ambulante revalidatie.

Voor elk van deze hoofdoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (sub-prioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en een succesvolle werking te hebben. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.



Figuur 76 Schematisch overzicht boomstructuur Centra ambulante revalidatie

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

### 8.1.1 Succes

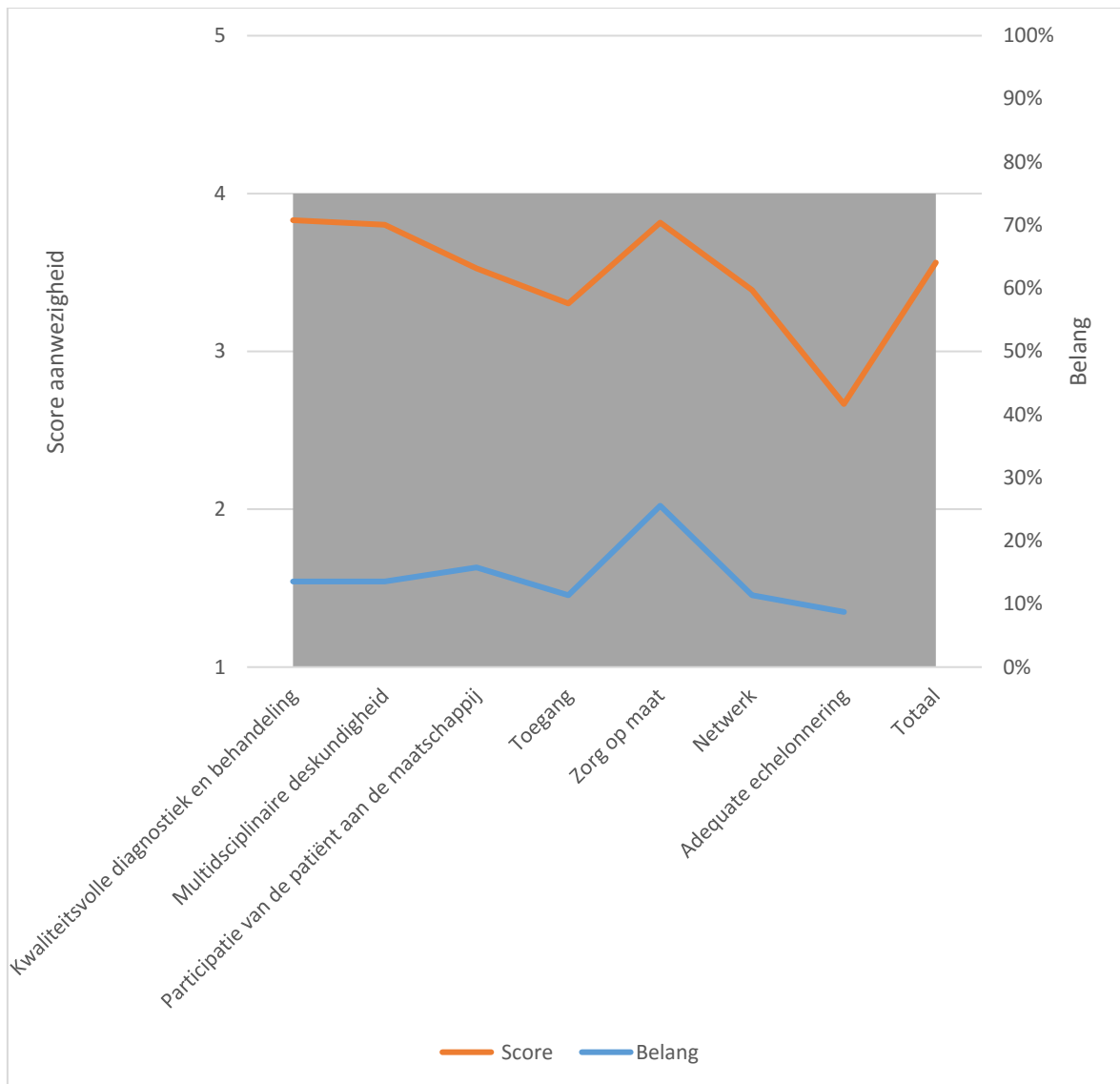
Algemeen merken we een gelijklopende tendens op tussen enerzijds aanwezigheid en anderzijds belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein Centra voor ambulante revalidatie. Met andere woorden, wat als belangrijker beschouwd wordt scoort ook beter op aanwezigheid. Figuur 77 geeft een overzicht van de resultaten.

Indien men het succes van het conventiedomein wil vergroten, dient er met voorsprong extra aandacht besteed te worden aan zorg op maat gelet op de aanwezigheidsscore 3,82 en 26% belang. Daarnaast zijn meer investeringen noodzakelijk dan wat nu het geval is om participatie van de patiënt aan de maatschappij mogelijk te maken (aanwezigheidsscore 3,53, 16% belang), om meer multidisciplinaire deskundigheid te kunnen hebben (aanwezigheidsscore 3,8, 14% belang) en om kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling mogelijk te maken (aanwezigheidsscore 3,83, 14% belang).

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein de target niet haalt (score 3,56) wat extra investeringen noodzakelijk maakt om groei te bereiken. Concreet identificeren we dat aan alle zeven doelen meer aandacht moet geschonken worden:

- Adequate echelonnering;
- Zorg op maat;
- Toegang;
- Participatie van de patiënt aan de maatschappij;
- Multidisciplinaire deskundigheid;
- Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling;
- Netwerk.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen. Op deze manier bepalen we op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



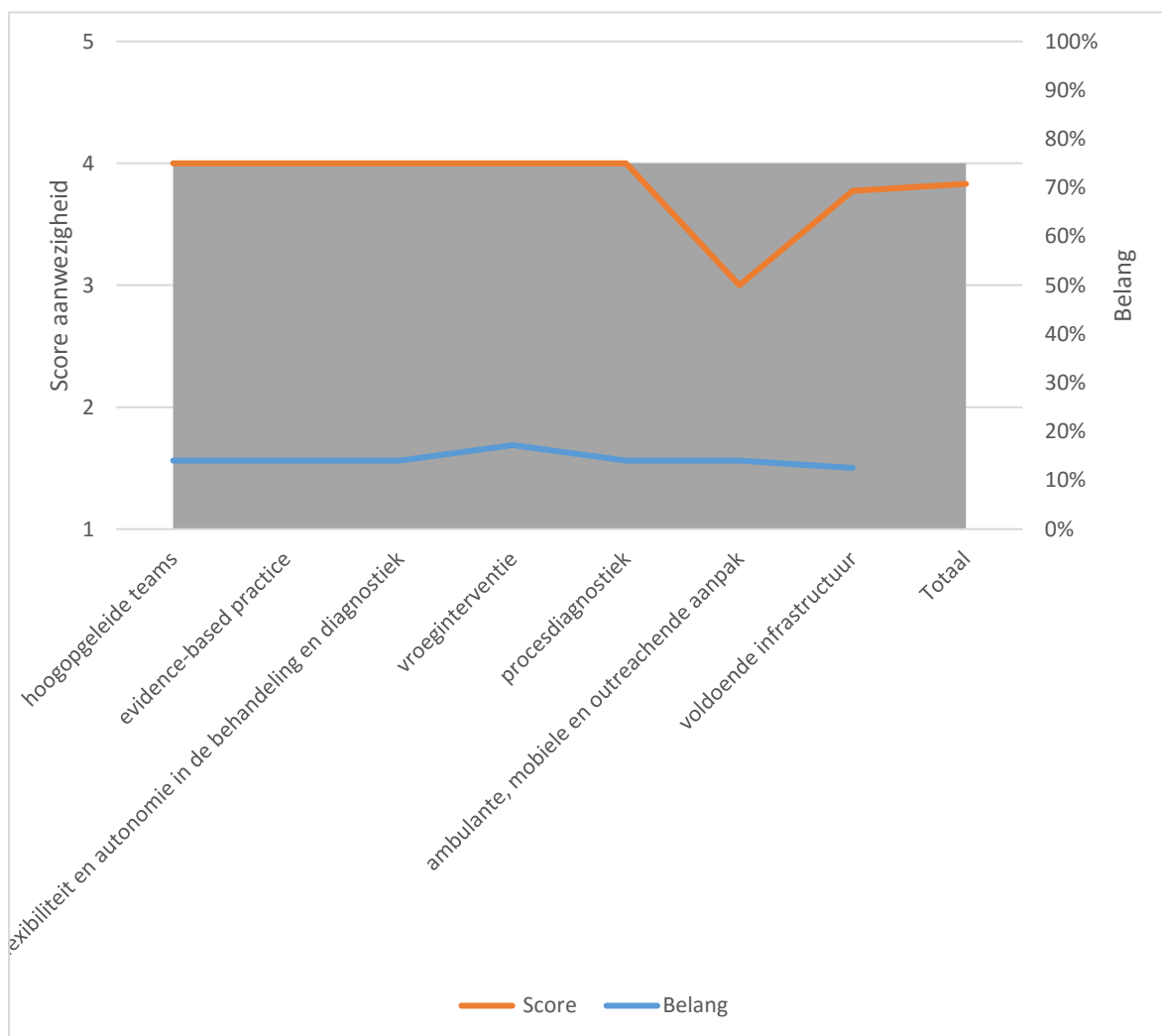
Figuur 77 Resultaten succes binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

### 8.1.2 Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. Echter kunnen we opmerken dat de factoren ongeveer even belangrijk geacht worden. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,83). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 78 geeft een overzicht van de resultaten.

De grootste prioriteiten waarin extra dient geïnvesteerd te worden bestaan uit het mogelijk maken van een ambulante, mobiel en outreachend aanpak (aanwezigheidsscore 3, 14% belang) en voldoende infrastructuur (aanwezigheidsscore 3, 77 en 13% belang).

In het licht van investeringen voor behoud blijkt voornamelijk ‘vroeginterventie’ blijvend aandacht te vragen (aanwezigheidsscore 4, 17% belang). Verder zijn procesdiagnostiek, evidence-based, hoogopgeleide teams en flexibiliteit en autonomie in de behandeling en diagnostiek zaken waar blijvende aandacht wenselijk is.



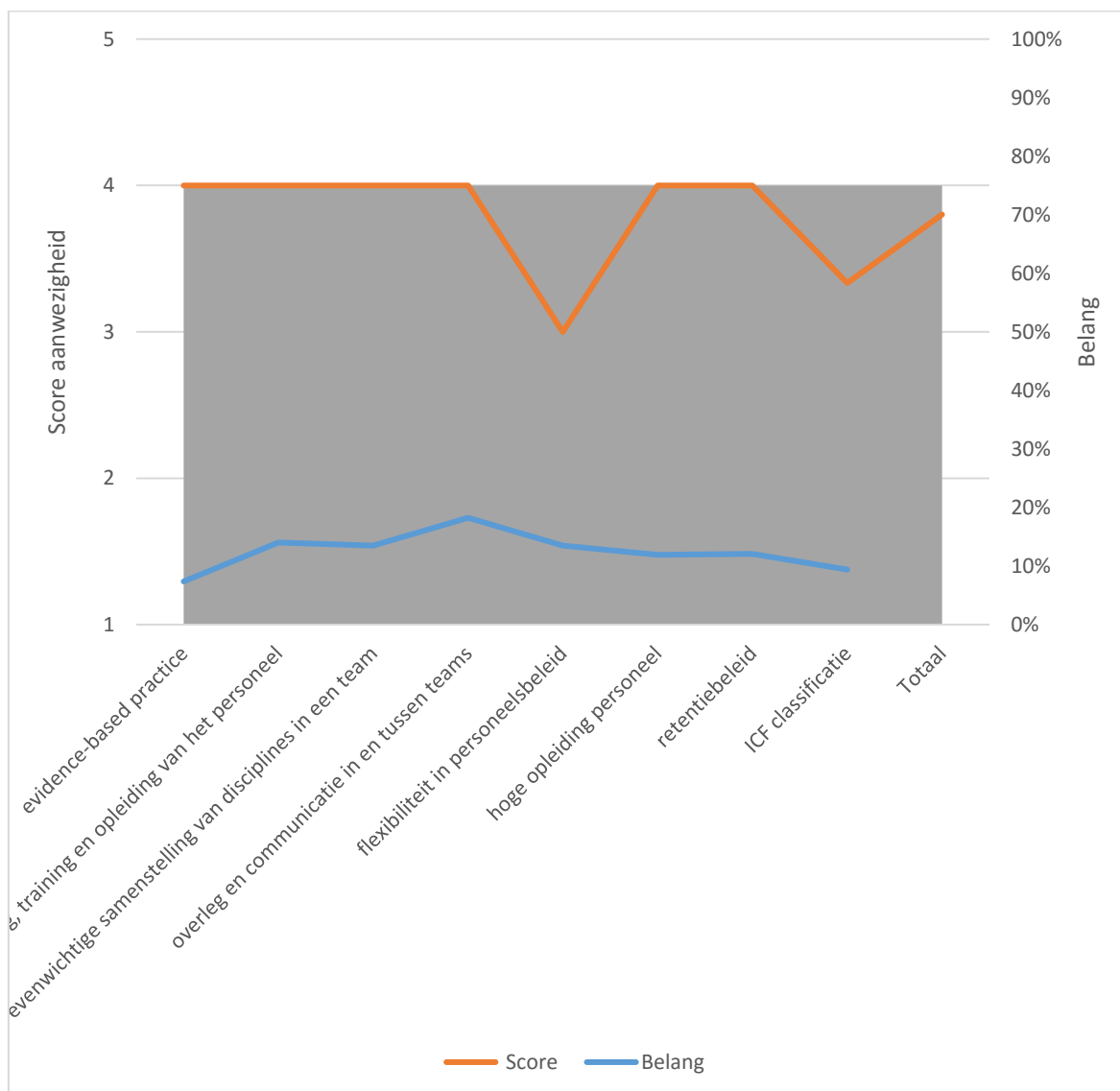
Figuur 78 Resultaten kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

### 8.1.3 Multidisciplinaire deskundigheid

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om multidisciplinaire deskundigheid mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,8). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 79 geeft een overzicht van de resultaten.

De grootste prioriteit waarin extra dient geïnvesteerd te worden is flexibiliteit in personeelsbeleid, gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en 13% belang. Verder is ook meer aandacht noodzakelijk voor de ICF-classificatie indien we de aanwezigheidsscore van 3,33 en 9% belang in beschouwing nemen.

In het licht van investeringen voor behoud blijkt voornamelijk overleg en communicatie in en tussen teams een blijvend aandachtspunt (aanwezigheidsscore 4, 18% belang). Verder zijn een VTO-beleid (score 4, 14% belang) en een evenwichtige samenstelling van disciplines in een team (score 4, 13% belang) zaken waar blijvende aandacht wenselijk is.



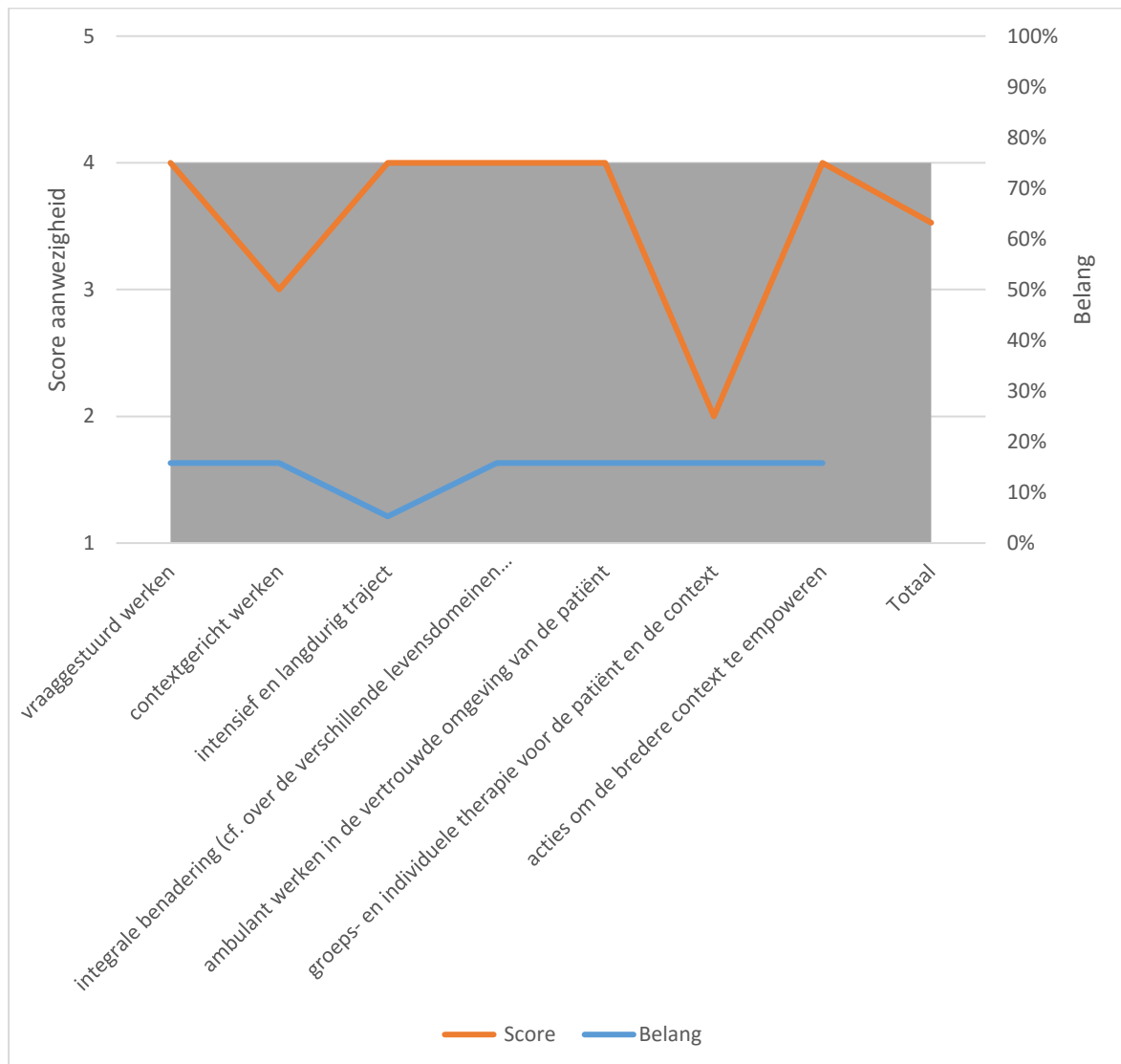
Figuur 79 Resultaten multidisciplinaire deskundigheid binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

### 8.1.4 Participatie van de patiënt aan de maatschappij

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om participatie van de patiënt aan de maatschappij mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. Echter kunnen we opmerken dat het belang gelijk verspreid is over de factoren (16%) uitgezonderd intensief en langdurig traject, die minder belangrijk wordt beschouwd (5%). In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,53). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 80 geeft een overzicht van de resultaten.

De grootste prioriteit waarin extra dient geïnvesteerd te worden om de target te kunnen behalen is groeps- en individuele therapie voor de patiënt en context (aanwezigheidsscore 2). Een andere prioriteit is het contextgericht werken waar meer aandacht voor nodig is dan vandaag (aanwezigheidsscore 3).

In het licht van investeringen voor behoud blijken vier van de vijf factoren er bovenuit te springen: vraag gestuurd werken, integrale benadering, ambulant werken in de vertrouwde omgeving van de patiënt en acties om de bredere context te empoweren. Allen hebben ze een aanwezigheidsscore van 4.



Figuur 80 Resultaten participatie van de patiënt aan de maatschappij binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

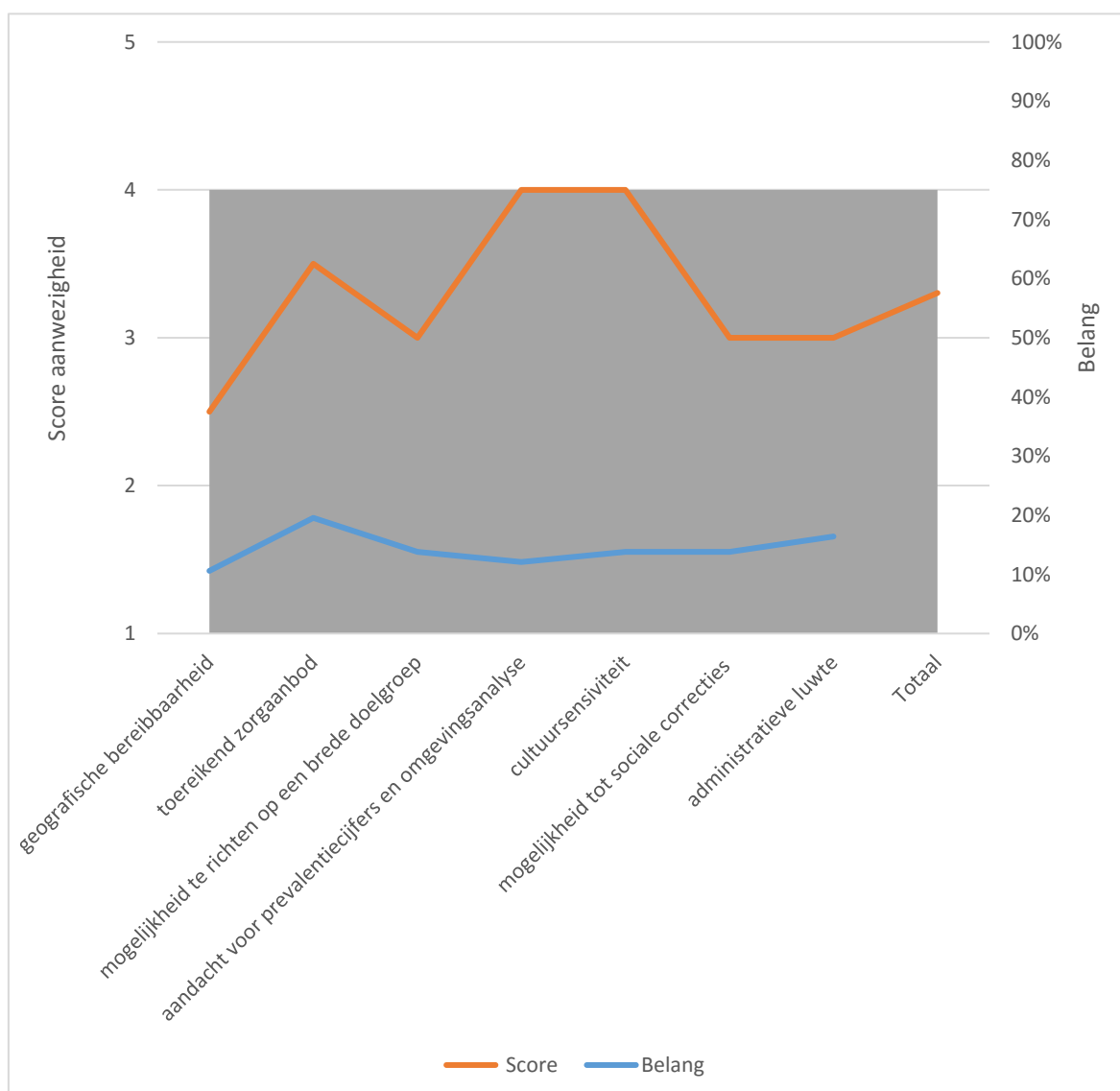


### 8.1.5 Toegang

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om toegang mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,30). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 81 geeft een overzicht van de resultaten.

De grootste prioriteit waarin extra dient geïnvesteerd te worden is toereikend zorgaanbod. Deze factor is de prioriteit bij uitstek om de toegankelijkheid te versterken gelet op de aanwezigheidsscore van 3,5 en 20% belang. Andere prioriteiten zijn administratieve luwte (aanwezigheidsscore 3, 16% belang), mogelijkheid tot sociale correcties (aanwezigheidsscore van 3, 14% belang) en de mogelijkheid om zich met een CAR te richten op een brede doelgroep (aanwezigheidsscore 3, 14% belang).

In het licht van investeringen voor behoud blijkt vooral cultuursensitiviteit een prioriteit te zijn met een aanwezigheidsscore van 4 en 14% belang. Verder is ook blijvende aandacht noodzakelijk voor prevalentiecijfers en omgevingsanalyse (aanwezigheidsscore 4, 12% belang).



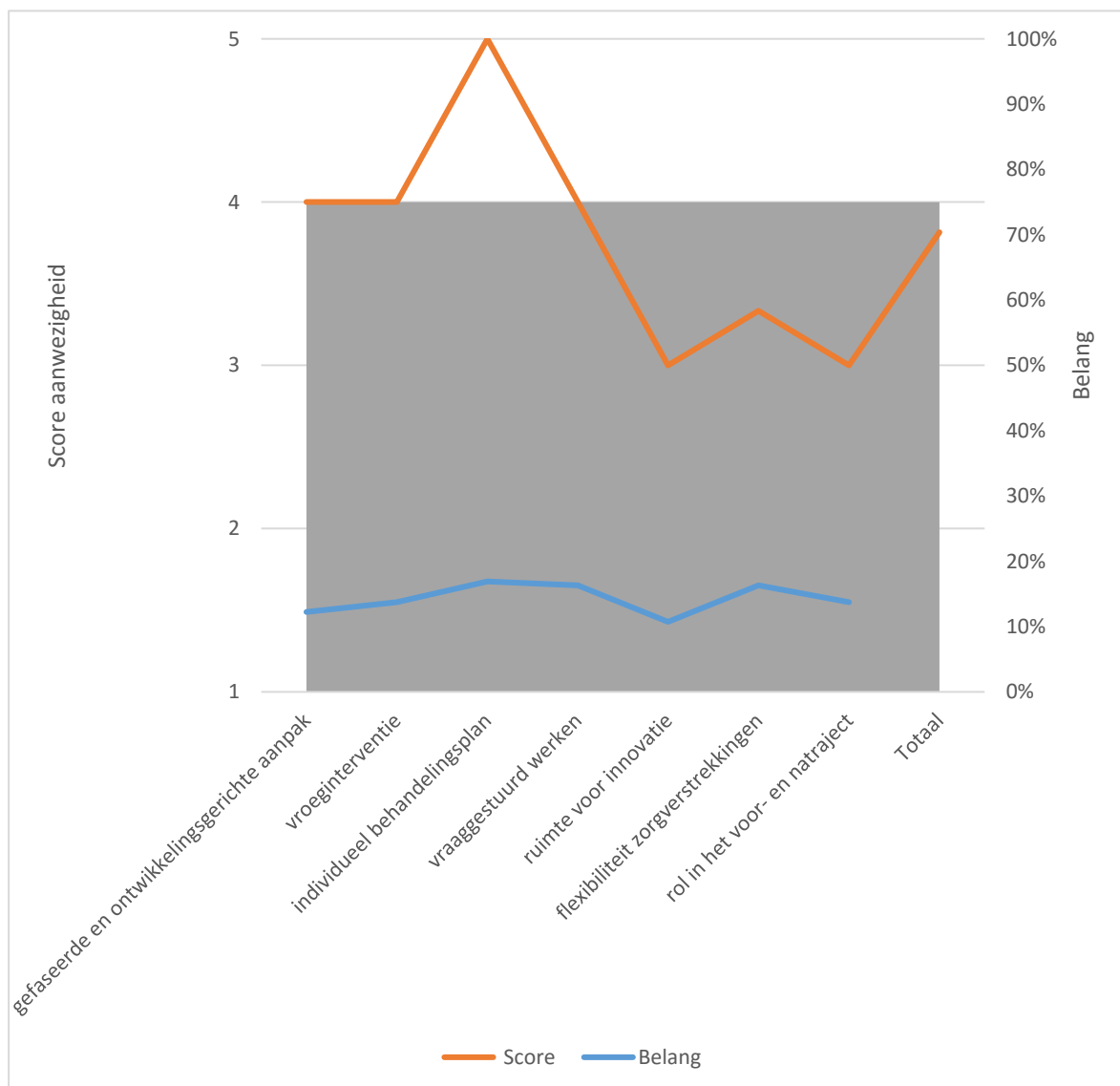
Figuur 81 Resultaten toegang binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

8.1.6 Zorg op maat

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om zorg op maat aan te bieden binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,82). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 82 geeft een overzicht van de resultaten.

Er blijken twee prioriteiten te zijn waarin extra dient geïnvesteerd te worden en waar vandaag te weinig aandacht voor is, meer bepaald flexibiliteit in functie van zorgverstrekkingen (aanwezigheidsscore 3,33, 16% belang) en het spelen van een rol in het voor- en natraject (aanwezigheidsscore 3, 14% belang).

In het licht van investeringen voor behoud springen vooral individueel behandelingsplan (aanwezigheidsscore 5, 17% belang) en vraaggestuurd werken (aanwezigheidsscore 4, 16% belang) in het oog.



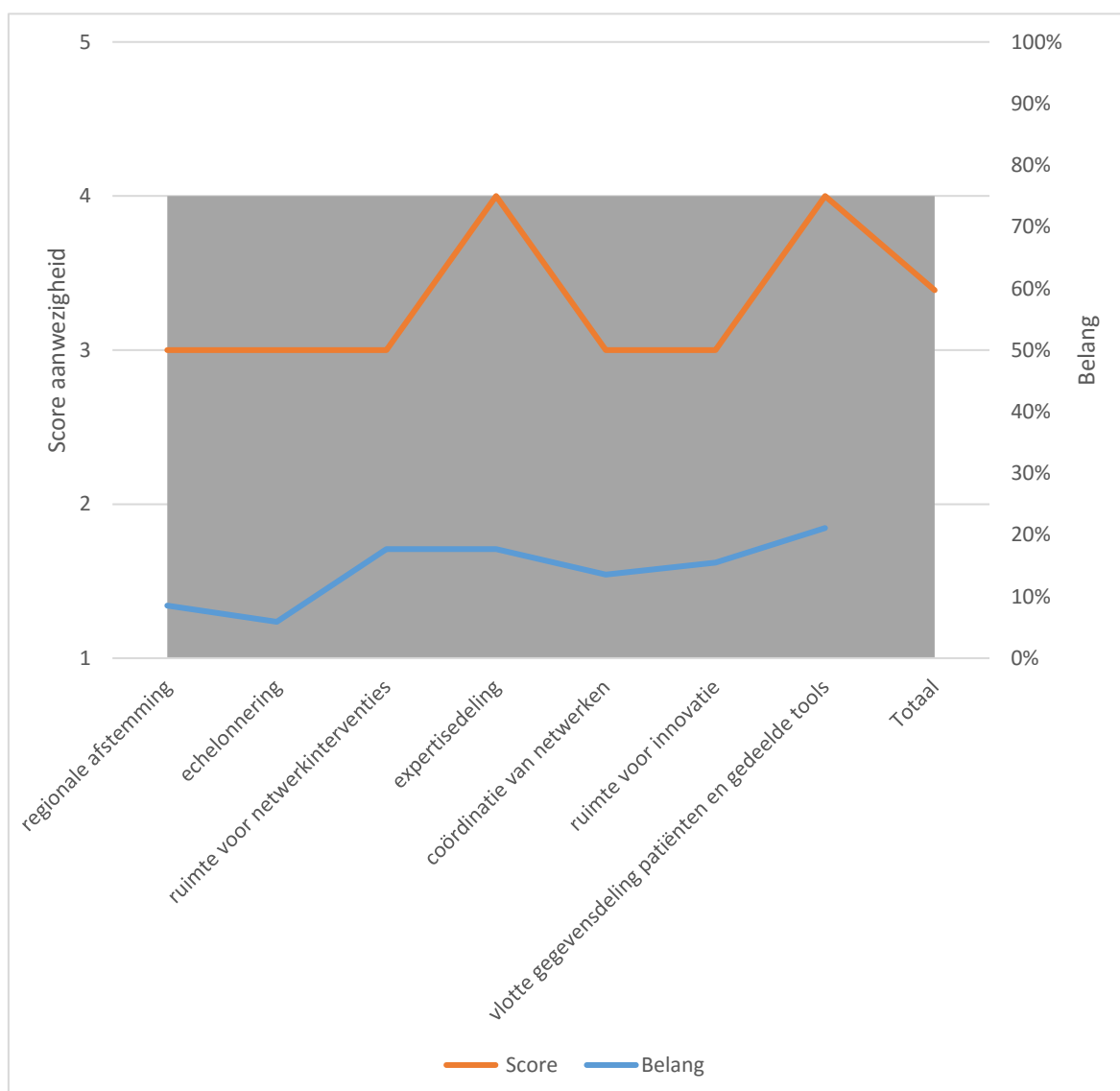
Figuur 82 Resultaten zorg op maat binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

### 8.1.7 Netwerk

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een netwerk mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. Echter zien we wel dat factoren die het hoogste scoren qua belang, ook het meest aanwezig zijn. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 3,39). Er zijn bijgevolg zowel investeringen voor groei als voor behoud noodzakelijk om het doel te behalen. Figuur 83 geeft een overzicht van de resultaten.

Vijf factoren vragen een extra investering om succesvol het doel te kunnen behalen. Echter blijkt ruimte voor netwerkinterventies de aanvoerder van de prioriteiten te zijn met een aanwezigheidsscore van 3 en 18% belang, gevolgd door ruimte voor innovatie (aanwezigheidsscore 3, 15% belang) en coördinatie van netwerken (aanwezigheidsscore 3, 14% belang).

In het licht van investeringen voor behoud is blijvende beleidsaandacht wenselijk voor een vlotte gegevensdeling van patiënten en het delen van tools (aanwezigheidsscore 4, 21% belang) en expertisedeling (aanwezigheidsscore 4, 18% belang).



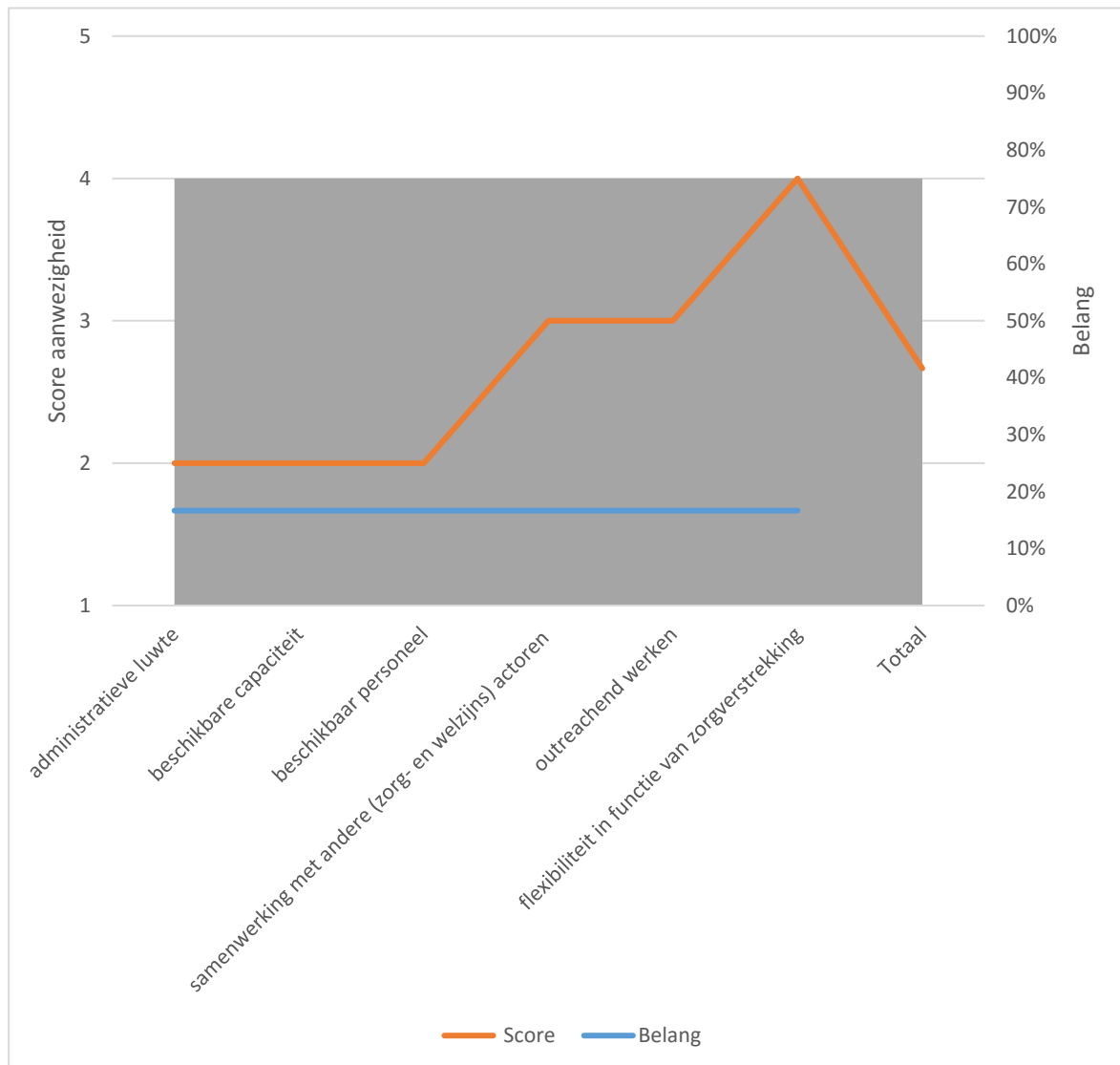
Figuur 83 Resultaten netwerk binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

### 8.1.8 Adequate echelonnering

We nemen geen gelijkvormige tendens waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van centra voor ambulante revalidatie. Echter zien we wel dat de respondenten de factoren even belangrijk achten (17% belang). In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (score 2,67). Er zijn bijgevolg vooral investeringen voor groei nodig. Figuur 84 geeft een overzicht van de resultaten.

Vijf factoren vragen een extra investering om succesvol het doel te kunnen behalen. Echter blijken administratieve luwte, beschikbare capaciteit en personeel de grootste prioriteiten te zijn met een aanwezigheidsscore van 2. Deze drie factoren bezitten de grootste groeimarge. Extra aandacht voor outreachend werken en samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren zijn is daarnaast ook wenselijk indien men groei wil bewerkstelligen met betrekking tot echelonnering (aanwezigheidsscore 3).

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig om flexibiliteit in functie van zorgverstrekkingen te blijven behouden (aanwezigheidsscore 4).



Figuur 84 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Centra voor ambulante revalidatie

## 8.2 Bespreking Centra voor ambulante revalidatie

### 8.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat het conventiedomein Centra voor ambulante revalidatie de kwaliteitsnorm (score 4) niet haalt gezien de score van 3,56. Extra investeringen dringen zich op indien men de positie van het conventiedomein wenst te versterken.

### 8.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 44 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Van deze 44, zijn de tien belangrijkste succesfactoren de volgende:

1. Vraaggestuurd werken;
2. Vroeginterventie;
3. Ruimte voor innovatie;
4. Individueel behandelingsplan;
5. Flexibiliteit zorgverstrekingen;
6. Rol in het voor- en natraject;
7. Administratieve luwte;
8. Gefaseerde en ontwikkelingsgerichte aanpak;
9. Evidence-based practice;
10. Groeps- en individuele therapie voor de patiënt en de context.

### 8.2.3 Prioritering

Tabel 20 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het conventiedomein Centra voor ambulante revalidatie.

De helft van de top 10 van succesfactoren vertoont heel wat groeipotentieel. Het conventiedomein zet het doel zorg op maat bijzonder hoog op de agenda, dit via de onderliggende factoren ruimte voor innovatie (5% belang, 40% groeimarge) en rol in het voor- en natraject (4% belang, 40% groeimarge). Echter vragen voornamelijk de factoren administratieve luwte (3% belang, 60% groeimarge) en groeps- en individuele therapie voor de patiënt en context (2% belang, 60% groeimarge) extra investeringen indien men de positie van het domein wenst te versterken. Concreet situeren de werkpunten binnen dit conventiedomein zich in:

- Het creëren van ruimte om te innoveren;
- Flexibiliteit in te bouwen voor de zorgverstrekingen;
- Het faciliteren van het opnemen van een rol in het voor- en natraject;
- Het verminderen van de administratieve last;
- Een verruiming van de opdracht en het ter beschikking stellen van tools en ruimte om de context van de patiënt te betrekken;
- Het aanreiken van tools om de combinatie van groeps- en individuele therapie mogelijk te maken voor zowel de patiënt als zijn of haar omgeving;

Hoewel het conventiedomein geografische bereikbaarheid minder hoog op de agenda plaatst, is ook daar een extra inspanning wenselijk. De duidelijke werkpunten op vlak van adequate echelonnering bespreken we in de volgende sectie.

Tabel 20 Samenvattende tabel Centra voor ambulante revalidatie

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
Vraaggestuurd werken	Participatie van de patiënt aan de maatschappij - Zorg op maat	4,0	NvT	NvT	7%	80%
Vroeginterventie	Zorg op maat - Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling	4,0	NvT	NvT	6%	80%
<b>Ruimte voor innovatie</b>	<b>Zorg op maat - Netwerk</b>	<b>3,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>5%</b>	<b>60%</b>
Individueel behandelingsplan	Zorg op maat	5,0	17%	26%	4%	100%
<b>Flexibiliteit zorgverstrekkings</b>	<b>Zorg op maat</b>	<b>3,3</b>	<b>16%</b>	<b>26%</b>	<b>4%</b>	<b>67%</b>
<b>Rol in het voor- en natraject</b>	<b>Zorg op maat</b>	<b>3,0</b>	<b>14%</b>	<b>26%</b>	<b>4%</b>	<b>60%</b>
<b>Administratieve luwte</b>	<b>Adequate echelonnering - Toegang</b>	<b>2,0</b>	<b>NvT</b>	<b>NvT</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>
Gefaseerde en ontwikkelingsgerichte aanpak	Zorg op maat	4,0	12%	26%	3%	80%
Evidence-based practice	Zorg op maat - Netwerk	4,0	NvT	NvT	3%	80%
<b>Groeps- en individuele therapie voor de patiënt en de context</b>	<b>Participatie van de patiënt aan de maatschappij</b>	<b>2,0</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>40%</b>
<b>Contextgericht werken</b>	<b>Participatie van de patiënt aan de maatschappij</b>	<b>3,0</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>2%</b>	<b>60%</b>
Acties om de bredere context te empoweren	Participatie van de patiënt aan de maatschappij	4,0	16%	16%	2%	80%
Ambulant werken in de vertrouwde omgeving van de patiënt	Participatie van de patiënt aan de maatschappij	4,0	16%	16%	2%	80%
Integrale benadering (cf. over de verschillende levensdomeinen heen)	Participatie van de patiënt aan de maatschappij	4,0	16%	16%	2%	80%
Overleg en communicatie in en tussen teams	Multidisciplinaire deskundigheid	4,0	18%	14%	2%	80%
Vlotte gegevensdeling patiënten en gedeelde tools	Netwerk	4,0	21%	11%	2%	80%
Toereikend zorgaanbod	Toegang	3,5	20%	11%	2%	70%
Ruimte voor netwerkinterventies	Netwerk	3,0	18%	11%	2%	60%
Expertisedeling	Netwerk	4,0	18%	11%	2%	80%
<b>Ambulante, mobiele en outreachend aanpak</b>	<b>Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling</b>	<b>3,0</b>	<b>14%</b>	<b>14%</b>	<b>2%</b>	<b>60%</b>
Flexibiliteit en autonomie in de behandeling en diagnostiek	Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling	4,0	14%	14%	2%	80%
Hoogopgeleide teams	Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling	4,0	14%	14%	2%	80%
Procesdiagnostiek	Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling	4,0	14%	14%	2%	80%
Vorming, training en opleiding van het personeel	Multidisciplinaire deskundigheid	4,0	14%	14%	2%	80%
Flexibiliteit in personeelsbeleid	Multidisciplinaire deskundigheid	3,0	13%	14%	2%	60%
Evenwichtige samenstelling van disciplines in een team	Multidisciplinaire deskundigheid	4,0	13%	14%	2%	80%
<b>Voldoende infrastructuur</b>	<b>Kwaliteitsvolle diagnostiek en behandeling</b>	<b>3,8</b>	<b>13%</b>	<b>14%</b>	<b>2%</b>	<b>75%</b>
Retentiebeleid	Multidisciplinaire deskundigheid	4,0	12%	14%	2%	80%
Hoge opleiding personeel	Multidisciplinaire deskundigheid	4,0	12%	14%	2%	80%
Mogelijkheid te richten op een brede doelgroep	Toegang	3,0	14%	11%	2%	60%
Mogelijkheid tot sociale correcties	Toegang	3,0	14%	11%	2%	60%
Cultuursensiviteit	Toegang	4,0	14%	11%	2%	80%
Coördinatie van netwerken	Netwerk	3,0	14%	11%	2%	60%
<b>Beschikbaar personeel</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>17%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>40%</b>
<b>Beschikbare capaciteit</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>2,0</b>	<b>17%</b>	<b>9%</b>	<b>1%</b>	<b>40%</b>
Outreachend werken	Adequate echelonnering	3,0	17%	9%	1%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	3,0	17%	9%	1%	60%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Adequate echelonnering	4,0	17%	9%	1%	80%
Aandacht voor prevalentiecijfers en omgevingsanalyse	Toegang	4,0	12%	11%	1%	80%
ICF-classificatie	Multidisciplinaire deskundigheid	3,3	9%	14%	1%	67%
<b>Geografische bereikbaarheid</b>	<b>Toegang</b>	<b>2,5</b>	<b>11%</b>	<b>11%</b>	<b>1%</b>	<b>50%</b>
Regionale afstemming	Netwerk	3,0	9%	11%	1%	60%
Intensief en langdurig traject	Participatie van de patiënt aan de maatschappij	4,0	5%	16%	1%	80%
<b>Echelonnering</b>	<b>Netwerk</b>	<b>3,0</b>	<b>6%</b>	<b>11%</b>	<b>1%</b>	<b>60%</b>

De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie Hoofdstuk 24.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

#### 8.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Tabel 21 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein Centra voor ambulante revalidatie.

De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren vooral administratieve luwte prioritair is, rekening houdend het belang van 3% en het groeipotentieel van 60%. Werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich in dit conventiedomein vooral in:

- Het faciliteren van samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren in een netwerk;
- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het aanwerven van extra personeel;
- Het verhogen van de capaciteit;
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 21 Adequate echelonnering Centra voor ambulante revalidatie

Factor	Belang	Bijdrage succes
Beschikbaar personeel	1%	40%
Beschikbare capaciteit	1%	40%
Outreachend werken	1%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	1%	60%
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	1%	80%
Administratieve luwte	3%	40%

## 9 Visuele revalidatie

### 9.1 Raamwerk

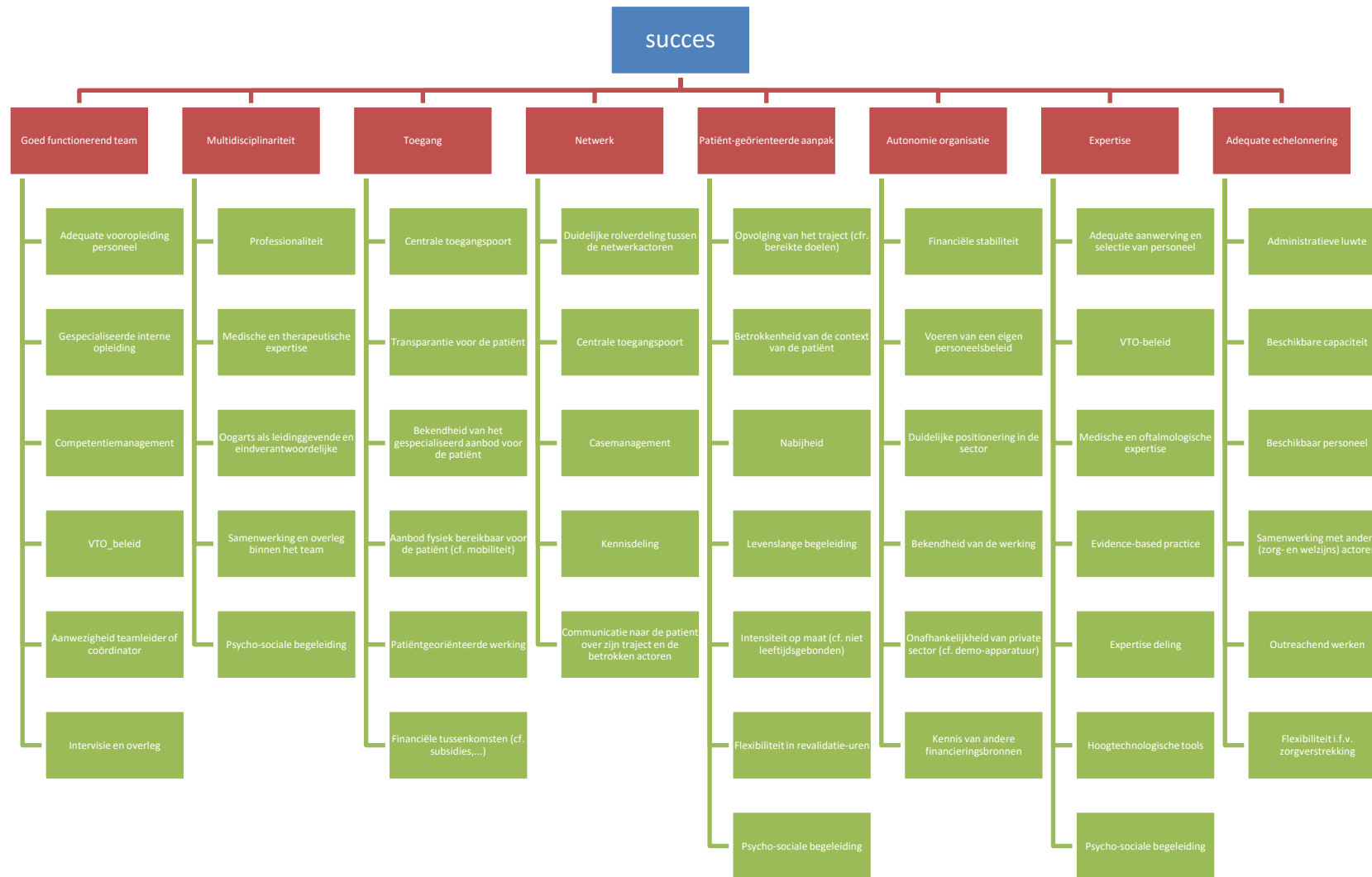
Experten respondenten werkzaam binnen het conventiedomein 969 hebben samen, in consensus, een boomstructuur opgesteld die het succes bepaalt van een revalidatiecentrum binnen het respectievelijke conventiedomein. De respondenten hebben met name acht hoofddoelen bepaald die allen kunnen beschouwd worden als beleidsprioriteiten:

1. Goed functionerend team;
2. Multidisciplinariteit;
3. Toegang;
4. Netwerk;
5. Patiënt-georiënteerde aanpak;
6. Autonomie organisatie;
7. Expertise;
8. Adequate echelonnering.

Om succesvol te zijn moet een revalidatiecentrum binnen het domein van de visuele revalidatie zich focussen op een multidisciplinaire en patiëntgeoriënteerde aanpak. Autonomie van de organisatie, expertise en een goed functionerend team zijn daarbij cruciaal om succes te behalen. Daarnaast zijn ook het hebben van een netwerk en adequate echelonnering elementen van succes binnen de visuele revalidatie. Vervolgens blijkt ook toegang een prioriteit te zijn indien men een succesvolle werking beoogt.

Voor elk van deze hoofdoelen, van deze algemene prioriteiten, werden diverse factoren (sub-prioriteiten) bepaald die noodzakelijk zijn om deze doelen te behalen en succesvol te zijn binnen de visuele revalidatie. Onderstaand overzicht geeft deze factoren per doel schematisch weer.





Figuur 85 Schematisch overzicht boomstructuur Visuele revalidatie

In onderstaande onderdelen gaan we dieper in op elke tak van de boom. Vooreerst bespreken we de resultaten voor de doelen die het succes bepalen van het conventiedomein. Daarna verdiepen we verder door de factoren te bespreken per doel. Voor de bespreking hanteren we het interpretatiekader zoals beschreven in hoofdstuk 1. We maken de opdeling tussen enerzijds ‘investeringen om te groeien’ en anderzijds ‘investeringen om te behouden’.

### 9.1.1 Succes

Algemeen is er geen lijn te trekken tussen enerzijds aanwezigheid en anderzijds belang van de doelen om succes te behalen binnen het conventiedomein Visuele revalidatie. We merken echter wel dat de doelen die de target halen, het minst belangrijk geacht worden door de respondenten. Dit staat in schril contrast met wat in een ideale situatie zou verwacht worden, zijnde meeste aandacht voor de belangrijkste doelen. Figuur 86 geeft een overzicht van de resultaten.

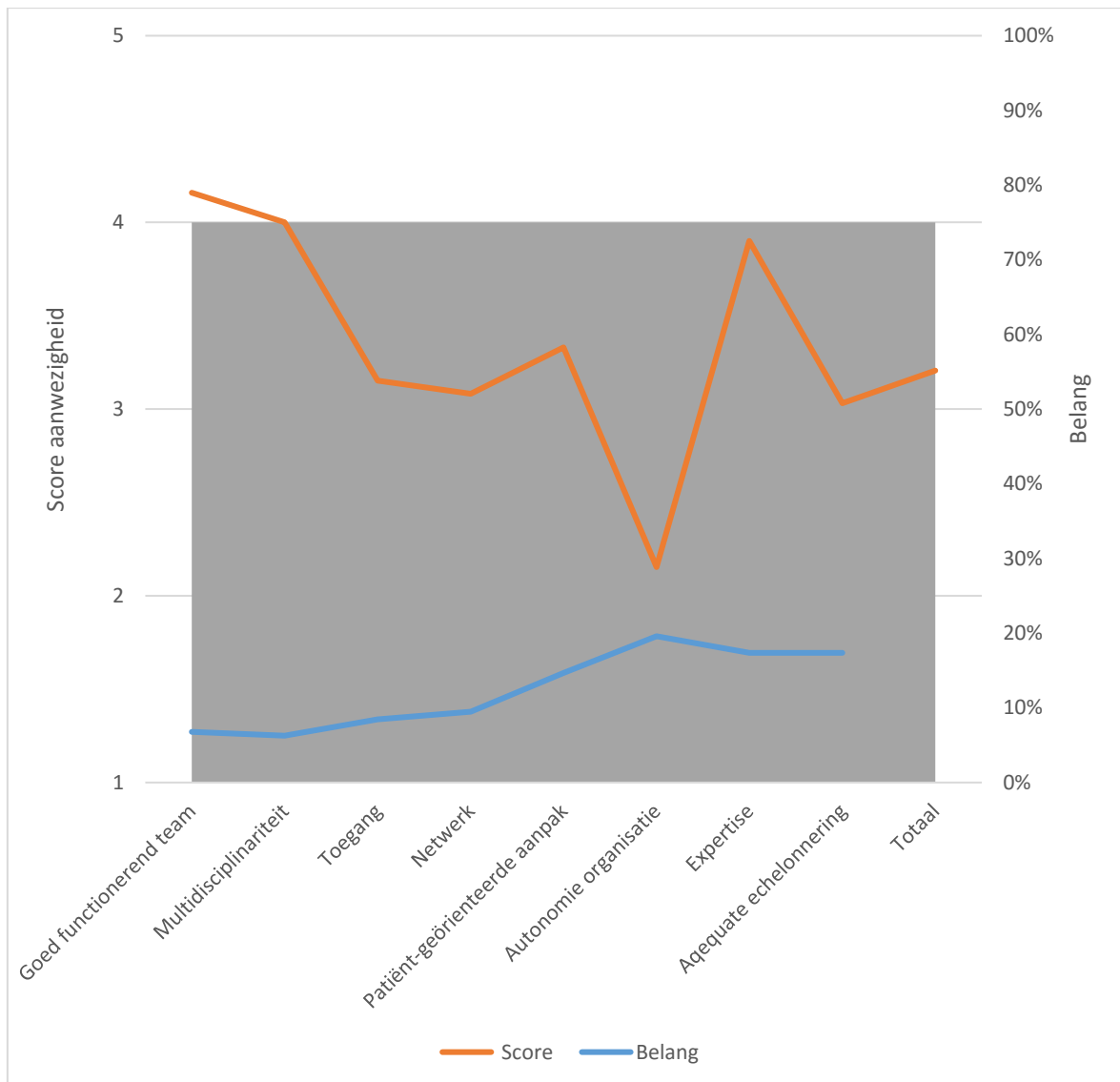
Indien men het succes van het conventiedomein wil vergroten, dient er met voorsprong extra aandacht besteed te worden aan de autonomie van de organisatie gelet op de aanwezigheidsscore 2,15 en 20% belang. Daarnaast zijn meer investeringen noodzakelijk dan wat nu het geval is adequate echelonnering mogelijk te maken (aanwezigheidsscore 3,05, 17% belang), om de expertise te versterken (aanwezigheidsscore 3,9, 17% belang) en om een patiënt-georiënteerde aanpak mogelijk te maken (aanwezigheidsscore 3,33, 15% belang).

Qua investeringen om de huidige stand van zaken te behouden dient men zich te focussen op het goed functioneren van teams (aanwezigheidsscore 4,16, 7% belang) en multidisciplinariteit (aanwezigheidsscore 4, 6% belang).

Samengevat stellen we vast dat dit conventiedomein de target niet haalt (score 3,56) wat vooral extra investeringen met zich meebrengt om groei te bereiken. Concreet identificeren we dat aan zes doelen meer aandacht moet geschonken worden:

- Autonomie organisatie;
- Adequate echelonnering;
- Zorg op maat;
- Netwerk;
- Toegang;
- Patiënt-georiënteerde aanpak;
- Expertise.

In de volgende secties gaan we voor alle doelen na welke factoren aan de basis liggen van de scores om succes te behalen, om op deze manier te bepalen op welke factoren het conventiedomein dient in te zetten om zijn positie te verbeteren en op welke het moet blijven investeren om zijn positie te behouden.



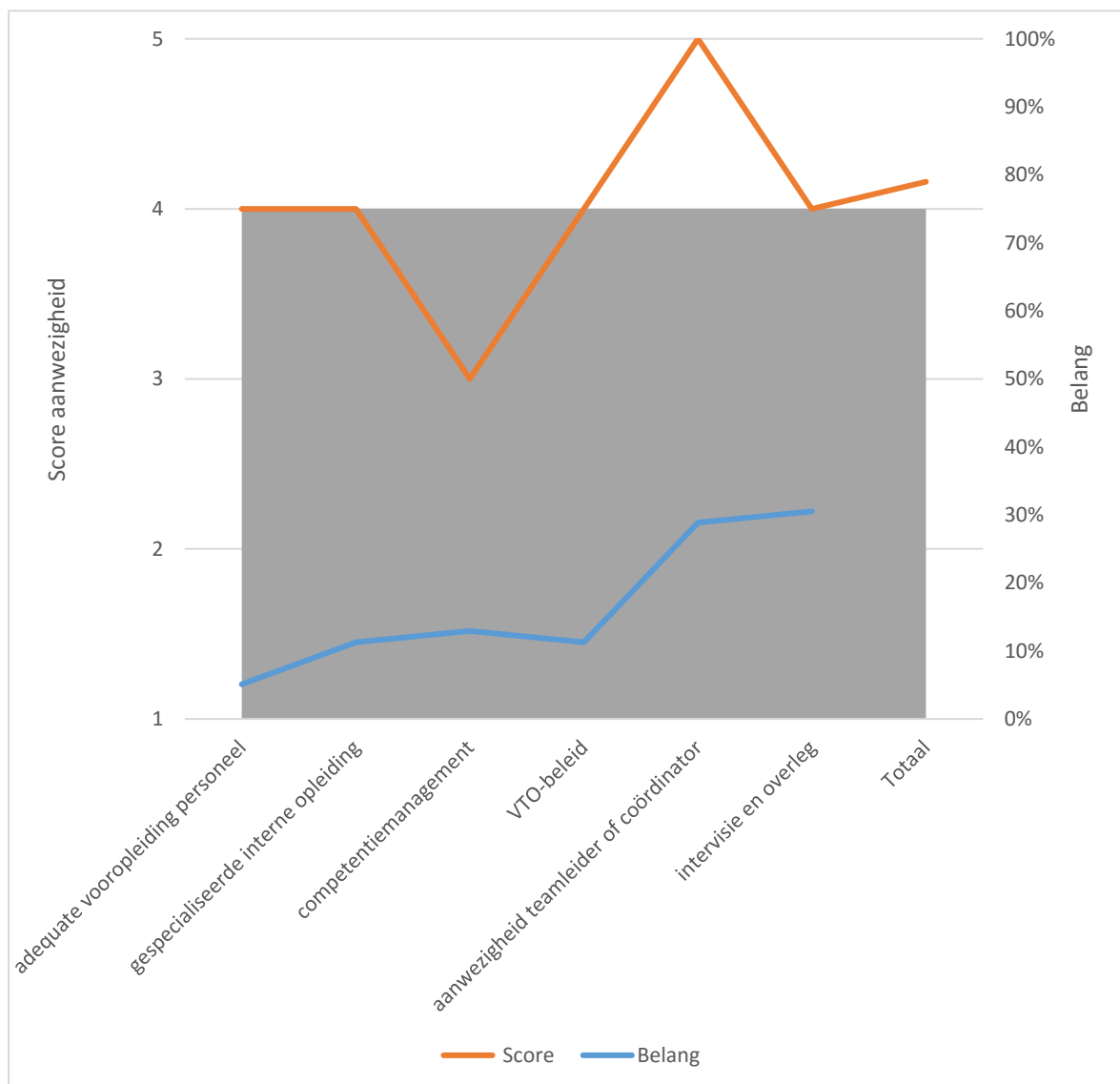
Figuur 86 Resultaten succes binnen het domein van Visuele revalidatie

9.1.2 Goed functionerend team

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een team goed te laten functioneren binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm haalt gelet op de totaalscore van 4,17. Er zijn bijgevolg vooral investeringen voor behoud nodig. Figuur 87 geeft een overzicht van de resultaten.

Ondanks het feit dat teams goed functioneren binnen het conventiedomein, is er groeimarge wat betreft competentie management gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en 13% belang. Deze factor is dan ook een aandachtspunt van het domein en vraagt een extra investering.

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig voor vijf factoren. Echter is vooral blijvende aandacht nodig voor intervisie en overleg (aanwezigheidsscore 4, 31% belang) en aanwezigheid van een teamleider of coördinator (aanwezigheidsscore 5, 29% belang).



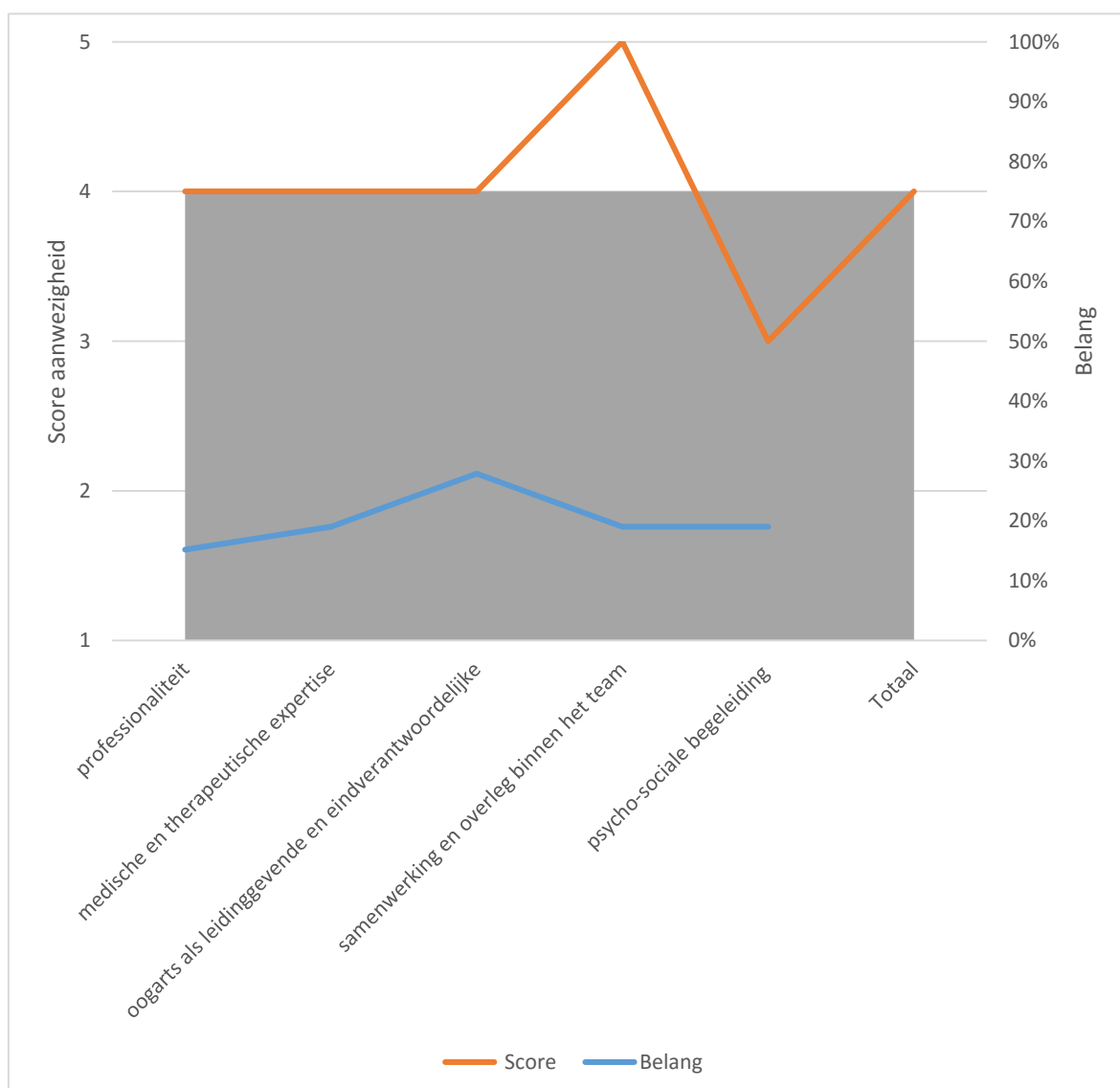
Figuur 87 Resultaten goed functionerend team binnen het domein van Visuele revalidatie

### 9.1.3 Multidisciplinariteit

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om multidisciplinariteit mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we dat het doel de kwaliteitsnorm haalt met een totaalscore van 4. Er zijn bijgevolg vooral investeringen voor behoud nodig. Figuur 88 geeft een overzicht van de resultaten.

Ondanks het feit dat multidisciplinariteit goed aanwezig is binnen het conventiedomein, is er groeiomarge wat betreft psychosociale begeleiding gezien de aanwezigheidsscore van 3 en 19% belang. Deze factor is dan ook een prioritair aandachtspunt voor het domein en vraagt een extra investering.

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig voor vier factoren. Echter is met stip blijvende aandacht nodig voor de oogarts als leidinggevende en eindverantwoordelijke (aanzwzigheidsscore 4, 28% belang). Daarnaast is ook aandacht wenselijk voor medische en therapeutische expertise (aanzwzigheidsscore 4, 19% belang) en samenwerking en overleg binnen het team (aanzwzigheidsscore 5, 19% belang).



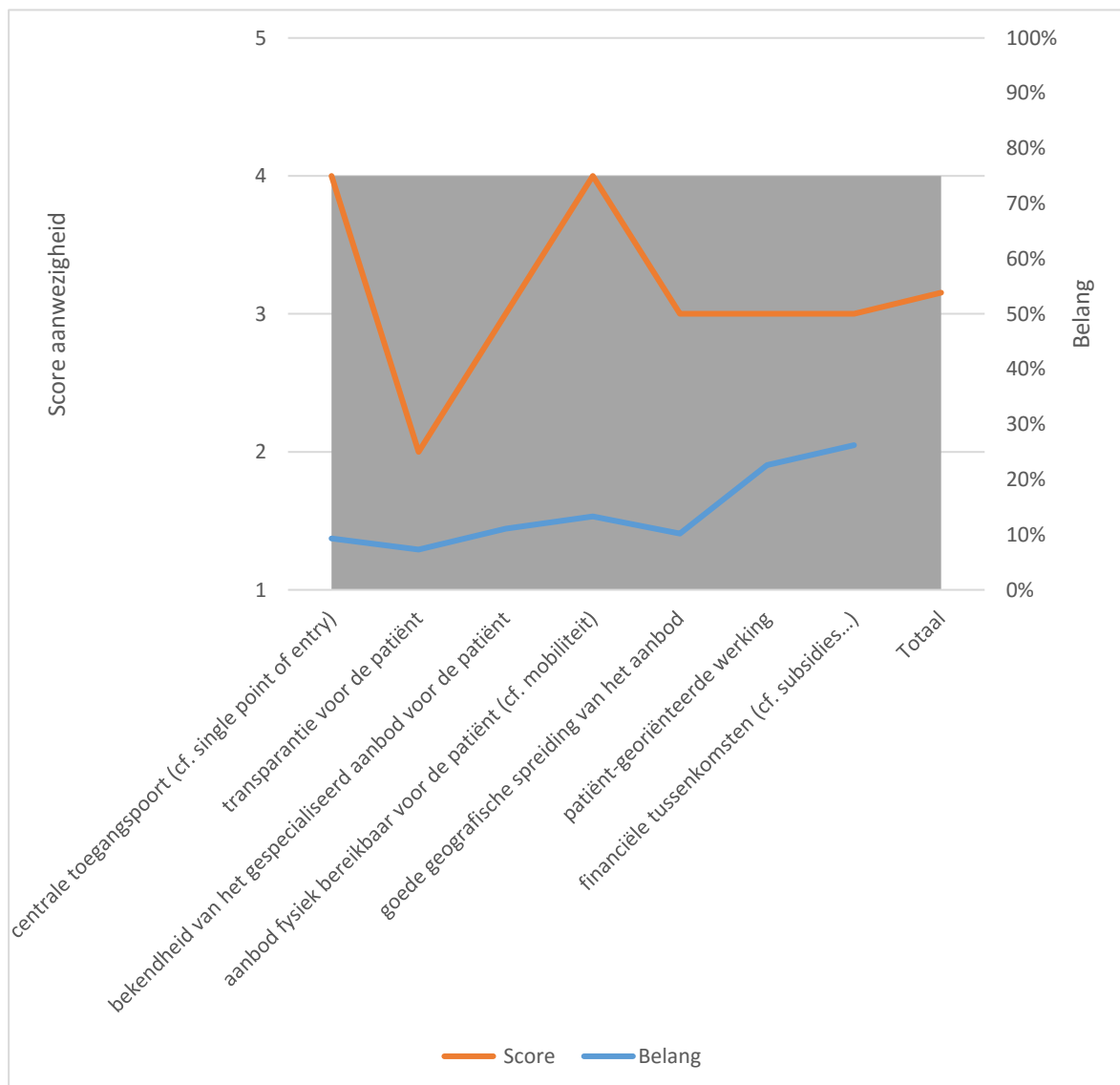
Figuur 88 Resultaten multidisciplinariteit binnen het domein van Visuele revalidatie

9.1.4 Toegang

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om toegang mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (totaalscore van 3,14) en vooral dat de belangrijkste factoren de target niet halen. Er zijn bijgevolg vooral investeringen met het oog op groei nodig. Figuur 89 geeft een overzicht van de resultaten.

Om toegang mogelijk te maken is prioritaire aandacht nodig voor financiële tussenkomsten (aanwezigheidsscore 3, 26% belang) en patiënt-georiënteerde werking (aanwezigheidsscore 3, 23% belang). Deze twee factoren bezitten een grote groeimarge en vergen bijgevolg een extra investering.

In het licht van investeringen voor behoud is voornamelijk beleidsaandacht nodig voor het behoud de fysieke bereikbaarheid van het aanbod voor de patiënt gelet op de aanwezigheidsscore van 4 en 13% belang. Blijvende investeringen zijn verder wenselijk met het oog op het behoud van een centrale toegangspoort (aanwezigheidsscore 4, 9% belang).



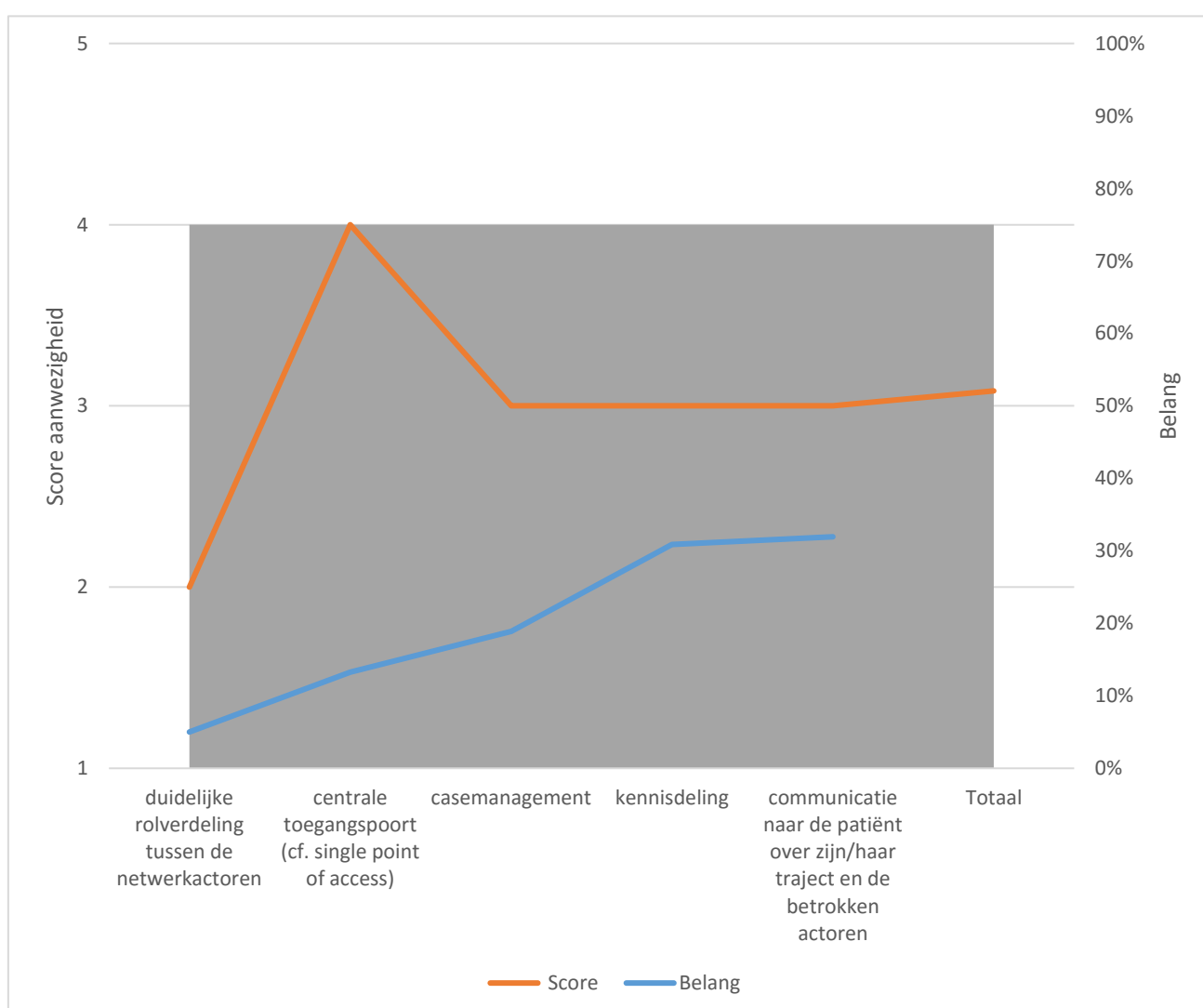
Figuur 89 Resultaten toegang binnen het domein van Visuele revalidatie

### 9.1.5 Netwerk

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een netwerk mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we echter dat het doel op de grens balanceert met de kwaliteitsnorm met een totaalscore van 3,9. Figuur 90 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel beter te behalen is prioritaire aandacht nodig voor communicatie naar de patiënt en de betrokken actoren over het traject (aanwezigheidsscore 3, 32% belang) en kennisdeling (aanwezigheidsscore 3, 31% belang). Deze twee factoren bezitten een grote groeimarge en vergen bijgevolg een extra investering. Zij het minder belangrijk, is ook een extra investering nodig in casemanagement indien men wil groeien (aanwezigheidsscore 3, 19% belang).

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig voor het in stand houden van de centrale toegangspoort gelet op de aanwezigheidsscore van 4 en 13% belang.



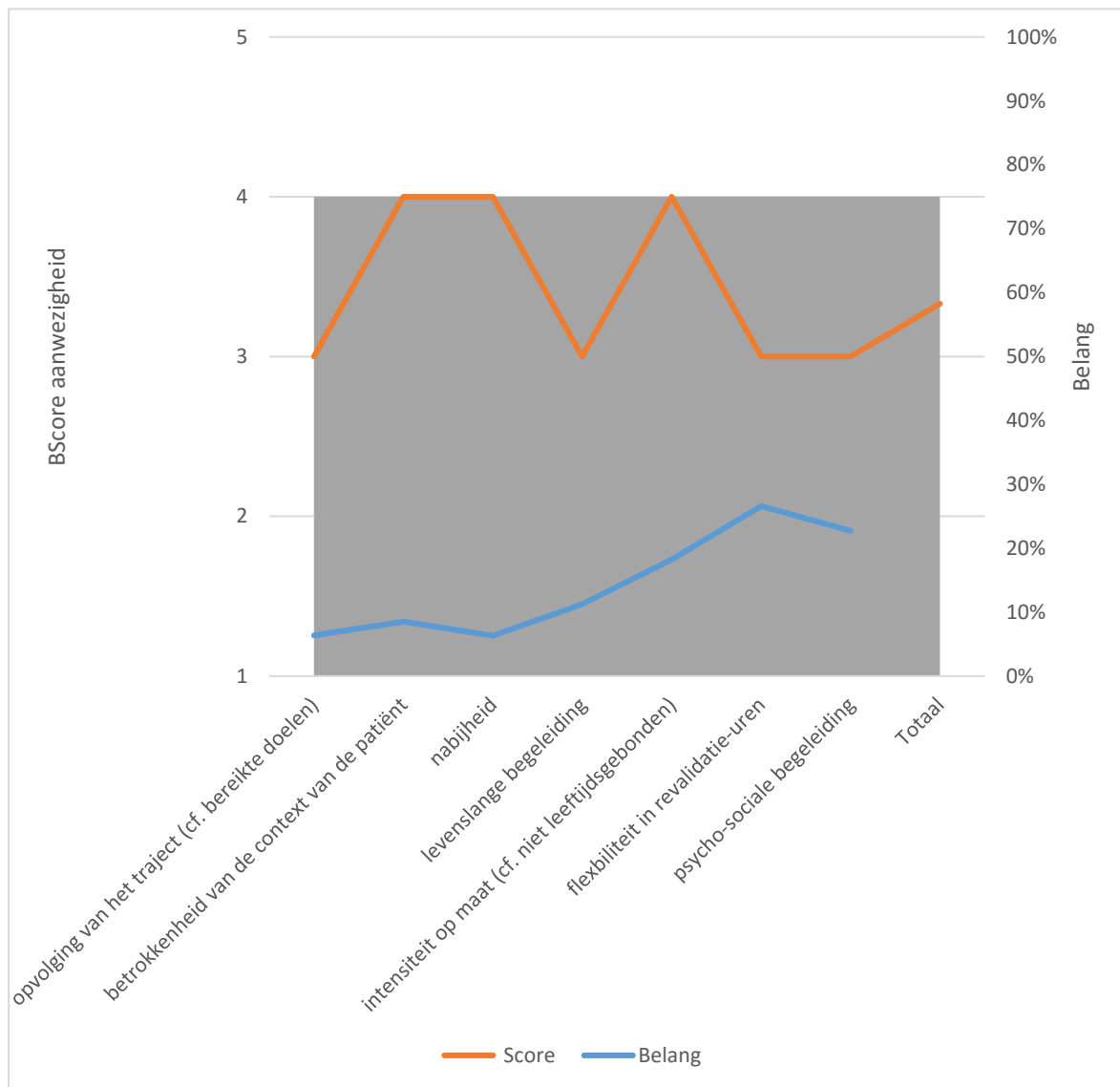
Figuur 90 Resultaten netwerk binnen het domein van Visuele revalidatie

9.1.6 Patiënt-georiënteerde aanpak

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een patiënt-georiënteerde aanpak mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we echter dat het doel de kwaliteitsnorm niet haalt (totaalscore 3,33). Figuur 91 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel beter te behalen is prioritaire aandacht nodig voor flexibiliteit in revalidatie-uren (aanwezigheidsscore 3, 27% belang) en psychosociale begeleiding (aanwezigheidsscore 3, 23% belang). Deze twee factoren bezitten een grote groeimarge en vergen bijgevolg een extra investering. Zij het minder belangrijk, is ook een extra investering nodig in levenslange begeleiding indien men wil groeien (aanwezigheidsscore 3, 11% belang).

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig voor het in stand houden van intensiteit op maat gelet op de aanwezigheidsscore van 4 en 18 belang.



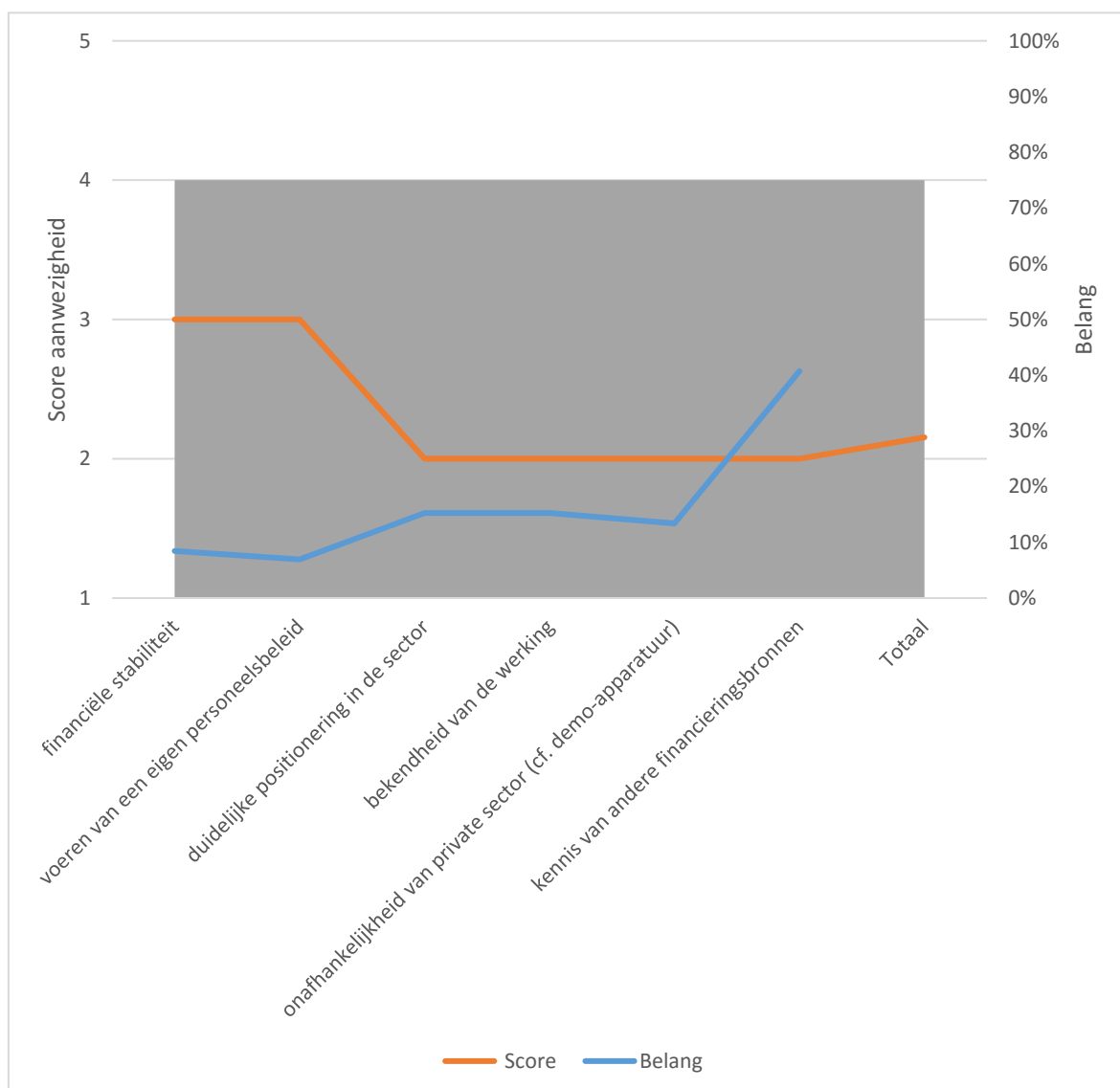
Figuur 91 Resultaten patiënt-georiënteerde aanpak binnen het domein van Visuele revalidatie



### 9.1.7 Autonomie organisatie

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om een autonomie organisatie mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we echter dat het doel ruim de kwaliteitsnorm niet haalt (totaalscore 2,14). Om het doel te kunnen halen zijn dan ook extra investeringen wenselijk gericht op groei. Figuur 92 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel mogelijk te maken is bij voorrang extra aandacht nodig voor kennis van andere financieringsbronnen gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en een belang van 41%. Verder is eveneens een extra investering nodig in een duidelijke positionering in de sector en in de bekendheid van de werking (beide aanwezigheidsscore 2, 15% belang). Tot slot is onafhankelijkheid van de private sector een extra aandachtspunt indien men wil groeien (aanwezigheidsscore 2, 13% belang).



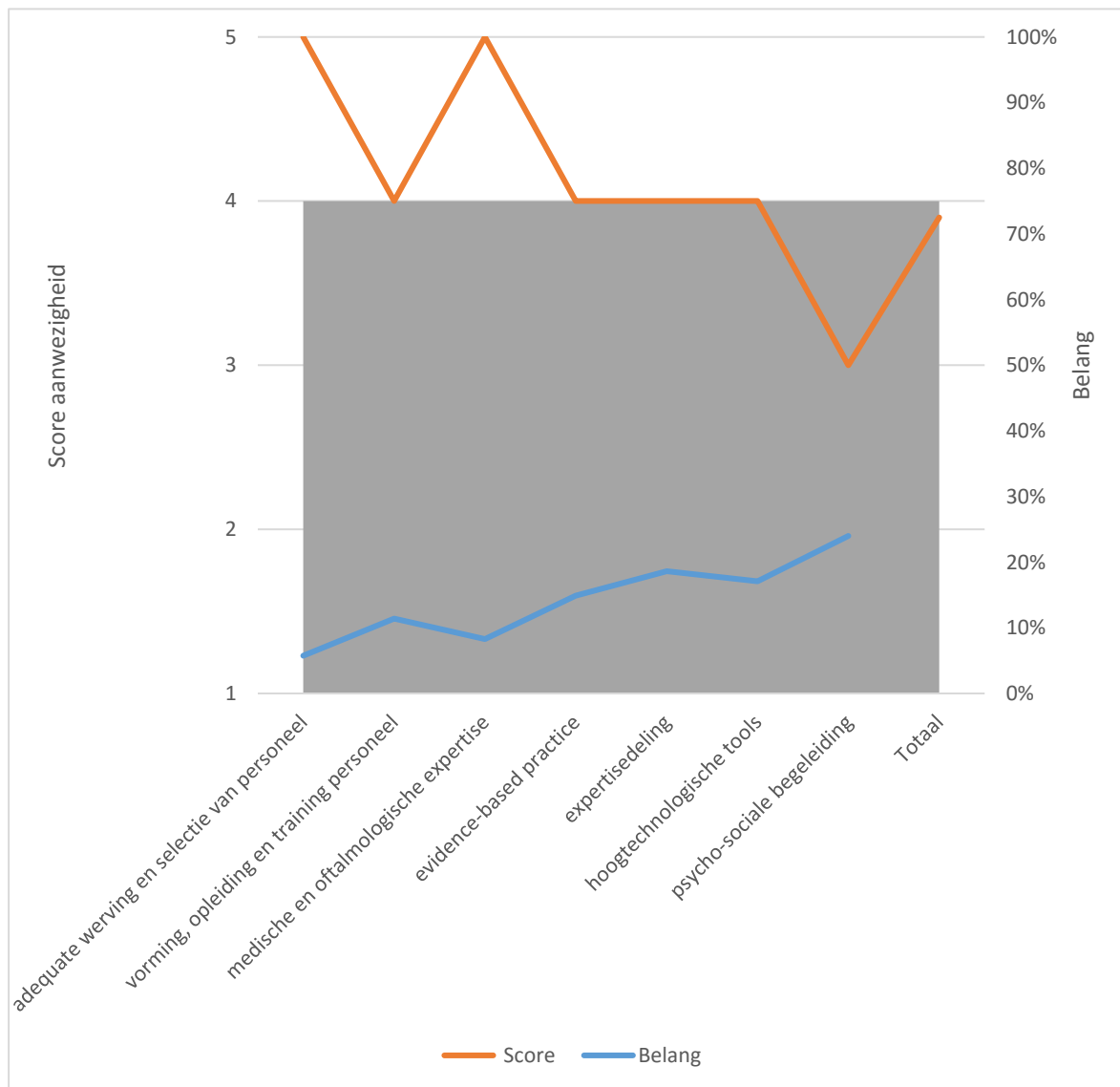
Figuur 92 Resultaten autonomie van de organisatie binnen het domein van Visuele revalidatie

9.1.8 Expertise

We nemen een omgekeerde tendens waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om expertise te bezitten binnen het domein van Visuele revalidatie. Met andere woorden, hoe groter de mate van aanwezigheid, hoe lager het belang (en omgekeerd). Dit is een opvallend resultaat, aangezien je in een ideale situatie het omgekeerde verwacht; zijnde hoe groter het belang, hoe hoger de aanwezigheid. In het algemeen zien we dan ook dat de norm niet behaald wordt (totaalscore 3,8). Figuur 93 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel mogelijk te maken en groei te bewerkstelligen, is prioritaire aandacht nodig voor psychosociale begeleiding gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en een belang van 24%.

In het licht van investeringen voor behoud is voornamelijk beleidsaandacht nodig voor het in stand houden van expertisedeling (aanwezigheidsscore 4, 19% belang), hoogtechnologische tools (aanwezigheidsscore 4, 17% belang) en evidence-based (aanwezigheidsscore 4, 15% belang).



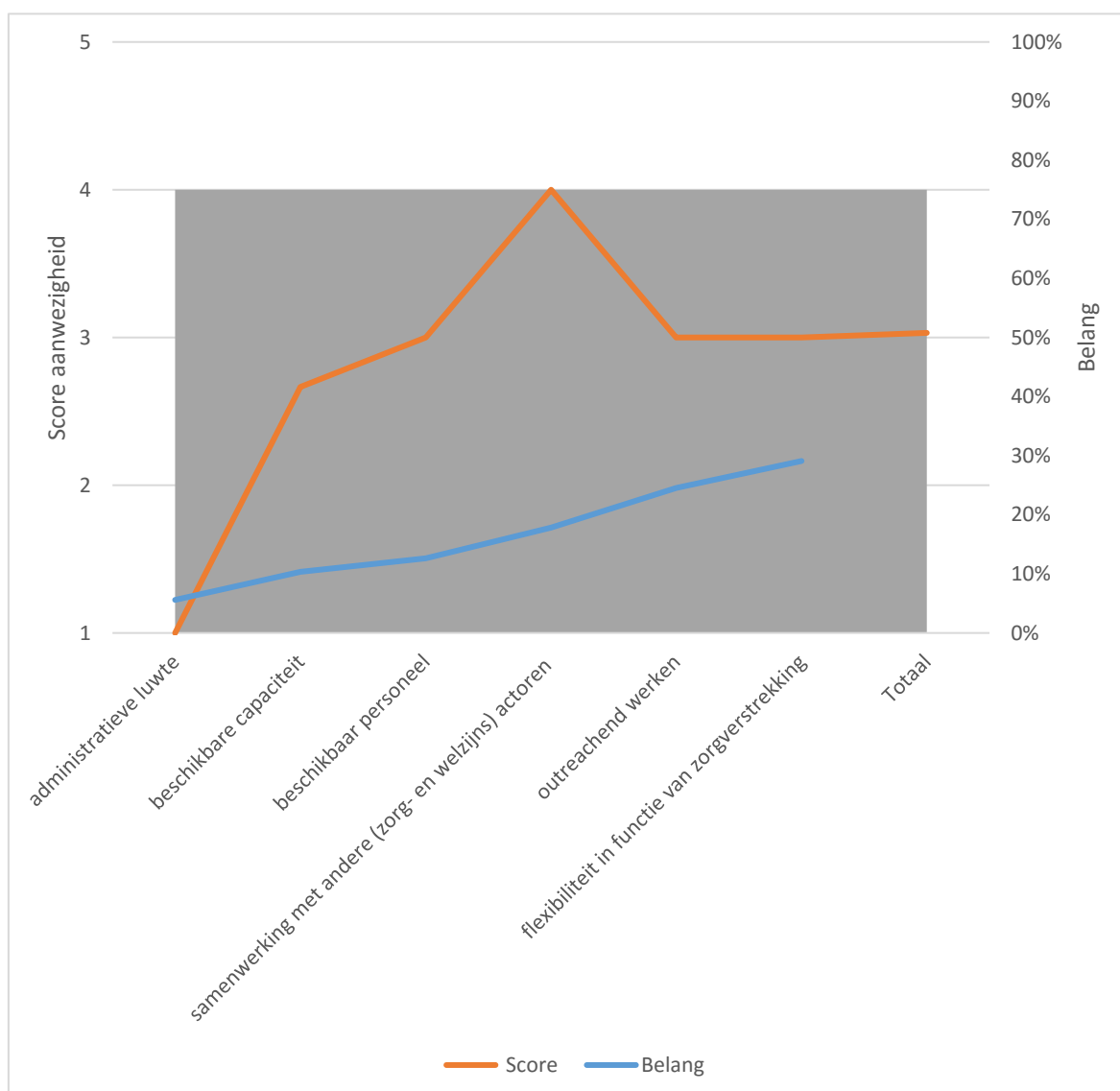
Figuur 93 Resultaten expertise binnen het domein van Visuele revalidatie

### 9.1.9 Adequate echelonnering

We nemen geen gelijke trend waar tussen de aanwezigheid en het belang van de factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken binnen het domein van Visuele revalidatie. In het algemeen zien we dat de norm niet behaald wordt (totaalscore 3,1). Figuur 94 geeft een overzicht van de resultaten.

Om het doel mogelijk te maken en groei te bewerkstelligen, is prioritaire aandacht nodig voor flexibiliteit in functie van de zorgverstreker gelet op de aanwezigheidsscore van 3 en een belang van 29%. Daarnaast is ook het wenselijk extra aandacht te hebben voor outreachend werken die een aanwezigheidsscore heeft van 3 en een belang van 25%. Hoewel respondenten het minder belangrijk achten dan de andere factoren, geven ze verder aan dat extra inspanningen noodzakelijk zijn met betrekking tot de beschikbaarheid van het personeel indien met adequaat wil echelonneren (aanwezigheidsscore 3, 13% belang).

In het licht van investeringen voor behoud is beleidsaandacht nodig voor het in stand houden van de samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren (aanwezigheidsscore 4, 18% belang).



Figuur 94 Resultaten adequate echelonnering binnen het domein van Visuele revalidatie

## 9.2 Bespreking Visuele revalidatie

### 9.2.1 Globale score

Bovenstaande analyse toont aan dat het conventiedomein *Visuele revalidatie* de kwaliteitsnorm (score van 4 op 5) niet haalt gezien de score van 3,21 op 5. Extra investeringen dringen zich op indien men de positie van het conventiedomein wenst te versterken en men de kwaliteitsnorm wenst te behalen.

### 9.2.2 Top 10 succesfactoren

Tijdens de focusgroepen identificeerden we in totaal 46 succesfactoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen. Al deze factoren blijken dan ook de prioriteiten te zijn waar men dient op in te zetten binnen het conventiedomein. Van deze 46 zijn echter de tien belangrijkste succesfactoren de volgende (in volgorde van belang):

1. Psychosociale begeleiding
2. Kennis van andere financieringsbronnen
3. Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking
4. Outreachend werken
5. Flexibiliteit in revalidatie-uren
6. Expertisedeling
7. Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren
8. Communicatie naar de patiënt over zijn/haar traject en de betrokken actoren
9. Bekendheid van de werking
10. Duidelijke positionering in de sector

### 9.2.3 Prioritering

Tabel 15 is een samenvattende weergave van het belang en de bijdrage van alle factoren en doelen aan het globale succes van het domein visuele revalidatie. Het conventiedomein zet de doelen adequate echelonnering en autonomie van de organisatie in het algemeen hoog op de agenda. In het bijzonder vragen de factoren kennis van andere financieringsbronnen, bekendheid van de werking en duidelijke positionering in de sector prioritaire aandacht. Kennis van andere financiering vormt het grootste aandachtspunt van het domein met 8% belang en 40% huidige bijdrage aan succes of 60% groeipotentieel. Bekendheid van de werking en een duidelijke positionering vergen verder ook prioritaire aandacht gelet op hun 3% belang en 40% huidige bijdrage aan succes of 60% groeipotentieel. Investeringen in Pr en communicatie zijn dan ook wenselijk, net als aandacht voor een gedegen stakeholder management met duidelijke rolafbakening binnen de visuele revalidatiesector.

Hoewel administratieve luwte binnen dit conventiedomein niet bovenaan de agenda staat (1% belang), heeft deze factor de slechtste score (20% huidige bijdrage aan succes). Een extra inspanning voor de ondersteuning van de administratieve taken is dan ook wenselijk, alsook een flexibelere regelgeving die focust op de zorgverstrekking en minder op het administratieve. Daarnaast blijkt er ook heel wat groeipotentieel te bestaan aangaande transparantie voor de cliënt, gelet op de huidige bijdrage aan het succes van het conventiedomein van 40% en een groeipotentieel van 60%.

Tabel 22 Samenvattende tabel visuele revalidatie

Factor	Doel	Aanwezigheid (A)	Belang Factor (B)	Belang Doel (C)	Belang (D)	Bijdrage succes (E)
Psychosociale begeleiding	Patiëntgeoriënteerde aanpak - Expertise - Multidisciplinariteit	3,0	NvT	NvT	9%	60%
<b>Kennis van andere financieringsbronnen</b>	<b>Autonomie organisatie</b>	<b>2,0</b>	<b>41%</b>	<b>20%</b>	<b>8%</b>	<b>40%</b>
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekkers	Adequate echelonnering	3,0	29%	17%	5%	60%
Outreaching werken	Adequate echelonnering	3,0	25%	17%	4%	60%
Flexibiliteit in revalidatie-uren	Patiëntgeoriënteerde aanpak	3,0	27%	15%	4%	60%
Expertisedeling	Expertise	4,0	19%	17%	3%	80%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Adequate echelonnering	4,0	18%	17%	3%	80%
Communicatie naar de patiënt over zijn/haar traject en de betrokken actoren	Netwerk	3,0	32%	9%	3%	60%
<b>Bekendheid van de werking</b>	<b>Autonomie organisatie</b>	<b>2,0</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>
<b>Duidelijke positionering in de sector</b>	<b>Autonomie organisatie</b>	<b>2,0</b>	<b>15%</b>	<b>20%</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>
Hoogtechnologische tools	Expertise	4,0	17%	17%	3%	80%
Kennisdeling	Netwerk	3,0	31%	9%	3%	60%
Intensiteit op maat (cf. niet leeftijdsgebonden)	Patiëntgeoriënteerde aanpak	4,0	18%	15%	3%	80%
<b>Onafhankelijkheid van private sector (cf. demo-apparatuur)</b>	<b>Autonomie organisatie</b>	<b>2,0</b>	<b>13%</b>	<b>20%</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>
Evidence-based practice	Expertise	4,0	15%	17%	3%	80%
Financiële tussenkomsten (cf. subsidies...)	Toegang	3,0	26%	8%	2%	60%
Beschikbaar personeel	Adequate echelonnering	3,0	13%	17%	2%	60%
Intervisie en overleg	Goed functionerend team	4,0	31%	7%	2%	80%
Centrale toegangspoort (cf. single point of access)	Netwerk - Toegang	4,0	NvT	NvT	2%	80%
Vorming, opleiding en training personeel	Expertise	4,0	11%	17%	2%	80%
Aanwezigheid teamleider of coördinator	Goed functionerend team	5,0	29%	7%	2%	100%
Patiëntgeoriënteerde werking	Toegang	3,0	23%	8%	2%	60%
Beschikbare capaciteit	Adequate echelonnering	2,7	10%	17%	2%	53%
Casemanagement	Netwerk	3,0	19%	9%	2%	60%
Oogarts als leidinggevende en eindverantwoordelijke	Multidisciplinariteit	4,0	28%	6%	2%	80%
Financiële stabiliteit	Autonomie organisatie	3,0	8%	20%	2%	60%
Levenslange begeleiding	Patiëntgeoriënteerde aanpak	3,0	11%	15%	2%	60%
Medische en oftalmologische expertise	Expertise	5,0	8%	17%	1%	100%
Voeren van een eigen personeelsbeleid	Autonomie organisatie	3,0	7%	20%	1%	60%
Betrokkenheid van de context van de patiënt	Patiëntgeoriënteerde aanpak	4,0	9%	15%	1%	80%
Medische en therapeutische expertise	Multidisciplinariteit	4,0	19%	6%	1%	80%
Samenwerking en overleg binnen het team	Multidisciplinariteit	5,0	19%	6%	1%	100%
Aanbod fysiek bereikbaar voor de patiënt (cf. mobiliteit)	Toegang	4,0	13%	8%	1%	80%
Adequate werving en selectie van personeel	Expertise	5,0	6%	17%	1%	100%
<b>Administratieve luwte</b>	<b>Adequate echelonnering</b>	<b>1,0</b>	<b>6%</b>	<b>17%</b>	<b>1%</b>	<b>20%</b>
Professionaliteit	Multidisciplinariteit	4,0	15%	6%	1%	80%
Opvolging van het traject (cf. bereikte doelen)	Patiëntgeoriënteerde aanpak	3,0	6%	15%	1%	60%
Bekendheid van het gespecialiseerd aanbod voor de patiënt	Toegang	3,0	11%	8%	1%	60%
Nabijheid	Patiëntgeoriënteerde aanpak	4,0	6%	15%	1%	80%
Competentiemanagement	Goed functionerend team	3,0	13%	7%	1%	60%
Goede geografische spreiding van het aanbod	Toegang	3,0	10%	8%	1%	60%
Gespecialiseerde interne opleiding	Goed functionerend team	4,0	11%	7%	1%	80%
VTO-beleid	Goed functionerend team	4,0	11%	7%	1%	80%
<b>Transparantie voor de patiënt</b>	<b>Toegang</b>	<b>2,0</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>40%</b>
Duidelijke rolverdeling tussen de netwerkactoren	Netwerk	2,0	5%	9%	0%	40%
Adequate vooropleiding personeel	Goed functionerend team	4,0	5%	7%	0%	80%

Nota: De elementen aangeduid met een letter verwijzen naar de elementen die geïdentificeerd zijn in de methodologie sectie. Zie Sectie 4.4 voor meer uitleg. Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scores. De in het vetgedrukte rijen wijzen de factoren aan die extra in het oogspringen tijdens onze analyse en in deze sectie besproken worden.

### 9.2.4 Adequate echelonnering

Gelet op de nadruk die door alle conventiedomeinen in de kwalitatieve fase gelegd werd op adequate echelonnering om wachtlijsten in te perken, zijn we hier per domein dieper ingegaan via de bredere kwantitatieve bevraging. Tabel 14 geeft een samenvatting van de factoren die bijdragen aan adequate echelonnering binnen het domein van de Visuele revalidatie. De resultaten tonen aan dat om op een adequate manier te kunnen echelonneren vooral de flexibiliteit in functie van zorgverstrekking en het kunnen outreachend werken prioritair zijn. Werkpunten om de adequate echelonnering te optimaliseren situeren zich in dit conventiedomein vooral in:

- Flexibiliteit in te bouwen in de functie van de zorgverstrekker;
- Het aanreiken van tools om beter outreachend te werken;
- Het aanwerven van extra personeel;
- Het verhogen van de capaciteit;
- Het verminderen van de administratieve taken/lasten.

Tabel 23 Adequate echelonnering Visuele revalidatie

Factor	Belang Factor	Bijdrage succes
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	29%	60%
Outreachend werken	25%	60%
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	18%	80%
Beschikbaar personeel	13%	60%
Beschikbare capaciteit	10%	53%
Administratieve luwte	6%	20%

Nota: Grijs gearceerde rijen duiden factoren aan die onder 80% scoren.

## Hoofdstuk 5

### Bespreking en aanbevelingen

Het doel van dit verkennend onderzoek is om een globaal inzicht te verkrijgen in de noden van de Vlaamse revalidatieconventies vanuit het perspectief van de aanbodzijde. Om dit mogelijk te maken hebben respondenten in een eerste kwalitatieve fase een boomstructuur met doelen en factoren opgesteld waarvan in een tweede kwantitatieve fase het succes werd bepaald van een gemiddeld revalidatiecentrum per conventiedomein.

Gelet op de specifieke historiek die de conventies hebben vormgegeven en gelet op de verscheidenheid binnen en tussen conventiedomeinen, onderschrijven de resultaten een grote inhoudelijke en organisationele diversiteit tussen de conventiedomeinen en tussen de centra binnen een specifiek domein. De verschillen in focus tussen de conventiedomeinen betreffende doelen en factoren zijn dan ook niet helemaal verrassend te noemen. Deze heterogeniteit werpt licht op de noodzaak aan verder onderzoek per specifiek conventiedomein. Globale maar verdiepende vraagstellingen brachten in dit verkennend onderzoek geen uitsluitel en konden niet de specificiteit van een conventiedomein capteren. Meer kennis over onder andere wachtlijsten en wachttijden, pathologiegroepen en prevalentiecijfers, en netwerken kan dan ook slechts verkregen worden door verdiepend vervolgonderzoek dat toegespitst is op een concreet revalidatiedomein. Verder inzicht in zowel de aanbodzijde (scope van dit verkennend onderzoek) als de vraagzijde (buiten de scope van dit onderzoek) is noodzakelijk om na te gaan in hoeverre het aanbod effectief aansluit op de behoeften van cliënten of patiënten en zo een goede match te voorzien.

Voor elk van de negen Vlaamse conventiedomeinen hebben we een totale score kunnen bepalen die de mate van succes aangeeft. We hanteren hierbij de kwaliteitsnorm van 80%. Een lagere score betekent dat er een significant groeipotentieel bestaat binnen het conventiedomein. Dit betekent ook dat extra investeringen noodzakelijk zijn om groei te verwezenlijken en de kwaliteitsnorm te behalen. Indien de kwaliteitsnorm behaald is, dan is blijvende beleidsaandacht noodzakelijk om de huidige kwalitatieve situatie in stand te houden.

Op wat effectief extra dient ingezet te worden of wat moet onderhouden blijven, is samenvattend opgenomen in tabel 24. De tabel geeft meer bepaald de tien meest cruciale factoren weer die het succes bepalen voor een conventiedomein. Elke grijze cel haalt de target niet en is bijgevolg een prioritair aandachtspunt. Elke witte cel vergt blijvende beleidsaandacht. Het doel van de scoring van conventiedomeinen is om een kwaliteitsstandaard te kunnen hanteren, (beleids)prioritering mogelijk te maken en een benchmark te ontwikkelen waartegen revalidatiecentra binnen het respectievelijke domein zich kunnen toetsen. Er is überhaupt geen sprake van een tool om competitiviteit tussen conventiedomeinen aan te wakkeren. De inhoudelijke en organisationele heterogeniteit van de conventiedomeinen maakt een dergelijke vergelijkingstool dan ook inadequaet en onmogelijk te hanteren.

Het domein van *locomotorische en neurologische revalidatie* scoort met 85% over het algemeen heel goed. De tien belangrijkste factoren die samen het succes van het conventiedomein bepalen zijn cliënt-gerichte, holistische en multidisciplinaire aanpak, zingeving, autonomie, transmurale zorg en awareness in de acute fase, inclusieve benadering, overleg en zorgcontinuïteit. Analyses wijzen uit dat al deze factoren in grote mate aanwezig zijn, uitgezonderd aandacht zingeving voor alle drie de stakeholder-groepen. Zingeving is dan ook het grootste aandachtspunt van het conventiedomein 7.71 om hogere

kwaliteit te kunnen garanderen. Investerings met het oog op het versterken van de psychologische drivers of drijfveren voor revalidatie van patiënten en context dringen zich op. Er dient dus zowel oog te zijn voor medische zorg als voor het ruimere welzijn van de patiënt en zijn of haar context. Maar ook in het licht van retentiemanagement kunnen extra inspanningen een hefboom vormen. Geëngageerd professioneel talent motiveren is dan ook de boodschap in dit conventiedomein.

Het domein van *psychosociale revalidatie* haalt met een score van 77% de kwaliteitsnorm net niet. Dit wijst op een groeipotentieel en vraagt om extra investeringen om vooral de betrokkenheid van de context van de cliënt, het outreachend werken en “kwartier maken” te versterken. Binnen dit conventiedomein dient de focus verlegt te worden naar de patiënt in/en zijn ruimere omgeving. Extra beleidsaandacht is dan ook wenselijk voor flexibelere vormen van zorg en ondersteuning in de maatschappij, dit in tegenstelling tot de huidige zorgtrajecten die de patiënt onttrekt aan de samenleving. De andere zeven belangrijkste factoren die het succes van een revalidatiecentrum binnen het domein van de psychosociale revalidatie bepalen vergen investeringen om de huidige situatie in stand te houden. Het betreft de good practices profilering en positionering in de sector, maatschappelijk georiënteerd klimaat, identiteitsopbouwend en emancipatorisch werken, sterk engagement van het personeel, experimenteeruimte voor de cliënt, vertrouwens- en ondersteunend klimaat, en herstel-ondersteunende begeleidingsstijl.

*Revalidatie voor verslaafden of toxicomanie* haalt in het algemeen de kwaliteitsnorm met een score van 80%. Van de tien voornaamste succesfactoren, zijn extra investeringen nodig om een adequaat patiëntendossier uit te kunnen bouwen. Daarnaast is blijvende beleidsaandacht wenselijk voor de andere negen factoren die het succes van dit conventiedomein bepalen. Men doet het in de toxicomanie met name vooral goed wat betreft het centraal stellen van de cliënt. Het beleid dient dan ook deze good practices in stand te houden door blijvende aandacht te besteden aan de verschillende levensdomeinen van de cliënt, levenskwaliteit vanuit de perceptie van de cliënt, chronische aard van de zorg, vier dimensies van herstel, context van de cliënt, zelfregie van de cliënt, creëren van een ondersteunend netwerk voor de cliënt en diversiteit van methodieken.

Het domein van *Kinderpsychiatrische aandoeningen* haalt de kwaliteitsnorm net niet met een score van 79%. De tien belangrijkste factoren die het succes van het domein bepalen zijn kleinschaligheid, flexibiliteit in aanbod, individueel en cliëntgecentreerd werken, outreachend werken, samenwerking met hulpverlening van de context, handelingsgerichte diagnostiek, participatie van de cliënt in de maatschappij bevorderen en het verminderen van gedragsproblemen en verhogen welbevinden. Prioritaire groeipunten van dit conventiedomein zijn echter het outreachend en cliëntgecentreerd werken en participatie van de cliënt in de maatschappij. Extra investeringen zijn dan ook wenselijk om met de cliënt in de maatschappij aan de slag te gaan om zijn/haar participatie te vergroten.

Het domein *vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind* scoort ruim onder de kwaliteitsstandaard met 67% en heeft bijgevolg een aanzienlijke groeimarge. De helft van de tien kritische factoren die het succes van het domein bepalen vergen meer investeringen dan wat vandaag het geval is. Er is meer bepaald extra beleidsaandacht nodig om meer autonomie te verkrijgen als zelfstandige entiteit, om in de thuissituatie aan de slag te gaan met een patiënt met complexe zorgvragen. Dit veronderstelt echter ook meer investeringen in zorgoverleg en duidelijkheid op vlak van administratie en beleid. De factoren met betrekking tot samenwerking en expertise in netwerken doen het echter goed en vragen blijvende ondersteuning. Ook flexibiliteit in functie van de zorgverstrekking kan als een good practice gezien worden die continue beleidsaandacht nodig heeft, net zoals zorgconinuiteit en intervisie.



*Referentiecentra voor autisme* haalt de kwaliteitsnorm ruimschoots niet met een score 66%. Het beduidende groeipotentieel wijst op een noodzaak aan meer beleidsinvesteringen in acht van de tien factoren die het succes bepalen van het domein. Werkpunten van dit conventiedomein zijn het mogelijk maken om outreachend te kunnen werken en om flexibeler zorg te kunnen verstrekken. In dat opzicht is meer personeel noodzakelijk alsook extra capaciteit. De aansluiting van de eerste, tweede en derde lijnen in de zorg blijkt daarnaast evenzeer wenselijk, net als extra inspanningen om de bestaande hulpverlening te versterken om echelonnering adequaat te laten verlopen. Intervisie is verder een ander werkpunt van het conventiedomein die prioritair op de agenda staat om succesvol te zijn. Samenwerking met andere zorg- en welzijnsactoren lukt daarentegen goed binnen het conventiedomein en dient in stand gehouden te worden. Bekendheid van en met het aanbod is tot slot een andere good practice waar blijvende aandacht wenselijk is.

Het domein van *respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen* behaalt een score van 68% wat beduidend onder de kwaliteitsstandaard is. Van de tien meest kritische succesfactoren blijken er zes bijkomende investeringen nodig te hebben om te kunnen groeien. Outreachend werken en flexibiliteit in functie van en omkadering van de zorgverstrekking zijn grote werkpunten van het domein, net als transdisciplinariteit en samenwerking met andere zorg en welzijnsactoren. Naast de extra investeringen gericht op een patiënt-gecentreerde werking mogelijk te maken, blijken er ook meer inspanningen nodig om het personeel van Pulderbos te versterken. In dit licht is bijkomende aandacht wenselijk voor vorming, training en het ontwikkelen van een adequaat opleidingsbeleid. Kennis van het zorglandschap en ruimte voor zorginnovatie halen ruimschoots de target, net als specialisatie van het personeel en echelonnering. Deze factoren vergen dan ook blijvende beleidsaandacht.

De *centra voor ambulante revalidatie* scoort onder de kwaliteitsnorm met 72% en vertoont bijgevolg groeipotentieel. De helft van de tien kritische factoren die het meest bijdragen tot een succesvol domein heeft nood aan extra investeringen om de kwaliteitsstandaard te halen. Het is meer bepaald wenselijk dat er extra aandacht is voor innovatie, flexibiliteit in de zorgverstrekkingen, een rol in het voor- en natraject, administratieve luwte en groeps- en individuele therapie voor de patiënt en context. De werkpunten van de CAR's kunnen ook gezien worden als een luide roep naar de mogelijkheid tot een brede cliëntgecentreerde aanpak die flexibiliteit vergt in zowel de zorg als in de omkadering. Voor vraaggestuurd werken, vroeginterventie, individueel behandelingsplan, evidence-based practice en gefaseerde en ontwikkelingsgerichte aanpak is verder blijvende beleidsaandacht aangewezen.

*Visuele revalidatie* haalt met een score van 64% de target niet waardoor extra investeringen zich opdringen. Met name acht van de tien cruciaalste factoren die bijdragen aan het succes van het conventiedomein blijken meer beleidsaandacht nodig te hebben dan wat ze vandaag krijgen. Er is een sterke noodzaak aan een informatie- en communicatieplatform waar kennis van andere financieringsbronnen ter beschikking gesteld wordt, waar kan gecommuniceerd worden over het zorgtraject met alle stakeholders, waar informatie over het beschikbare aanbod (extern) en de werking (intern) kan teruggevonden worden. Binnen de visuele revalidatie dient er verder meer ruimte ingebouwd te worden in de regelgeving om flexibiliteit in functie van zorgverstrekkingen en in revalidatie-uren mogelijk te maken maar ook om outreachend te kunnen werken. Tot slot dienen er tools voor psychosociale begeleiding ter beschikking gesteld te worden. Het domein van visuele revalidatie doet het echter goed op vlak van expertisedeling en samenwerking met andere actoren. Blijvende beleidsaandacht om deze good practices te behouden is hier dan ook aangeraden.

Een extra globaal aandachtspunt, wanneer de resultaten geïnterpreteerd worden, betreft de interpretatie van het objectief "adequate echelonnering". Uit de eerste, kwalitatieve onderzoeksfase bleek

dat de adequate echelonnering een groot aandachtspunt was voor alle conventiedomeinen, vooral in het licht van wachtlijsten en wachttijden. Echter blijkt uit de daaropvolgende bredere kwantitatieve fase dat dit meestal niet bovenaan het lijstje staat wanneer alle objectieven in ogeschouw genomen wordt. Een mogelijke verklaring is dat de respondenten de noden gescoord hebben naar belang en aanwezigheid uit het perspectief van zichzelf en niet van de patiënt die de wachttijd wil minimaliseren. Uit de samenvattende tabel van adequate echelonnering (tabel 25) blijkt ook dat er over de conventiedomeinen heen geen consistentie is in het belang noch de aanwezigheid van de factoren. Echter blijkt wel uit de analyse dat hoe belangrijker het objectief adequate echelonnering is, hoe minder aanwezig de onderliggende factoren zijn, en dus hoe slechter het conventiedomein scoort. Deze paradox toont aan dat extra onderzoek nodig is om adequate echelonnering te doorgronden met het oog op het wegwerken van wachtlijsten per conventiedomein.

De resultaten tonen aan dat er niet alleen verschillen zijn in focus tussen de conventiedomeinen maar ook in de mate van succes. Ondanks deze “couleur locale” van de domeinen, aanschouwen we ook onderlinge gelijkenissen wanneer we voor ieder conventiedomein de tien meest kritische succesfactoren eropna nemen. Met name bedeeft elk conventiedomein een centrale rol toe aan de cliënt of patiënt en zijn of haar context. Dit is een trendbreuk met de huidige situatie en de rigide aard van conventies waarbij de nadruk vooral ligt op de organisatie en financiering van het aanbod en niet op de vraag en de behoeften van de cliënt en zijn of haar omgeving. Deze verschuiving in zorgparadigma richting een aanbod dat samenvalt met de vraag, wordt verder doorgetrokken in een gedeelde focus op outreachend werken en flexibiliteit om de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden voor de cliënt of patiënt. Positionering en samenwerking in een netwerk van actoren wordt in het licht hiervan als een cruciale voorwaarde genoemd door de domeinen. Kortom, er blijken diverse fundamentele factoren te bestaan die voor elk conventiedomein opgaan.

Dit leidt tot vier voorwaarden voor een succesvol revalidatiedomein die de basis vormen voor elk conventiebeleid:

1. Persoonsgerichte aanpak, inclusief focus op de ruime context;
2. Netwerk en samenwerking met andere actoren;
3. Flexibiliteit in zorg en ondersteuning, met focus op de cliënt/patiënt,
4. Outreachend werken.

Bovenop deze universele fundamentele kan verder gebouwd worden met de specifieke kritische succesfactoren van een gegeven conventiedomein, te beginnen met de 10 prioritaire succesfactoren die groeipotentieel aangeven, gevolgd door de factoren die iets minder belangrijk geacht worden voor het bepalen van het succes maar wel veel groeipotentieel vertonen. De gedachte achter deze succesfactoren en de wijze waarop ze kunnen geoperationaliseerd worden in de praktijk moet echter blijken uit vervolgonderzoek die eerder kwalitatief dan kwantitatief van aard zal/moet zijn.

Tabel 24 Samenvatting van de prioritaire succesfactoren per conventiedomein

Locomotorische en neurologische revalidatie	Psychosociale revalidatie voor volwassenen	Revalidatie voor verslaafden	Kinderpsychiatrische aandoeningen	Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	Referentiecentra voor autisme	Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen	Centra voor ambulante revalidatie	Visuele revalidatie
Clïentgerichte aanpak	Betrokkenheid van de context van de cliënt	Aandacht voor de verschillende levensdomeinen van de cliënt	Voldoende kleinschaligheid (cf. beheersbare entiteiten op cliëntniveau)	Autonomie als zelfstandige entiteit	Outreaching werken	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Vraaggestuurd werken	Psychosociale begeleiding
Holistische aanpak	Outreaching werken	Levenskwaliteit vanuit de perceptie van de cliënt	Flexibel aanbod	Betrokkenheid als expert in een netwerk	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Vorming, opleiding en trainings-beleid	Vroeginterventie	Kennis van andere financieringsbronnen
Clïentgericht werken	Profilering en positionering in de sector	Chronische aard van de zorg	Mogelijkheid om geïndividualiseerd te werken	Casemanagement	Open cultuur	Ruimte voor omkadering zorgverstrekking (IT,)	Ruimte voor innovatie	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking
Multidisciplinaire aanpak en transdisciplinariteit	Maatschappelijk georiënteerd klimaat	4 dimensies van herstel aanwezig	Handelingsgerichte diagnostiek	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Echelonnering van de zorg	Transdisciplinariteit (cf. breed inzetbaar team)	Individueel behandelingsplan	Outreaching werken
Aandacht zingeving voor alle 3 de stakeholdergroepen	Identiteitsopbouwend en emancipatorisch werken	Context van de cliënt	Clïentgecentreerd werken	Outreaching werken	Beschikbare capaciteit	Outreaching werken	Flexibiliteit zorgverstrekkingen	Flexibiliteit in revalidatie-uren
Autonomie	Sterk engagement van het personeel	Specifieke aandacht voor kinderen, partners en andere personen in de omgeving van cliënt-verslaafden	Acties om participatie van de cliënt in de maatschappij uit te breiden	Administratieve en beleidsmatige eenduidigheid	Bekendheid van en met het aanbod	Kennis van het zorglandschap	Rol in het voor- en natraject	Expertisedeling
Transmurale zorg en awareness in de acute fase	Experimenteeruimte voor de cliënt	Adequaat patiëntendossier	Mogelijkheid om zowel ambulant als outreachend te werken	Intervisie en casuïstiek	Versterking van de bestaande hulpverlening	Echelonnering	Administratieve luwte	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren
Inclusieve benadering	Vertrouwens- en ondersteunend klimaat	Zelfregie van de cliënt	Outreaching werken	Ruimte voor zorgoverleg	Beschikbaar personeel	Ruimte voor zorginnovatie	Gefaseerde en ontwikkelingsgerichte aanpak	Communicatie naar de patiënt over zijn/haar traject en de betrokken actoren
Overleg	"kwartier maken"	Creëren van een ondersteunend (sociaal) netwerk van de cliënt	Samenwerking met hulpverlening met de context van de cliënt	Samenwerking met andere zorgactoren	Intervisie	Gespecialiseerd en hoogopgeleid personeel	Evidence-based practice	Bekendheid van de werking
Zorgcontinuïteit	Herstelondersteunende begeleidingsstijl	Diversiteit aan methodieken	Acties om gedragsproblemen te verminderen en welbevinden te verhogen	Zorgcontinuïteit	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Groeps- en individuele therapie voor de patiënt en de context	Duidelijke positionering in de sector

Tabel 25 Samenvatting van de factoren voor adequate echelonnering

Locomotorische en neurologische revalidatie	Psychosociale revalidatie voor volwassenen	Revalidatie voor verslaafden	Kinderpsychiatrische aandoeningen	Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind	Referentiecentra voor autisme	Respiratoire en neurologische aandoeningen kinderen	Centra voor ambulante revalidatie	Visuele revalidatie
Beschikbaar personeel	Beschikbaar personeel	Administratieve luwte	Outreachend werken	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Outreachend werken	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Beschikbaar personeel	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking
Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Beschikbare capaciteit	Outreachend werken	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Outreachend werken	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Outreachend werken	Beschikbare capaciteit	Outreachend werken
Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Beschikbare capaciteit	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Beschikbare capaciteit	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Outreachend werken	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren
Beschikbare capaciteit	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Beschikbaar personeel	Beschikbaar personeel	Beschikbaar personeel	Beschikbaar personeel	Beschikbaar personeel	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Beschikbaar personeel
Administratieve luwte	Administratieve luwte	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Beschikbare capaciteit	Beschikbare capaciteit	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Beschikbare capaciteit	Flexibiliteit in functie van zorgverstrekking	Beschikbare capaciteit
Het outreachend werken	Outreachend werken	Samenwerking met andere (zorg- en welzijns-) actoren	Administratieve luwte	Administratieve luwte	Administratieve luwte	Administratieve luwte	Administratieve luwte	Administratieve luwte

## Hoofdstuk 6

### Conclusie

In het licht van de zesde staatshervorming en de overheveling van federale bevoegdheden in de revalidatiesector naar Vlaanderen, werd de opdracht gegeven een verkennend onderzoek uit te voeren naar de noden van het aanbod binnen de negen Vlaamse revalidatieconventies. Gezien de specifieke historische grondslag van de conventies en de grote verscheidenheid binnen de revalidatiesector, bleken er onvoldoende gegevens voor handen voor de Vlaamse overheid om een adequaat Vlaams revalidatiebeleid uit te tekenen. Het was dan ook het doel van voorliggend onderzoek om prioriteiten te bepalen voor het behandelen van aanvraagdossiers en een groeipad uit te tekenen voor de Vlaamse revalidatiesector.

Om aanbevelingen te kunnen maken voor het optimaliseren van het huidige revalidatieaanbod en met het oog op het identificeren van prioriteiten, werd een mixed-method aanpak gehanteerd door eerst kwalitatief groepsinterviews af te nemen van experts gevolgd door een kwantitatieve brede bevraging van het personeel binnen de Vlaamse revalidatiesector. Meer bepaald, het Analytisch Hiërarchisch Proces van Saaty (2008) werd toegepast door in een eerste fase doelen en factoren op te stellen die het succes bepalen van een respectievelijk domein (kwalitatief). In een tweede fase werd een score toegekend op basis van belang voor succes en de mate van aanwezigheid van het conventiedomein die samen de mate van het succes van het domein aangeeft (kwantitatief). Tot slot werd alle verkregen data gevalideerd op basis van twee consultatierondes met experts ter zake.

De onderzoeksresultaten wijzen op een grote verscheidenheid tussen de diverse conventiedomeinen. De resultaten tonen zowel verschillen in focus, andere doelen en factoren, als verschillen in mate van succes, diverse scores op basis van belang en aanwezigheid. Voor elk conventiedomein werden diverse factoren geïdentificeerd die het globale succes bepalen. Al deze factoren kunnen dan ook beschouwd worden als beleidsprioriteiten van het respectievelijke conventiedomein. Locomotorische en neurologische revalidatie heeft 48 prioritaire factoren geïdentificeerd, Psychosociale revalidatie van volwassenen 29, Revalidatie van verslaafden 44, Kinderpsychiatrische aandoeningen 47, Vroegtijdige stoornissen interactie ouder-kind 40, Referentiecentra voor autisme 47, Respiratoire en neurologische aandoeningen bij kinderen 37, Centra voor ambulante revalidatie 44 en Visuele revalidatie 46. Daarnaast vertoonden de negen conventiedomeinen verschillen met betrekking tot factoren of prioriteiten die bijkomende investeringen vragen (voor groei) en tot factoren of prioriteiten die blijvende investeringen nodig hebben (voor behoud).

Adequate echelonnering blijkt een groot aandachtspunt te zijn voor alle conventiedomeinen indien men de wachtlijsten en wachttijden wenst aan te pakken. Hoe hoog het op de agenda staat, verschilt naargelang het conventiedomein. Over de conventiedomeinen heen is er geen consistentie terug te vinden in het belang noch de aanwezigheid van de onderliggende factoren om adequate echelonnering mogelijk te maken. Wel blijkt hoe belangrijker het objectief adequate echelonnering is, hoe minder aanwezig de onderliggende factoren zijn, en dus hoe slechter het conventiedomein scoort. Deze resultaten tonen aan dat verder onderzoek per conventiedomein nodig is om adequate echelonnering te doorgronden met het oog op het wegwerken van wachtlijsten per conventiedomein.

Naast de verschillen toont dit verkennend onderzoek zowel verschillen als gelijkenissen aan tussen de conventiedomeinen. Er blijken met name universeel gedragen succesfactoren te bestaan die voor elk

conventiedomein opgaan. Dit leidt tot vier voorwaarden voor een succesvol revalidatiedomein die de basis vormen voor het beleid van elk conventiedomein:

1. Persoonsgerichte aanpak, inclusief focus op de ruime context;
2. Netwerk en samenwerking met andere actoren;
3. Flexibiliteit in zorg en ondersteuning, met focus op de cliënt/patiënt,
4. Outreachend werken.

Bovenop deze fundamenteën (eerste beleidslaag) kan het beleid verder gradueel opgebouwd worden aan de hand van de specifieke kritische succesfactoren van een respectievelijk conventiedomein. De tweede beleidslaag vormt de factoren uit de 10 prioritaire succesfactoren die het meeste groeipotentieel aangeven. Daar bovenop komt een derde beleidslaag met de minder belangrijke factoren die de meeste groeimarge aantonen, gevolgd door een vierde laag met de factoren die minder groeimarge aangeven, gradueel van belangrijk tot minder belangrijk.

Een “one-size-fits all”-beleid lijkt, op eerste zicht, binnen de Vlaamse revalidatiesector uit den boze te zijn. Echter, dit verkennend onderzoek geeft aan dat een modulair systeem hieraan kan remediëren door zowel een inclusieve als een categoriale benadering te hanteren. De aanwezigheid van een universele, generische basis van prioriteiten binnen de Vlaamse revalidatiesector maakt het mogelijk om sectorbrede beleidsacties te ondernemen. De diversiteit in prioritering en de specificiteit van een domein wijst dan weer richting maatwerk per revalidatieconventie.

De gedachte achter deze succesfactoren of prioriteiten en de wijze waarop ze kunnen geoperationaliseerd worden in de praktijk moet echter blijken uit vervolgonderzoek die eerder kwalitatief dan kwantitatief van aard zal/moet zijn. Verder inzicht in zowel de aanbodzijde (scope van dit verkennend onderzoek) als de vraagzijde (buiten de scope van dit onderzoek) van elke afzonderlijke revalidatieconventie is dan weer noodzakelijk om na te gaan in hoeverre elk respectievelijk aanbod effectief aansluit op de behoeften van hun cliënten of patiënten en zo een goede aansluiting te voorzien. De vraagzijde van elk conventiedomein kan in kaart gebracht worden op een gelijkaardige manier als dit onderzoek (i.e. in drie fases: (1) kwalitatief vooronderzoek voor de identificatie van succesfactoren; (2) kwantitatieve analyse voor de prioritering van factoren; en (3) expertinterviews voor validatie van resultaten. Na het in kaart brengen van de vraagzijde, kan op basis van focusgesprekken (door bijvoorbeeld het hanteren van de Delphi-methode) de vraag- en aanbodzijde (resultaat van deze analyse) met elkaar vergeleken worden om zo de prioriteiten in de sector te identificeren.

# Referenties

## 1 Lijst van afspraken

### 1.1 Afspraken in functie van datacollectie

In het kader van het verkennend onderzoek naar de noden van de Vlaamse revalidatiesconventies is de hoofdonderzoeker diverse keren in contact getreden met de revalidatiesector. We hanteerden voor dit onderzoek dan ook een participatieve methode om voortdurend vinger aan de pols te houden met de sector en om ook co-ownership te creëren. Zo vonden er expertinterviews plaats in het voortraject van het onderzoek om het design van het onderzoek te ontwikkelen en de vragenlijsten voor de focusgroepinterviews (kwalitatief luik) en de online bevraging (kwantitatief luik) te operationaliseren. Experts van Zorgnet Icuuro, het RIZIV, KCE, het Onafhankelijk Ziekenfonds en het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid werden in dit licht geconsulteerd. Daarnaast vonden er 9 focusgroepinterviews plaats; voor elk conventiedomein een groepsinterview met experts die door de leden van de adviesgroep werden gerekruteerd. Het brede kwantitatieve luik werd geoperationaliseerd via een online enquête; fysieke bijeenkomsten zijn hier bijgevolg niet voorgevallen. Wat volgt is een overzichtstabel die de afspraken weergeeft in functie van de onderzoeksfases.

Tabel 26 Overzicht van de afspraken in functie van de onderzoeksfases

Fase		Methode		Bronnen	Timing
1	Vorbereidend	Kwalitatief	Desk research	Documenten en rapporten. Literatuur.	Februari 2018 September 2018 tot februari 2019
2	Verkennend	Kwalitatief	Expertinterviews;  Focusgroepinterviews.	Experts van Zorgnet Icuuro, RIZIV, KCE, Onafhankelijk Ziekenfonds, Agentschap zorg en Gezondheid  Leden adviesgroep;  Per conventiedomein: leden van staf- en management en klinisch personeel met organisatiekennis.	Februari 2018  Maart & april 2018  Maart, april & mei 2018
3	Brede bevraging	Kwalitatief  Kwantitatief	Oplijsting sterktes/zwaktes en toewijzing aan domeinen  Online enquête	Leden adviesgroep  Alle personeel van Vlaamse revalidatie-instellingen met organisatiekennis.	Maart, april & mei 2018  Juni tot september 2018
4	Analyse en rapportering	Kwalitatief en kwantitatief	Analyseren data en rapporteren resultaten	Alle data uit fase 1, 2 en 3	September 2018 tot april 2019

Naast bovenstaande onderzoeksfases hebben we nog twee extra consultatiemomenten gehouden om de onderzoeksresultaten te valideren en feedback te formuleren. Eind november 2018 werd een groepsinterview georganiseerd met experts van de 9 Vlaamse conventiedomeinen. Het doel van deze bijeenkomst was te peilen naar datasaturatie door verdiepende vragen te stellen over netwerken en

wachtlijsten en om de verkregen onderzoeksresultaten te valideren. Maart 2019 werd nog een laatste consultatieronde gehouden met de leden van de adviesgroep om hun laatste inzichten te verkrijgen (via feedback in hard-copy, in plaats van een fysieke bijeenkomst van de adviesgroep).

## 1.2 Afspraken in functie van onderzoeksmanagement

De governance van dit verkennend onderzoek kan opgedeeld worden in drie luiken, met name 1) het uitvoerende onderzoeksteam, ook wel de werkgroep genoemd, 2) de begeleidingsgroep (opdrachtgevers) en 3) de adviesgroep (revalidatiesector). Wat volgt is een overzicht van de bijeenkomsten van deze structuren voor en tijdens de looptijd van het onderzoek (dat startte per 1 februari 2018).

Tabel 27 Overzicht overlegmomenten onderzoeksmanagement

	Jan 18	Feb	ma	apr	mei	juni	jul	aug	sept	okt	nov	dec	Jan 19	feb	ma
Stuurgroep			13/3				12/7			9/10		18/12			14/3
Adviesgroep	25/1		8/3			19/6			25/9						Van op afstand, in hard-copy
Wergroep		21/2			17/5	15/6			20/9	24/10		11/12	18/1	20/2	11/3

## 2 Bibliografie

Charmaz, K. (2016). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks: Sage.

Saaty, T. L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy process. *International journal of services sciences*, 1(1), 83-98.

Patton, MQ. (2014) *Qualitative Research & Evaluation Methods Integrating Theory and Practice*. Fourth Edition. Saint Paul, MN, SAGE Publications