

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**EF19 Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg  
Traject met de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg  
(DGAT) en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)**

Svenja Steegmans  
dr. Inge Neyens  
prof. dr. Chantal Van Audenhove



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. 2019/05

SWVG-Rapport 21

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg Traject met de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoekers: Svenja Steegmans, dr. Inge Neyens

Met dank aan dr. Aline Sevenants en dr. Anja Daems voor hun waardevolle feedback.

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 meegedeelde 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 21

### EF19 Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg Traject met de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)

Onderzoekers: Svenja Steegmans, dr. Inge Neyens

Promotor: prof. dr. Chantal Van Audenhove

## Samenvatting

Kwaliteit in de thuiszorg is van cruciaal belang voor een goede ondersteuning en hulp aan cliënten in de thuisomgeving. De diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en de diensten maatschappelijk werk (DMW) engageren zich om hun kwaliteit te verbeteren en daartoe een beperkte set van kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die als startpunt dienen om gerichte kwaliteitsverbeteringsacties te kunnen ondernemen.

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin ondersteunt deze sectoren in dit ontwikkelings-traject. Het traject start met een kick-off meeting. Vervolgens ontwikkelen de onderzoekers (1) aan de hand van de wetenschappelijke en sectorspecifieke literatuur en (2) in samenwerking met een vertegenwoordiging van alle betrokken partijen uit de sectoren en experts met kennis ter zake, een longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten. Daarna ondersteunen de onderzoekers een vertegenwoordiging van de sectoren - in de vorm van een projectgroep - bij het selecteren van de meest relevante en beïnvloedbare kwaliteitsaspecten (shortlist). Tot slot werken ze samen met de sectoren toe naar een set van implementeerbare kwaliteitsindicatoren.

Dit gehele proces leidt tot de ontwikkeling van indicatoren voor de volgende kwaliteitsaspecten in de DGAT:

1. Tijdigheid, planning en continuïteit
2. Zorg op maat
3. Competenties van werknemers
4. Bereikbaarheid

Deze kwaliteitsaspecten meten we aan de hand van items in een bevraging bij de cliënten. Daarnaast worden voor aspect 3 gegevens opgevraagd uit het registratiesysteem VESTA.

Voor de DMW resulteert dit in indicatoren met betrekking tot de volgende kwaliteitsaspecten:

1. Bereikbaarheid via verschillende kanalen
2. Telefonische bereikbaarheid
3. Vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding
4. Signaalfunctie

Kwaliteitsaspecten 1, 2 en 3 meten we aan de hand van items in een bevraging bij de cliënten. Aspect 4 bevragen we enerzijds bij medewerkers; anderzijds zullen we hiervoor een uniform formulier opstellen waarmee men objectieve aantallen kan registreren. Voor indicator 2 zal de sector telefoonoproepen registreren en analyseren.

Op basis van het ontwikkeltraject dat we aflegden, formuleren we de volgende aandachtspunten bij het ontwikkelen van nieuwe kwaliteitsindicatoren in andere sectoren:

**Aandachtspunt 1:**

Start van bij het begin met duidelijke afspraken over het ontwikkelingstraject en de betrokkenen.

**Aandachtspunt 2:**

Start het ontwikkelingstraject met het opstellen van een longlist, selecteer vervolgens een shortlist van kwaliteitsaspecten en zoek vervolgens hoe deze als indicatoren geïmplementeerd kunnen worden.

**Aandachtspunt 3:**

Een bottom-up benadering bij het ontwikkelen van indicatoren is onontbeerlijk.

**Aandachtspunt 4:**

Het betrekken van een onafhankelijke en wetenschappelijke partij bevordert het ontwikkelen van de indicatoren.

## **Inhoud**

<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>Hoofdstuk 1 Opzet van de studie</b>	<b>9</b>
1 Kick-off meeting	10
2 Longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten	10
2.1 Literatuur	10
2.2 Focusgroepen en interviews	11
3 Shortlist van kwaliteitsaspecten	13
4 Implementatievoorwaarden van de indicatoren	13
<b>Hoofdstuk 2 Resultaten</b>	<b>15</b>
1 Longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten	15
1.1 Literatuur	15
1.2 Focusgroepen en interviews	16
2 Shortlist van kwaliteitsaspecten	19
3 Implementatievoorwaarden van de indicatoren	20
3.1 Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg	20
3.2 Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen	25
<b>Hoofdstuk 3 Besluit</b>	<b>33</b>
1 Besluit van de onderzoekers	33
1.1 De gekozen kwaliteitsaspecten	33
1.2 Succesfactoren en valkuilen in het traject: aandachtspunten bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren	35
1.3 Een reflectie over het onderzoek	37
2 Besluiten van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de diensten maatschappelijk werk	38
2.1 Besluit van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg	38
2.2 Besluit van de diensten maatschappelijk werk	39
<b>Referenties</b>	<b>41</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>43</b>

## **Lijst Figuren**

Figuur 1	Het onderzoeksproces en beoogde resultaat	9
----------	---	---

## **Lijst Tabellen**

Tabel 1	Een overzicht van de kwaliteitsaspecten en indicatoren voor DGAT	33
Tabel 2	Een overzicht van de kwaliteitsaspecten en indicatoren voor DMW	33

## Inleiding

De voorbije jaren is er een belangrijke dynamiek op het vlak van een Vlaams kwaliteitsbeleid op gang gebracht. In de ziekenhuizen loopt het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP<sup>2</sup>), dat de kwaliteit van zorg in de Vlaamse algemene ziekenhuizen meet. Ook de geestelijke gezondheidszorg zette de eerste voorzichtige stappen. De Vlaamse woonzorgcentra registreren binnen het project VIP WZC een 12-tal indicatoren over de kwaliteit van zorg en veiligheid en over de kwaliteit van zorgverleners en zorgorganisatie. Binnen dit project liep er van 2014 tem 2016 tevens een bevraging rond de kwaliteit van leven van de bewoners.

Tijdens de eerstelijnsconferentie 'Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen' begin 2017 bleek dat het voeren van een kwaliteitsbeleid een onmisbaar element vormt van integrale zorg en dat indicatoren de basis van dit kwaliteitsbeleid vormen. De beleidsintentie is dus om ook op de eerste lijn kwaliteit meetbaar te maken aan de hand van indicatoren. Ook in het kader van de evolutie naar een persoonsvolgende financiering in de thuiszorg is meer transparantie over de kwaliteit van zorg nodig zodat gebruikers een geïnformeerde keuze kunnen maken.

De thuiszorgvoorzieningen dienen te voldoen aan het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003. Dit decreet stelt dat alle thuiszorgvoorzieningen een kwaliteitsbeleid voeren, een kwaliteitshandboek opstellen en gebruiken, zichzelf periodiek evalueren, jaarlijks een kwaliteitsplanning opstellen en een jaarverslag maken over hun kwaliteitsbeleid van het voorbije jaar. Daarnaast geeft het decreet aan dat de Vlaamse regering per sector een lijst kan opstellen van aspecten van zorg die een bijzondere maatschappelijke waarde hebben; m.a.w. kwaliteitsindicatoren. Tot vandaag is dit laatste nog niet gebeurd.

In 2017 werd het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) opgericht. Het VIKZ heeft als doel om de kwaliteit van zorg transparant te maken en te verbeteren. Eén van hun opdrachten bestaat uit de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor relevante sectoren in Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, in samenspraak met belanghebbenden en rekening houdend met internationale kennis.

Op basis van bovenstaande beleidsintenties starten we dit project op waarbij we kwaliteitsindicatoren voor de thuiszorgsector uitwerken. De ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vergt een sterke betrokkenheid van de sector en de inbreng van wetenschappelijke kennis. De voorkeur gaat uit naar een bottom-up aanpak zodat een breed draagvlak wordt bereikt en men kan komen tot daadwerkelijke resultaten in de sector. De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW) engageren zich om als "early adopters" aan de slag te gaan met kwaliteitsindicatoren.

Het doel van dit onderzoek is om de kwaliteit van de eerstelijnszorg, meer bepaald de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW) meetbaar te maken aan de hand van kwaliteitsindicatoren. De sectoren worden nauw betrokken bij het ontwikkelingsproces van deze indicatoren. Het beoogde resultaat is een set van drie tot vijf indicatoren voor iedere sector. Aan de hand van deze informatie kunnen de DGAT en DMW hun kwaliteit beter bewaken. De indicatoren vormen een hulpmiddel voor de sectoren om zichzelf te evalueren en hun kwaliteit te verbeteren. Diensten kunnen zichzelf met elkaar vergelijken en van elkaar leren, alsook verbeteringen aanbrengen doorheen de tijd. Binnen het kader van dit onderzoek wordt echter nog geen piloottest voorzien of voorbereid voor het uittesten van de indicatoren.

Een kwaliteitsindicator is zeer specifiek en richt zich op één aspect van kwaliteit, maar doet geen uitspraken over de algemene of globale kwaliteit van een dienst (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.; Mainz, 2003). Deze indicatoren fungeren als signaalwijzer, ze geven een indicatie van zorgprocessen of -resultaten die meer aandacht verdienen of kunnen verbeteren (Agentschap Zorg en Gezondheid, n.d.).

Met dit onderzoek beogen we eveneens een beschrijving te geven van het te doorlopen traject voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Er worden onder meer succesfactoren en mogelijke valkuilen voor toekomstige trajecten in kaart gebracht. Het onderzoek doorloopt drie fasen: het opstellen van een longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten, het herwerken van de longlist naar een shortlist van kwaliteitsaspecten en het verfijnen van de shortlist naar implementeerbare indicatoren. De sectoren worden nauw betrokken bij de samenstelling van de longlist, de keuze van een beperkte set relevante kwaliteitsaspecten, de verdere uitwerking ervan en de eerste stappen naar een implementatie in de praktijk.

In het kader van dit onderzoek trachten we een antwoord te bieden op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de thema's waarrond kwaliteitsindicatoren voor de sectoren DGAT en DMW moeten worden ontwikkeld?
2. Welke kwaliteitsaspecten worden gemeten:
  - in het buitenland in de thuiszorg en dit op het vlak van welzijn en zorg?
  - in andere eerstelijnssectoren in België?
  - in de sectoren DGAT en DMW?
3. Welke van deze kwaliteitsaspecten zijn relevant voor de sectoren DGAT en DMW?
4. Welke minimale indicatorenset wordt voor elk kwaliteitsaspect binnen de sectoren DGAT en DMW als startset vooropgesteld? Wat zijn de implementatievoorwaarden voor iedere indicator?



# Hoofdstuk 1

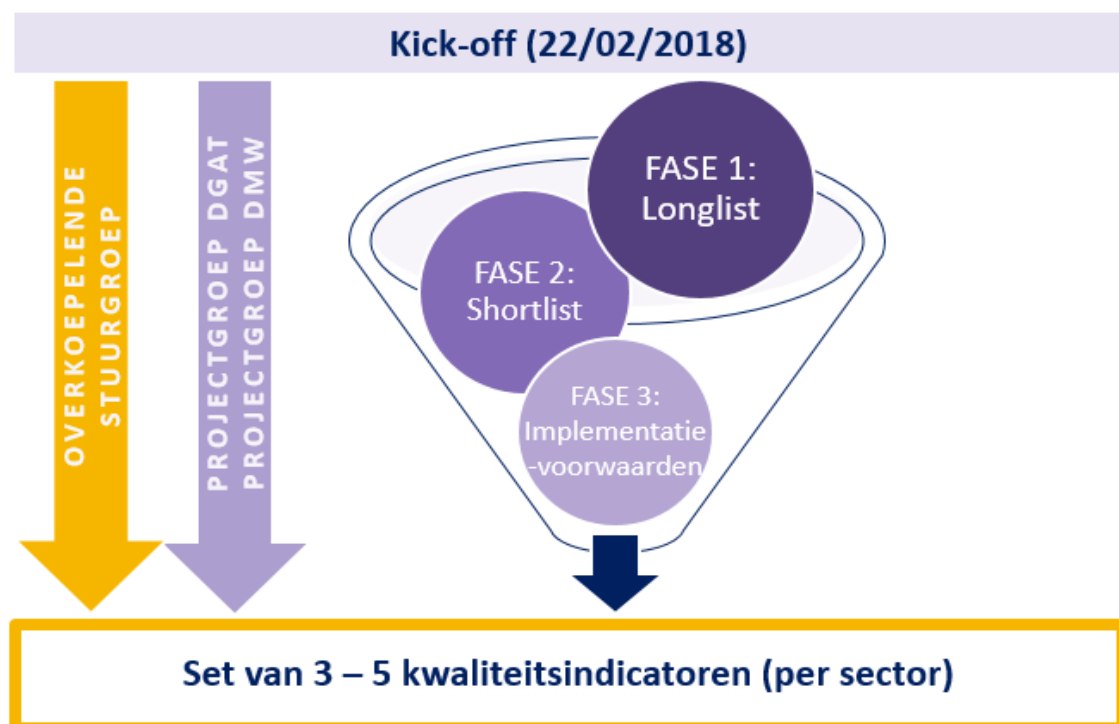
## Opzet van de studie

In dit hoofdstuk beschrijven we het af te leggen traject om een set kwaliteitsindicatoren voor de DGAT en DMW te ontwikkelen. We bespreken daarbij telkens de methoden die we daartoe hanteren.

De DGAT en DMW starten met een gezamenlijke *kick-off meeting*. Ten eerste ontwikkelen de onderzoekers samen met diverse betrokkenen een *longlist* van kwaliteitsaspecten en -thema's. Ten tweede ondersteunen zij het proces van het selecteren van een *shortlist* van specifieke kwaliteitsaspecten. Ten derde faciliteren zij het proces van het formuleren van *voorwaarden voor de implementatie* van deze kwaliteitsaspecten als meetbare indicatoren.

Vanwege hun onderlinge verschillen doorlopen beide sectoren de drie fasen (longlist, shortlist en implementatievoorwaarden) uit het ontwikkelingstraject grotendeels elk apart. Ze worden samen begeleid en opgevolgd door één overkoepelende *stuurgroep* waardoor gemakkelijker kruisbestuivingen kunnen plaatsvinden. De stuurgroep komt doorheen het traject drie keer samen, en ter voorbereiding van elke stuurgroep plannen we eveneens een overleg met het Agentschap Zorg en Gezondheid.

Daarnaast wordt er per sector een *projectgroep* samengesteld die instaat voor de permanente ontwikkeling en bijsturing van indicatoren, het herwerken van de longlist naar een shortlist van kwaliteitsaspecten en het stellen van implementatievoorwaarden voor elke indicator. De samenstelling van deze projectgroep bestaat uit betrokken personen uit de sector met de nodige operationele ervaring (o.a. op vlak van kwaliteitsdenken) en vertegenwoordiging van cliënten en mantelzorgers (bv. Vlaams Patiëntenplatform, Samana, ...).



Figuur 1 Het ontwikkelingstraject en beoogde resultaat

In de volgende paragrafen omschrijven we gedetailleerd de verschillende fasen uit het ontwikkelings-traject.

## **1 Kick-off meeting**

Op 22 februari 2018 lanceerden we het project met een kick-off meeting. Er vond een eerste kennismaking plaats tussen de DGAT, de DMW, het Kabinet en Agentschap Zorg en Gezondheid, de onderzoekers van SWVG en het VIKZ.

Tijdens de vergadering stelde elke sector zijn projectgroep voor. Het is van belang dat de diversiteit binnen de sectoren zich weerspiegelt in de vertegenwoordiging in de projectgroep. Daarom kozen de sectoren ervoor om minstens één vertegenwoordiger per provincie en per organisatie aan te stellen in de projectgroep. Tijdens deze startbijeenkomst planden we (minstens) vier bijeenkomsten van deze projectgroep onder begeleiding van de onderzoekers van het Steunpunt WVG. Daarnaast organiseerden de sectoren zelf eveneens nog enkele bijeenkomsten van deze projectgroep (zonder begeleiding vanuit het Steunpunt WVG).

Tot slot expliciteerden we de taakverdeling tussen de diverse partijen en maakten we praktische afspraken tijdens dit startmoment.

## **2 Longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten**

Een eerste noodzakelijke stap bij het ontwikkelen van indicatoren is het opstellen van een longlist. Een longlist geeft een ruim beeld van alle mogelijke (relevante) kwaliteitsthema's en -aspecten voor de sectoren. Op basis van deze lijst kan men gericht op zoek gaan naar de meest geschikte kwaliteits-indicatoren.

De onderzoekers stellen deze longlist op aan de hand van literatuur en via een consultatie van belanghebbenden.

### **2.1 Literatuur**

Voor de literatuurstudie raadplegen we zowel internationale, wetenschappelijke literatuur als sector-specifieke literatuur.

#### **2.1.1 Wetenschappelijke literatuur**

Op basis van een (internationale) wetenschappelijke literatuurstudie stellen we een eerste versie van de longlist op. Via diverse elektronische databanken (PubMed, Science Direct, Sociale Care Online, Springerlink, Web of Science, Wiley Online Library) zoeken we naar bestaande indicatoren op het gebied van welzijn, met de focus op thuiszorgsectoren die vergelijkbaar zijn met de werking van de DGAT en DMW in Vlaanderen. We gebruiken verschillende zoektermen voor eerstelijnszorg (home care, family care, primary care, community-based services, social services, community care, integrated care,...) en kwaliteitsindicatoren (quality indicators, performance measures, quality assessment, ...).

### 2.1.2 Sectorspecifieke literatuur

Daarnaast vragen we aan de DGAT en DMW om een overzicht te maken van reeds bestaande kwaliteitsnormen en indicatoren binnen de sectoren. We stellen hiervoor een template op die toelaat dat de DGAT en DMW een synthese kunnen maken van sectorspecifieke (1) regelgeving (bv. het woonzorgdecreet en het kwaliteitsdecreet), (2) visie- en kaderteksten, (3) methodisch materiaal (bv. handleidingen), (4) (jaar)rapporten en verslagen en (5) reeds bestaande (tevredenheids)enquêtes om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen en te evalueren. De resultaten uit de sectorspecifieke literatuur vergelijken we met de thema's uit de wetenschappelijke literatuur. Op die manier toetsen we af welke thema's uit de wetenschappelijke literatuur het meest relevant zijn voor de werking van de DGAT en DMW.

Bij het opstellen van de longlists gebruiken we de sectorspecifieke literatuur om inhoudelijke overeenstemming na te gaan tussen de visie, missie en regelgeving van de DGAT en de DMW en de resultaten uit focusgroepen, interviews en internationale literatuur. Daarnaast is het belangrijk dat de kwaliteitsindicatoren die uit dit onderzoek voortvloeien geen overlap vertonen met reeds gebruikte en bestaande indicatoren van de DGAT en DMW die op een uniforme wijze over de diensten heen worden afgenomen. Om de complementariteit van de indicatoren na te gaan, vergelijken we de longlist met de indicatoren uit de sectorspecifieke literatuur.

## 2.2 Focusgroepen en interviews

Ter aanvulling van de literatuurstudie organiseren we overlegmomenten met belanghebbenden in de sector. Zowel voor de DGAT als voor de DMW voeren we (panel)gesprekken met de volgende vier doelgroepen: (1) cliënten en mantelzorgers, (2) medewerkers uit de sector, (3) vertegenwoordigers van DGAT en DMW uit de projectgroepen en (4) beleidsactoren en academici. Elk van deze betrokkenen beschikken over eigen ervaringen en verwachtingen m.b.t. kwalitatieve eerstelijnszorg. Hun inspraak en expertise is daarom uitermate belangrijk om relevante kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. De DGAT en DMW zorgen voor de praktische organisatie (uitnodigingen versturen, locatie vastleggen, ...) van de focusgroepen met cliënten en mantelzorgers en medewerkers uit de sector. De rol van de onderzoekers bestaat uit het modereren en analyseren van de focusgroepen, het opstellen van uitnodigingsbrieven en de praktische organisatie van de panelgesprekken met de projectgroepen en beleidsactoren en academici. In samenspraak met de vertegenwoordigers uit de sectoren stellen we leidraden op. De interviews en focusgroepen transcriberen en coderen we volgens inductieve thematische analyse (inhoudsanalyse) in het programma NVivo 11. Per betekenseenheid stellen we een code op. We structureren deze codes en gebruiken deze structuur als kapstok voor de beschrijving van de kwaliteitsaspecten.

### 2.2.1 Cliënten en mantelzorgers

Voor de DGAT organiseren we drie panelgesprekken met cliënten en mantelzorgers. De onderzoekers van SWVG begeleiden één gesprek met drie cliënten en twee mantelzorgers, de DGAT modereren de andere gesprekken.

Voor de DMW voeren we één panelgesprek met drie cliënten en één mantelzorger. Tijdens het organiseren van dit gesprek blijkt dat de deelname aan een focusgroep een zeer grote inspanning vraagt voor doelpopulatie van de DMW. Het rekruteren van voldoende deelnemers is een uitdaging. Door de (acute of hoge) zorgvraag van cliënten en mantelzorgers kunnen zij moeilijk tijd vrijmaken en/of zich

fysiek verplaatsen. Daarom beslissen we om aanvullend drie tot vijf interviews te organiseren in de vorm van een huisbezoek. Twee mantelzorgers en één cliënt zijn bereid om deel te nemen aan deze interviews. Het bereiken en betrekken van kwetsbare doelgroepen blijft echter een moeilijkheid voor de DMW. Niet alle cliënten zijn vragende partij om te participeren aan cliëntenraden of panels. Daarnaast zijn er veel barrières die participatie belemmeren zoals de fysieke en mentale gezondheid en tijd (Schildmeijer, Nilsen, Ericsson, Broström, & Skagerström, 2018).

Tijdens de gesprekken peilen de onderzoekers naar (1) positieve en negatieve ervaringen die een indicatie geven over de kwaliteit van de dienstverlening, (2) aandachtspunten waarmee de DGAT en DMW rekening moeten houden en (3) hun eigen interpretatie van een kwaliteitsvolle dienstverlening. Een voorbeeld van een focusgroep- en interviewleidraad voor DMW vindt u terug in Bijlage 1. Voor DGAT gebruiken we een analoge leidraad.

### 2.2.2 Medewerkers uit de sector

De inbreng van medewerkers is van belang om voldoende draagvlak te creëren in de sector. Daarnaast beschikken zij over de nodige deskundigheid en praktijkervaring en staan zij rechtstreeks in contact met cliënten. De onderzoekers modereren één focusgroep met medewerkers van de DGAT. Hierbij zijn tien medewerkers van verschillende organisaties aanwezig. Daarnaast organiseren de DGAT nog een tweede focusgroep. Voor de DMW modereren we één focusgroep met negen medewerkers.

De medewerkers geven onder meer een toelichting van elementen die een goede indicatie geven van kwaliteitsvolle processen en resultaten van de diensten, hun verwachtingen ten opzichte van de dienstverlening en de rol die zij daarin vervullen. Daarnaast peilen we naar zaken die de kwaliteitsvolle dienstverlening kunnen belemmeren. Een voorbeeld van een leidraad die we hanteren voor de focusgroep bij de DGAT vindt u in Bijlage 2. Voor de DMW gebruiken we een analoge leidraad.

### 2.2.3 Vertegenwoordigers van DGAT en DMW uit de projectgroepen

Alvorens de resultaten van de focusgroepen met cliënten en mantelzorgers en medewerkers terug te koppelen, bevragen we de mening van de leden uit de projectgroepen. De werkwijze stemt overeen met die van de focusgroepen. De vertegenwoordigers van de DGAT en de DMW brainstormen over de vormen van kwaliteit die zij het meest belangrijk vinden in hun sector. Daarna lichten we de resultaten van de focusgroepen toe en toetsen we af in welke mate deze overeenstemden met de meningen van de projectgroep.

Op basis van de gesprekken met cliënten, mantelzorgers en medewerkers en de projectgroep vullen we de eerste versies van de longlists van relevante kwaliteitsthema's en -aspecten voor de DGAT en DMW aan. We besluiten om de longlists (nog) niet op te delen in structuur-, proces- en resultaatindicatoren aangezien deze indeling sterk afhankelijk is van de manier waarop de kwaliteitsaspecten gemeten zullen worden.

### 2.2.4 Beleidsactoren en academici

De versies van de longlists die we opstellen na de focusgroepen, toetsen we af bij twee panels van relevante beleidsactoren en academici (met deelnemers vanuit het VIKZ, het Agentschap Zorg en Gezondheid, Kabinet Vandeuren, het Expertisecentrum Dementie, de Vlaamse ouderenraad, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het Wit-Gele Kruis en de KU Leuven). Het panel voor de DMW bestaat uit zeven deelnemers, bij het panel voor de DGAT zijn er vijf aanwezigen. In het

eerste deel van het panelgesprek vullen de deelnemers de longlist verder aan op basis van hun expertise, en passen ze de omschrijving van een aantal indicatoren aan. Op die manier leggen we de definitieve versies van de longlists vast.

### 3 Shortlist van kwaliteitsaspecten

In een tweede fase van het onderzoek verfijnen we de longlists van de DGAT en DMW tot twee shortlists van kwaliteitsaspecten. Het doel van deze fase is om te komen tot een shortlist van vijf tot tien kwaliteitsaspecten, waarbij we drie tot vijf voorkeursaspecten en een aantal reserve aspecten weerhouden.

Tijdens het tweede deel van de panelgesprekken met beleidsactoren en academici geven zij een eerste aanzet om te komen tot een shortlist. Voorafgaand maakten de deelnemers aan de hand van een online vragenlijst een selectie van de meest belangrijke thema's uit de longlists. De onderzoekers presenteren de meest relevante thema's uit deze online bevraging in de focusgroep. Voor elk van deze thema's trachten de beleidsactoren en academici een SMART<sup>1</sup>-definiëring te formuleren.

We presenteren en bespreken de werkwijze en de resultaten van de focusgroepen met de beleidsactoren en experts van zowel de DMW als de DGAT in een stuurgroep. Deze stuurgroep stelt voor om een gelijkaardige aanpak te hanteren in de projectgroepen. De leden krijgen voorafgaand aan de vergadering een huiswerkopdracht waarbij ze de meest essentiële thema's uit de twee longlists selecteren. Daarna presenteren we de resultaten uit de focusgroep met beleidsactoren en academici en vergelijken we deze met die van de projectgroep. De projectgroepen leveren een belangrijke bijdrage in de keuze van een beperkte set kwaliteitsaspecten. Onder begeleiding van de onderzoekers bepalen zij de eerste versies van de twee shortlists aan de hand van de relevantie en beïnvloedbaarheid van de kwaliteitsaspecten. Per geselecteerd thema formuleren ze een antwoord op de volgende vragen:

- Welke aspecten zijn relevant? M.a.w., zet het meten van het aspect aan tot acties rond kwaliteitsverbetering?
- Welke aspecten zijn beïnvloedbaar door de DGAT/de DMW?

### 4 Implementatievoorwaarden van de indicatoren

In een derde en laatste fase van het onderzoek werken we samen met de projectgroepen de indicatoren verder uit en bepalen we samen de implementatievoorwaarden. We verbeteren de kwaliteitsaspecten op het gebied van toepasbaarheid en meetbaarheid en streven ernaar om tot kwaliteitsindicatoren te komen. De twee projectgroepen hanteerden hiervoor een andere aanpak.

De projectgroep van de *DGAT* beslist om het cliëntenperspectief te weerspiegelen in de kwaliteitsindicatoren. Ze kiezen daarom om de indicatoren voornamelijk te meten aan de hand van tevredenheidsvragenlijsten. De onderzoekers stellen een lijst op van items uit reeds bestaande tevredenheidsvragenlijsten van de *DGAT* die overeenstemmen met de meest relevant bevonden kwaliteitsthema's. Ter voorbereiding van de projectgroep op 15 november 2018, selecteren de leden aan de hand van een online bevraging een top 3 van items per thema. Tijdens de vergadering bespreken

---

<sup>1</sup> SMART staat voor Specifiek – Meetbaar – Acceptabel – Realistisch – Tijdgebonden

de leden deze items en legden ze minstens één item per thema vast. In overleg passen we de items aan qua formulering. Ten slotte dient ook een antwoordschaal bepaald te worden. Voor deze keuze doet DGAT beroep op aanbevelingen uit de wetenschappelijke literatuur. Als aanvulling stelt men voor om – indien mogelijk – objectieve gegevens te trekken uit bestaande databronnen (bv. het programma Vesta) die complementair zijn aan de subjectieve gegevens.

De indicatoren van de *DMW* maken we meetbaar en implementeerbaar door het formuleren van een SMART-definitie. Als huiswerkopdracht trachten de leden van de projectgroepen de meest relevante indicatoren te herwerken aan de hand van volgende vragen:

- Specifiek: Is de indicator eenduidig? Meet deze indicator één specifiek aspect van kwaliteit?
- Meetbaar: Definieer een teller en noemer (percentage). Hoe wordt deze indicator uitgedrukt in cijfers? Wat kan dit cijfer vertellen?
- Acceptabel: Zijn de indicatoren acceptabel voor de doelgroep en het personeel/management?
- Realistisch: Is de meting aan de hand van deze indicator haalbaar?
- Tijdgebonden: Wanneer (in de tijd) kan/moet deze indicator gemeten worden? Gaat het om een eenmalige meting of een herhaling van metingen? Hoe vaak dient men de meting uit te voeren om een evolutie te meten?

Op 10 december 2018 presenteert de projectgroep van de *DMW* de resultaten van deze opdracht. Onder begeleiding van de onderzoekers verfijnen we de definities en indicatoren en detecteren we eventuele gebreken. Bij het bepalen van SMART-gedefinieerde indicatoren kiest de projectgroep ervoor om – indien mogelijk – een combinatie van objectief meetbare en subjectieve gegevens te gebruiken.

## Hoofdstuk 2

### Resultaten

Dit hoofdstuk omvat een overzicht van de resultaten per onderzoeksfase. In een eerste fase stelden we een longlist van kwaliteitsaspecten en –thema’s op. Uit deze longlist maakte de projectgroepen telkens een selectie van de meest relevante en beïnvloedbare kwaliteitsaspecten. Op basis daarvan stelden we een shortlist op in de tweede onderzoeksfase. Ten slotte herwerkten we samen met de sectoren de geselecteerde kwaliteitsaspecten uit deze shortlist tot meetbare en implementeerbare indicatoren.

#### 1 Longlist van kwaliteitsthema’s en -aspecten

In een eerste fase stelden we een longlist van kwaliteitsthema’s en -aspecten op aan de hand van literatuur, focusgroepen (incl. projectgroepen) en interviews. Deze twee longlists worden weergegeven in Bijlage 3 (DGAT) en 4 (DMW). In de longlists vermelden we telkens de methode of bron aan de hand waarvan dit thema of aspect werd opgenomen.

##### 1.1 Literatuur

In deze literatuurstudie onderscheiden we de internationale, wetenschappelijke literatuur van de sectorspecifieke literatuur.

###### 1.1.1 Wetenschappelijke literatuur

Bij het opstellen van de indicatoren houden we rekening met een aantal randvoorwaarden uit de internationale, wetenschappelijke literatuur. Het onderzoeken van kwaliteit in de eerstelijns- en thuiszorg is namelijk complex (Beaulieu, 1991). De DGAT en de DMW werken met uiteenlopende doelgroepen, waardoor de (zorg)vragen en –noden van cliënten zeer divers kunnen zijn. En ook mantelzorgers hebben bepaalde verwachtingen die de diensten in rekening moeten brengen (Beaulieu, 1991; Donabedian, 1988; Hirdes et al., 2004). Daarnaast komen er verschillende hulpverleners en diensten aan huis, zoals verplegers, huishoudhulp, verzorgenden, huisartsen en maatschappelijk werkers (Hirdes et al., 2004; Perry et al., 2010). Deze factoren leiden ertoe dat er in de thuisomgeving verschillende invloeden zijn op de zorg- en levenskwaliteit die moeilijk controleerbaar zijn, zoals de sociale en fysieke omgeving van de cliënt (Beaulieu, 1991; Hirdes et al., 2004). Bij het opstellen van de longlist op basis van de internationale literatuur houden we ook rekening met de verschillen tussen de Belgische eerstelijnszorg en die in andere landen. Niet alle aspecten uit internationale studies zijn daarom weerhouden in de definitieve longlist. Veel aspecten m.b.t. de thuis- en gezinszorg zijn bijvoorbeeld gericht op de (medische) gezondheidszorg in plaats van welzijn. Ten slotte zijn niet alle aspecten uit de internationale literatuur uitgewerkt tot meetbare en implementeerbare indicatoren. Sommige artikelen beperken zich tot het formuleren van algemene kwaliteitseisen en verbeterpunten. Daarom verwijzen we in de longlist naar kwaliteitsthema’s of -aspecten in plaats van kwaliteits-indicatoren.

### 1.1.2 Sectorspecifieke literatuur

Over het algemeen is er een duidelijke overeenstemming tussen (1) de kernactiviteiten van de DGAT en DMW en (2) de bevindingen uit de internationale literatuur, focusgroepen en interviews. Conform de doelstellingen van het woonzorgdecreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg zetten de DGAT en DMW zich in op het bieden van zorg op maat, samenwerking met andere zorgaanbieders en cliëntgerichte zorg, waarbij men rekening houdt met de individuele behoeften. Deze doelstellingen zijn te herkennen in verschillende aspecten uit de longlists zoals zorg op maat, inspraak en participatie van cliënten, multidisciplinaire samenwerking...

De inhoudelijke kwaliteitsbepalingen van de DGAT vertonen grote overlap met kwaliteitsaspecten uit de longlists. Een aantal belangrijke kwaliteitsbepalingen zijn de planning van de hulpverlening, goede communicatie met cliënten, de competenties van medewerkers, de aanwezigheid van een klachtendienst en een systematische tevredenheidsbevraging bij cliënten en mantelzorgers. Bijlage 5 bevat de resultaten uit de sectorspecifieke literatuurstudie die is opgesteld door de projectgroep van DGAT.

De DMW zijn laagdrempelig, ze bieden ondersteuning aan de brede populatie en schenken extra aandacht aan het bereiken van kwetsbare doelgroepen, o.a. via een proactieve benadering. Enkele kwaliteitsaspecten van een DMW zijn de grote toegankelijkheid, het breed onthaal en een goede vraagverheldering. Daarnaast informeren en adviseren zij cliënten m.b.t. hun rechten, bieden ze een langdurige begeleiding (in de thuiscontext) aan bij complexe situaties. Deze aspecten komen alle eveneens aan bod in de resultaten die voortvloeien uit de focusgroepen en interviews met belanghebbenden (zie §1.2). Daarnaast gebruiken de DMW reeds een aantal resultaatgerichte indicatoren. We besluiten om deze indicatoren (bv. het aantal begeleidingen, overleg met andere eerstelijnszorgaanbieders en het benaderen van kwetsbare doelgroepen in het kader van proactieve acties) niet mee op te nemen in de longlist om overlap in kwaliteitsindicatoren te vermijden. Bijlage 6 bevat de resultaten uit de sectorspecifieke literatuurstudie die is opgesteld door de projectgroep van DMW.

## 1.2 Focusgroepen en interviews

Tijdens de focusgroepen en interviews met belanghebbenden (cliënten en mantelzorgers, medewerkers, de projectgroep en beleidsactoren en academici) komen er diverse vormen van een kwaliteitsvolle dienstverlening van de DGAT en de DMW aan bod. In deze paragraaf sommen we de belangrijkste kwaliteitsaspecten volgens de belanghebbenden op.

### 1.2.1 Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg

In de focusgroepen voor de DGAT hechten de deelnemers belang aan *zorg op maat*. Men wenst de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de persoonlijke behoeften en voorkeuren. Cliënten moeten de zorg krijgen die zij nodig hebben en wanneer dit nodig is. De projectgroep vindt het belangrijk om hierbij een overeenstemming te zoeken tussen de mogelijkheden van de dienst en de wensen van de cliënt. Medewerkers moeten er bijvoorbeeld rekening mee houden dat ze geen meubels of spullen verplaatsen in het huis van een persoon die slechtziend is. Een goed intakegesprek en regelmatige opvolging van de afspraken zijn hierbij onontbeerlijk. Volgens beleidsactoren en academici dienen het bepalen van de behoeften en noden van de cliënt en opstellen van het individueel zorgplan daarom steeds te gebeuren op basis van een gesprek met cliënten en mantelzorgers. Daarnaast is elk panel het ermee eens dat de



diensten zich aanpassen aan de het dagritme van de cliënt. Om flexibiliteit te garanderen kan het in de toekomst nodig zijn dat de DGAT ook onregelmatige prestaties leveren.

*Medewerker DGAT: “Bij ons is het zo dat we zorg op maat geven, dat we echt kijken naar wat een persoon nodig heeft, en vooral: Hoe kunnen wij daar zo goed mogelijk bij helpen?”*

Een tweede belangrijk kwaliteitsthema is de *opleiding van medewerkers*. Cliënten verwachten dat medewerkers een cursus EHBO volgen. Daarnaast is een goede basisopleiding in verzorging en huishoudhulp (bv. koken, strijken) een vereiste. Cliënten rekenen er eveneens op dat medewerkers respectvol handelen, discreet zijn en persoonlijke informatie niet zomaar met derden delen. Anderzijds verwachten zij dat medewerkers een melding doen bij verontrustende situaties. Uit de focusgroep met de medewerkers zelf blijkt dat zij vragen naar meer opleidingen over het omgaan met agressie en specifieke doelgroepen zoals personen met dementie of een psychiatrische aandoening. Daarnaast willen ze meer weten over het beroepsgeheim en meldplicht, aangezien het voor hen soms nog onduidelijk is welke informatie zij mogen delen en wat niet. De beleidsactoren en academici voegen opleidingen over ‘kiezen in overleg’ en ondersteuning van het mantelzorgnetwerk hieraan toe. De leden van de projectgroep vinden het belangrijk dat medewerkers over de juiste competenties bezitten en vlot de omschakeling kunnen maken tussen verschillende doelgroepen (bv. van een kraamzorg naar palliatieve zorg).

*Medewerker DGAT: “Ik vind dat we daar te weinig scholing in hebben, in omgaan met mensen met een psychische stoornis. Door de vermaatschappelijking van de zorg, doen zij nu meer beroep op de thuiszorg, en dat is heel moeilijk voor ons.”*

Ten derde is *continuïteit van zorg* een belangrijk kwaliteitsaspect voor de DGAT. Zelfs indien een vaste verzorger uitvalt, trachten de DGAT ervoor te zorgen dat er een vervanging is zodat de cliënt de nodige zorg krijgt. Daarnaast is het van belang dat er een vertrouwensband kan ontstaan tussen de (vaste) verzorgende en de cliënt en er niet te veel wissels zijn van personeelsleden. Bovendien verwachten cliënten en mantelzorgers dat de DGAT zich houden aan de afgesproken planning en tijdig en duidelijk communiceren indien er wijzigingen zijn.

*Projectgroep DGAT: “Tijdigheid en planning is iets wat ook bij alle diensten sterk naar voor komt in de klachtenprocedure. Cliënten willen weten wanneer iemand komt en worden graag op tijd verwittigd als dat niet kan. Men moet ook rekening houden met de planning van de mantelzorgers.”*

*Cliënt DGAT: “Als een verzorgende ziek is, wordt er meteen een vervanging gestuurd. Ze beseffen dat het hier anders in het honderd loopt bij ons”*

Een goede *interne communicatie* en *samenwerking met andere eerstelijnszorgaanbieders* is eveneens essentieel voor het leveren van kwaliteitsvolle zorg. Cliënten verwachten bijvoorbeeld dat vervangers zo goed mogelijk op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt. Wanneer er verschillende diensten en organisaties aan huis komen, zoals bijvoorbeeld thuisverpleging, is het nodig dat zij hun werking op elkaar afstemmen en goed communiceren met elkaar. De communicatie tussen cliënten, medewerkers, verantwoordelijken en eerstelijnszorgaanbieders moet goed op elkaar afgestemd zijn. Volgens medewerkers kunnen regelmatige besprekingen met de regioverantwoordelijken en casusbesprekingen met andere zorgverleners nog meer bijdragen aan een betere zorgverlening.

*Projectgroep DGAT: “De samenwerking met bijvoorbeeld het Wit-Gele Kruis is belangrijk. Sommige verplegers staan erop dat zij de cliënt wassen, anderen laten dit liever over aan onze*

*verzorgenden. De communicatie moet beter om de zorg af te stemmen en conflicten te voorkomen. Ook voor de cliënten is het niet altijd duidelijk, ze wachten op de verpleging die er nog niet is, en ze weten niet goed of de verzorgende hen wel 'mag' wassen".*

Ten vierde moet de DGAT goed *bereikbaar zijn* voor cliënten. Dit geldt zowel voor de openingsuren als voor de telefonische bereikbaarheid.

Ten slotte vermelden de medewerkers en de projectgroep dat de *tevredenheid van cliënten, mantelzorgers en medewerkers* een weerspiegeling is van de kwaliteit van de dienst. Indien alle partijen tevreden zijn over de prestaties heeft men een kwaliteitsvolle dienstverlening geleverd. Daarnaast verwacht men dat tevreden medewerkers ook meer kwaliteit zullen leveren.

### 1.2.2 Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen

Een eerste belangrijk aspect van kwaliteit is de *bereikbaarheid* van de DMW. Dit kan aan de hand van verschillende kanalen (bv. via een overzichtelijke website, telefonische bereikbaarheid en toegankelijkheid via een huisbezoek). Ook de bekendheid bij het grote publiek en kwetsbare doelgroepen is van belang. In het cliëntenpanel heerst er de indruk dat veel mensen niet weten bij wie ze terecht kunnen. Men verwacht dat een DMW *laagdrempelig* is zodat iedereen -en kwetsbare groepen in het bijzonder- de weg ernaartoe vindt. Momenteel zetten de DMW hier reeds op in aan de hand van een *proactieve werking*.

*Projectgroep DMW: "In een ideale wereld moeten mensen niet naar ons komen, maar gaan wij hen zelf opzoeken nog voordat ze denken ons nodig te hebben".*

*Cliënt DMW: "Wij zijn in het verleden van het kastje naar de muur gestuurd en hebben alles zelf moeten zoeken. Ik had op dat moment ook graag een brief gehad met 'beste, u bent al sinds de geboorte gehandicapt, u kan altijd bij ons terecht voor meer informatie'. Dan weet je meteen hoe het zit en bij wie je terecht kan."*

Uit de focusgroepen blijkt ook dat de *opleidingen van maatschappelijk werkers* een teken zijn van kwaliteit. Cliënten en mantelzorgers verwachten dat maatschappelijk werkers over de nodige kennis en vaardigheden beschikken, zoals wetgeving en (doorverwijzing naar) andere diensten. In een interview werd voorgesteld om medewerkers ook (meer) praktijkgerichte opleidingen te geven, bijvoorbeeld met rollenspelen en getuigenissen van (oud)cliënten. Volgens het panel van beleidsactoren en academici dienen maatschappelijk werkers voldoende kennis te hebben over de concentrische cirkels om cliënten door te verwijzen naar de dienst die het meest geschikt is. Men gaat hierbij van minder ingrijpende naar meer ingrijpende zorg.

*Cliënt DMW: "In heel dat kluwen van wetgeving is het belangrijk dat de maatschappelijk werkers goed worden opgeleid en ook correcte informatie kunnen geven. De basisopleiding moet er zeker zijn, dat is heel belangrijk, dat mensen goed opgeleid worden, ook inzake wetgeving."*

Een derde aspect van kwaliteit is *samenwerking en communicatie*. Dit gaat zowel over de communicatie tussen DMW-medewerkers, als de samenwerking met andere diensten (bv. de sociale dienst van een ziekenhuis). Het panel van beleidsactoren en academici adviseert een multidisciplinaire aanpak, met regelmatige intervisie en een gedeelde dossiervorming. Medewerkers hechten belang aan het volgen van externe opleidingen, zodat de verschillende sectoren elkaar beter leren kennen. Daarnaast verwachten ze een goede communicatie tussen beleidsactoren en basised medewerkers.

*Projectgroep DMW: "Wij zijn een dienst bij uitstek die bij cliëntsituaties langskomen waar er heel veel diensten, hulpverleners, zorgverstrekkers en welzijnswerkers aanwezig zijn, dus die samenwerking is bijzonder belangrijk."*

*Cliënt DMW: "Ik ben het beu om telkens opnieuw mijn verhaal te moeten doen. Voor mij is het zo pijnlijk en confronterend om dat steeds te herhalen. Er zou iemand het overzicht moeten bewaren zodat men tenminste op de hoogte is van wat er speelt in het gezin en waarom wij hulp zoeken."*

Zowel de medewerkers als de leden van de projectgroep hechten belang aan het geven van kwaliteitsvolle begeleidingen. Bij een begeleiding doorloopt men vaak een heel proces aan de hand van verschillende fasen, waarbij er verschillende methodieken en tools gehanteerd worden. Het is belangrijk dat deze begeleidingen van A tot Z kwaliteitsvol opgenomen worden. Het panel van beleidsactoren en academici verwacht dat de DMW begeleidingsplannen regelmatig opvolgt en bijstelt indien nodig. Aansluitend verwachten cliënten en mantelzorgers dat zij tijdens dit hulpverleningsproces *betrokken worden* en dat er na de begeleiding een zekere vorm van opvolging of nazorg wordt voorzien. De cliënten geven aan om te focussen op een vraaggestuurde dienstverlening met de cliënt in een actieve rol.

*Cliënt DMW: "Ik verwacht iemand die zegt: 'We gaan samen kijken wat voor u het beste werkt en dit pad samen met u bewandelen'."*

De leden van de projectgroep vinden het een belangrijke opdracht van de DMW om aan *belangenbehartiging* te doen. Maatschappelijk werkers krijgen vaak klachten of boodschappen van cliënten over situaties waaraan zij zelf niets kunnen veranderen, maar waarbij de verantwoordelijkheid bij een andere instantie ligt. In deze situaties is het de taak van een DMW om deze signalen van cliënten op te pikken, te expliciteren, om te zetten naar beleidsaanbevelingen en te communiceren naar de bevoegde instanties.

*Projectgroep DMW: "Als maatschappelijk werker bots je ook vaak op een muur, waarbij je zelf niet iets aan de situatie kan veranderen. Je moet als organisatie die ervaringen kunnen samenbrengen en delen, zodat er ook effectief iets met die signalen gebeurt en dit een impact kan hebben op beleidsniveau. We kunnen concrete aanbevelingen doen voor dingen die structureel moeten veranderen, omdat er bijvoorbeeld overlap is of omdat mensen ergens uit de boot vallen."*

Ten slotte stellen de medewerkers en projectgroep voor om de kwaliteit van de dienst te meten aan de hand van *specifieke tevredenheidsbevragingen voor cliënten en mantelzorgers*. Men wil hierbij een duidelijk onderscheid maken tussen de kwaliteit van de dienstverlening (bv. de bereikbaarheid, ervaring van het contact) en situaties die buiten de controle van een DMW liggen (bv. het al dan niet krijgen van een tegemoetkoming). Het is belangrijk dat het resultaat van een tegemoetkoming zo weinig mogelijk impact heeft op de resultaten van een tevredenheidsbevraging.

## **2 Shortlist van kwaliteitsaspecten**

Op basis van de longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten ondersteunen we tijdens projectgroepen de twee sectoren bij hun selectie van kwaliteitsaspecten die resulteren in een shortlist van kwaliteitsaspecten. We organiseerden daartoe een online bevraging en focusgroep met de leden van de projectgroep.

### 2.1.1 Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg

De projectgroep van de DGAT kiest voor de volgende definitieve shortlist van kwaliteitsaspecten:

- Tijdigheid, planning en continuïteit
- Zorg op maat
- Competenties van werknemers
- Bereikbaarheid van DGAT
- Evaluatie door cliënten en andere belanghebbenden

### 2.1.2 Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen

De projectgroep van de DMW kiest voor de volgende definitieve shortlist van kwaliteitsaspecten:

- Bereikbaarheid via verschillende kanalen
- Telefonische bereikbaarheid
- Vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding
- Signaalfunctie

## 3 Implementatievoorwaarden van de indicatoren

De gekozen kwaliteitsaspecten uit de vorige onderzoeksfase worden in de projectgroepen verder uitgewerkt tot meetbare kwaliteitsindicatoren. We bespreken hier de voorwaarden om deze indicatoren in de DGAT en DMW te kunnen meten en implementeren.

### 3.1 Diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg

We onderscheiden vier kwaliteitsaspecten voor de DGAT:

- Tijdigheid, planning en continuïteit
- Zorg op maat
- Competenties van werknemers
- Bereikbaarheid van DGAT

Het vijfde aspect 'evaluatie door cliënten en andere belanghebbenden' wordt niet weerhouden als kwaliteitsindicator. De projectgroep vindt het echter wel belangrijk om dit kwaliteitsaspect te interpreteren in relatie tot de andere vier indicatoren. Volgens hen kan dit een genuanceerder beeld opleveren. We besluiten daarom om dit aspect samen met de indicatoren die de vier kwaliteitsaspecten meten, op te nemen in de tevredenheidsbevraging.

In de volgende paragrafen geven we per kwaliteitsaspect een omschrijving van de doelstelling en de manier waarop dit gemeten kan worden. Deze meting kan subjectief of objectief zijn. Met een subjectieve meting bedoelen we dat deze meting gebeurt op basis van bevragingen van cliënten (of mantelzorgers). Een objectieve meting maakt gebruik van bestaande registratiesystemen of registratiesystemen die nog ontwikkeld dienen te worden.

Voor de antwoordschalen putten we inspiratie uit de Vlaamse CliëntZorgMonitor (Neyens et al., 2016).

### 3.1.1 Tijdigheid, planning en continuïteit

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Aan de hand van de indicator die dit kwaliteitsaspect meet, willen de DGAT nagaan of cliënten tevreden zijn over de planning, en meer specifiek of medewerkers zich voldoende aan de afgesproken planning houden. Daarnaast vindt men het belangrijk dat cliënten op de hoogte worden gebracht indien de planning wijzigt, bv. omwille van ziekte. Tijdens de focusgroepen komt aan bod dat cliënten deze communicatie een belangrijk aspect van kwaliteit vinden. De indicator richt zich tot het meten van de tijdigheid en planning tijdens het zorgtraject van cliënten, en dus niet de tijdigheid bij de aanvraag of opstart van een DGAT (bv. wachttijd).

- Subjectieve metingen

De indicator ‘tijdigheid, planning en continuïteit tijdens het zorgtraject’ kunnen we bijvoorbeeld meten aan de hand van de volgende vragen.

- “Ik krijg zorg volgens de afgesproken planning.”

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

- “Ik word tijdig op de hoogte gebracht bij wijzigingen in de planning.”

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

### 3.1.2 Zorg op maat

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Het doel van dit aspect is om na te gaan of de DGAT zorg op maat bieden. Het is de bedoeling dat een dienst op basis van de resultaten op zoek gaat naar verbeterpunten om de zorg nog beter af te stemmen op de behoeften van cliënten. Dit kan door bijvoorbeeld terug te kijken naar doelstellingen die werden vastgelegd, afspraken uit het intakegesprek, meer opvolgingsgesprekken organiseren met cliënten en het herbekijken van de BEL-profiel score.

- Subjectieve meting

Deze indicator 'zorg op maat' wordt in kaart gebracht via het volgende item:

- "De zorg die ik krijg, is afgestemd op mijn behoeften."

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

### 3.1.3 Competenties van werknemers

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Competenties van werknemers omvatten zowel kennis en vaardigheden als belangrijke eigenschappen die werknemers moeten bezitten. Cliënten willen dat hun zorgverleners respectvol en discreet zijn, en over de nodige kennis beschikken.

- Subjectieve metingen

De indicator 'competenties van werknemers' wordt gemeten via de volgende vragen:

- "De medewerkers die mij zorg bieden, behandelen me met respect."

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

- “De medewerkers die mij zorg bieden, kennen hun job.”

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

- Objectieve metingen

Naast deze subjectieve meting worden er objectieve gegevens uit VESTA gehaald om de competenties van werknemers aan te tonen. Het *percentage gevolgde uren vormingen per dienst* zal worden geregistreerd om de competenties van werknemers te meten.

Indien een dienst hoog scoort op het percentage uren vormingen en toch een lage tevredenheidsscore heeft, dient men na te gaan in welke mate men de inhoud van vormingen kan aanpassen aan de behoeften van de cliënten, en of er andere manieren zijn om de competenties van werknemers te verbeteren.

#### 3.1.4 Bereikbaarheid

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Voor cliënten is het belangrijk dat zij de dienst kunnen bereiken als dit nodig is. Daarom voegen we een indicator toe die de bereikbaarheid van de DGAT nagaat.

- Subjectieve meting

Deze indicator wordt gemeten via twee vragen:

- “Ik kan met mijn vragen terecht bij iemand van de dienst.”

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

- "Ik ben tevreden over de manier waarop ik de dienst kan bereiken."

In welke mate gaat u hiermee akkoord?

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

In welke mate vindt u dit belangrijk?

- Zeer onbelangrijk
- Onbelangrijk
- Niet onbelangrijk, niet belangrijk
- Belangrijk
- Zeer belangrijk

### 3.1.5 Evaluatie door cliënten en andere belanghebbenden

- Omschrijving van de doelstelling van dit aspect

Naast de bovenstaande specifiekere indicatoren wil de projectgroep de algemene tevredenheid van cliënten meten. Hoewel dit aspect niet weerhouden is als indicator, vindt de projectgroep de algemene tevredenheid een genuanceerder beeld geeft in combinatie met de andere indicatoren. Men wil op die manier ook een algemeen beeld van de (kwaliteit van de) dienst verkrijgen.

- Subjectieve metingen

- "Ik ben tevreden met de zorg die ik krijg."

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord

- "Ik zou op basis van mijn ervaring met de zorg, deze dienst aanbevelen aan vrienden en kennissen."

- Niet akkoord
- Eerder niet akkoord
- Neutraal
- Eerder akkoord
- Akkoord



### 3.2 Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen

We onderscheiden vier kwaliteitsaspecten voor de DMW:

- Bereikbaarheid via verschillende kanalen
- Telefonische bereikbaarheid
- Vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding
- Signaalfunctie

In de volgende paragrafen geven we per kwaliteitsaspect een omschrijving van de doelstelling en van de manier waarop dit gemeten kan worden. Deze meting kan subjectief of objectief zijn. Met een subjectieve meting bedoelen we dat deze meting gebeurt op basis van bevragingen van cliënten (of mantelzorgers). Een objectieve meting maakt gebruik van bestaande registratiesystemen of registratiesystemen die nog ontwikkeld dienen te worden.

Voor de subjectieve metingen putten we hier en daar inspiratie uit de Vlaamse CliëntZorgMonitor (Neyens et al., 2016).

#### 3.2.1 Bereikbaarheid via verschillende kanalen

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Dit aspect handelt over de bereikbaarheid van de DMW via minimum drie (zelf in te vullen door de dienst) communicatiekanalen. Het is belangrijk dat een DMW bereikbaar is via *verschillende* kanalen, én dat deze kanalen *gekend zijn bij en gebruikt worden door* het cliënteel. Indien blijkt dat een kanaal gekend is bij het cliënteel, maar weinig wordt gebruikt, is het misschien nodig om andere kanalen aan te bieden. Indien het kanaal weinig gekend is en weinig wordt gebruikt kan dit impliceren dat de beschikbaarheid van het kanaal meer of duidelijker gecommuniceerd kan worden. Indien een kanaal bij veel mensen gekend is en veel wordt gebruikt, toont dit aan dat dit een belangrijk communicatiemiddel is dat door de dienst behouden en eventueel zelfs uitgebreid moet worden. Indien nodig willen de DMW in de toekomst meer inzetten op innovatieve communicatiekanalen of hun huidige communicatiekanalen uitbreiden.

- Subjectieve metingen

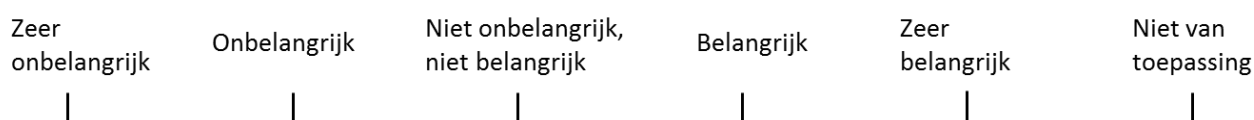
De indicator ‘bekendheid van de diverse kanalen waardoor DMW bereikbaar is’ meten we via een bevraging bij het cliënteel van de DMW aan de hand van de volgende vragen:

- “Ik weet hoe ik de dienst maatschappelijk werk kan vinden als ik deze nodig heb.”

In welke mate is dit voor u waar?



In welke mate vindt u dit belangrijk?



- “De dienst maatschappelijk werk is gemakkelijk bereikbaar.”

In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

In welke mate vindt u dit belangrijk?

Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing

- “Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn dienst maatschappelijk werk kan bereiken.”

In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

In welke mate vindt u dit belangrijk?

Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing

- “Welke manier kent u om de dienst maatschappelijk werk te bereiken?”

- Email
- Telefoon
- Contactformulier op de website
- Ontmoeting op dienst

De indicator ‘gebruik van de diverse kanalen waarlangs DMW bereikbaar is’, wordt gemeten via de volgende vraag:

- “Op welke manier neemt u meestal contact op met de dienst maatschappelijk werk?”

- Email
- Telefoon
- Contactformulier op de website
- Ontmoeting op dienst

De indicator ‘tevredenheid over de diverse kanalen waarlangs DMW bereikbaar is’, wordt gemeten via de volgende vraag:

- “Hoe tevreden bent u over deze manier van contacteren?” (deze vraag wordt per aangevinkt communicatiekanaal gesteld)

- Ontevreden
- Eerder ontevreden
- Noch tevreden, noch ontevreden
- Eerder tevreden
- Tevreden

### 3.2.2 Telefonische bereikbaarheid

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Dit aspect omvat de effectieve en gepercipieerde telefonische bereikbaarheid van de DMW.

- Objectieve metingen

We beperken ons voor de volgende indicatoren m.b.t. de ‘effectieve telefonische bereikbaarheid’ telkens tot de *rechtstreekse oproepen* naar de DMW (externe oproepen) en *niet de oproepen die tot stand komen via doorschakeling vanuit het ziekenfonds*. We brengen dus enkel de telefonische bereikbaarheid in kaart voor de mensen die rechtstreeks bellen op het nummer van DMW. Het is wel belangrijk om de verhouding van de rechtstreekse oproepen ten aanzien van het totale aantal oproepen ook te kennen om de grootte ervan te kunnen inschatten.

- Het totale aantal externe oproepen

Het totale aantal externe oproepen zijn “het aantal externe oproepen die een DMW krijgt binnen de *bereikbaarheidsuren* van de DMW in een bepaalde tijdsperiode.”

Wat betreft de bereikbaarheidsuren spreken we af dat als je als DMW duidelijk communiceert dat je bijvoorbeeld op een donderdag telefonisch niet bereikbaar bent, de oproepen van die donderdag uit de berekening wordt gehaald.

- Het totale aantal externe opgenomen oproepen

Het totale aantal externe opgenomen oproepen zijn “de externe oproepen die de DMW heeft kunnen behandelen binnen de bereikbaarheidsuren van de DMW in een bepaalde tijdsperiode”.

Zo heeft een DMW bijvoorbeeld 1000 oproepen gehad die tijdsperiode en heeft deze er daar 850 van opgenomen. Dan heeft deze DMW een bereikbaarheidspercentage van 85%.

- Het totale aantal gemiste oproepen

Het totale aantal gemiste oproepen zijn “het verschil tussen het totale aantal externe oproepen en het aantal opgenomen externe oproepen”.

Zo heeft een DMW bijvoorbeeld 1000 oproepen gehad die tijdsperiode en heeft deze er daar 850 van opgenomen. Dan heeft deze DMW 15% van de oproepen gemist.

- Het totale aantal unieke bellers

Het totale aantal unieke bellers in een bepaalde tijdsperiode zijn “het aantal externe oproepen die een DMW krijgt binnen de bereikbaarheidsuren van de DMW van éénzelfde telefoonnummer in een bepaalde tijdsperiode.”

Men gaat nooit kunnen uitsluiten dat mensen iets vergeten zijn en nog eens terugbellen diezelfde tijdsperiode. Dus dit percentage zal nooit 100% als uitkomst hebben.

- Het totale aantal unieke bellers binnen het totale aantal gemiste oproepen

Het totale aantal unieke bellers in een bepaalde tijdsperiode binnen het totale aantal gemiste oproepen zijn “het aantal externe oproepen die een DMW krijgt binnen de bereikbaarheidsuren van de DMW van éénzelfde telefoonnummer in een bepaalde tijdsperiode in de groep van de gemiste oproepen.”

Zo kan de DMW bij de 15% gemiste oproepen gaan kijken hoeveel van de gemiste oproepen er ‘unieke bellers’ zijn. Een unieke beller is iemand die terugbelt na een gemiste oproep. Deze indicator geeft ons eveneens een antwoord op de vraag: “Hoeveel mensen hebben meerdere keren contact proberen nemen en zijn maar met één contact geholpen geweest?” Hoe slechter bereikbaar, hoe meer belpogingen ondernomen worden.

- Optie: Het totale aantal externe oproepen opgenomen door het antwoordapparaat.

Om deze indicatoren te kunnen implementeren dient het volgende nog door de projectgroep uitgeklaard te worden:

- Kan het aantal externe oproepen (met onderscheid tussen gemiste en opgenomen oproepen) geregistreerd worden?
- Kan het aantal externe ‘unieke bellers’ bij DMW eruit gehaald worden?
- Kan het aantal oproepen door het antwoordapparaat apart gemeten worden?
- Over welke tijdsperiode wordt dit alles geregistreerd?
- Bestaat er een norm voor het totale aantal unieke bellers in een bepaalde tijdsperiode binnen het totale aantal gemiste oproepen. Met andere woorden: “Wanneer is de kwaliteit van de telefonische bereikbaarheid problematisch?”

- Subjectieve metingen

De indicator m.b.t. de gepercipieerde telefonische bereikbaarheid, wordt gemeten aan de hand van de volgende vragen.

- “Kan je het telefoonnummer van de dienst maatschappelijk werk gemakkelijk vinden?”
  - Ja
  - Nee
  - Niet van toepassing
- “Kan je de telefonische bereikbaarheidsuren van de dienst maatschappelijk werk gemakkelijk vinden?”
  - Ja
  - Nee
  - Niet van toepassing
- “In welke mate bent u tevreden over de snelheid waarmee uw telefonische oproep(en) naar de dienst maatschappelijk werk beantwoord werd(en)?”
  - Ontevreden
  - Eerder ontevreden
  - Noch tevreden, noch ontevreden
  - Eerder tevreden
  - Tevreden
  - Ik nam geen telefonisch contact op met de dienst

### 3.2.3 Vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

Cliënten die in begeleiding zijn bij een DMW beschikken over één begeleider die een overzicht bewaart van de situatie van de cliënt en instaat voor een cliëntgerichte coördinatie van de informatie van andere belanghebbende DMW-hulpverleners (ergo, indicatiestellers, MDT, ...). Bovendien communiceert deze bij voorkeur open en proactief met de cliënt. De begeleider is eveneens de eigenaar van het begeleidingsdossier.

Zo weet de cliënt wie hij/zij kan aanspreken en bestaat er coherentie in de hulpverlening, ook wanneer er meerdere hulpverleners van de DMW de cliënt begeleiden. De hulpverleners zijn op de hoogte van elkaar en de situatie van de cliënt, waardoor de cliënt niet telkens opnieuw zijn/haar verhaal moet vertellen. Door een vaste begeleider aan te stellen wil de DMW zorgen voor een betere communicatie tussen de betrokken DMW-hulpverleners en de cliënt en mantelzorger. Daarnaast kan de begeleider de rol van vertrouwenspersoon opnemen. Er wordt verwacht dat de begeleider de cliënt informeert en een overzicht van het dossier bewaakt.

- Subjectieve metingen

De indicator ‘vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding’ wordt gemeten aan de hand van twee vragen in een vragenlijst:

- “Kent u uw begeleider van de dienst maatschappelijk werk?”
  - Ja
  - Nee
- “In welke mate heeft u de indruk dat uw hulpverleners van de dienst maatschappelijk werk op de hoogte zijn van uw situatie?”
  - Nooit
  - Zelden
  - Soms
  - Vaak
  - Altijd
  - Niet van toepassing

### 3.2.4 Signaalfunctie

- Omschrijving van de doelstelling van het kwaliteitsaspect

De signaalfunctie houdt in dat de DMW verantwoordelijk zijn om hiaten in wetgeving en beleid om klachten over een andere dienst op te vangen, te registreren en door te geven naar de juiste instanties. Zo kunnen zij maatregelen nemen om deze hiaten aan te pakken waar mogelijk (Hermans, 2014). Een signaal verschilt hierbij van een klacht, omdat klachten gericht zijn aan de werking van de DMW (of het ziekenfonds) en dus zelf aangepakt kunnen worden door de dienst. Bij signalen ligt de oplossing vooral buiten de verantwoordelijkheid van de dienst. De projectgroep deelde de signaleringsfunctie op in verschillende fasen:

1. Het herkennen van een signaal
2. Analyseren van een signaal (bv. de oorzaken achterhalen)
3. Expliciteren van het signaal (bv. in een teamvergadering)
4. Definiëren van de ontvangers (bv. Vlaamse overheid, lokale instantie)
5. Structurele oplossingen formuleren
6. Het (beleids)signaal overmaken
7. Terugkoppeling naar de signaalgevers (nl. wat is er met hun signaal gebeurd?)

- Voorwaarden die vervuld dienen te zijn voor de meting via indicatoren

Er is nood aan een *procesbeschrijving* waarin de zeven verschillende fasen beschreven worden. Om dit kwaliteitsaspect meetbaar te maken dient vervolgens *één uniform formulier* opgesteld te worden. Iedereen heeft momenteel een eigen formulier waarin signalen genoteerd worden. Het formulier zou intermutualistisch uitgewerkt kunnen worden. Belangrijk is om signalen te kunnen delen met elkaar.

- Objectieve en subjectieve metingen (incl. duurzaamheid van de indicator)

De projectgroep besluit dat de *aandacht voor signalen* eigenlijk de eerste indicator is. Het is eerder een organisatieopdracht of daarin geïnvesteerd wordt, of het teruggekoppeld wordt, de mate waarin het opgevolgd wordt, ...

Een maatschappelijk werker kan alert zijn voor signaal, maar als het bij fase 2 blijft steken en vervaagt is er ook een probleem. Een tweede indicator is dus de *mate waarin er gevolg wordt gegeven aan een signaal en het gestimuleerd wordt om de verschillende fasen van de signaleringsfunctie te doorlopen*.

De projectgroep geeft aan dat de indicatoren enerzijds gemeten kunnen worden via een formulier met *aantallen per signaleringsfase* en anderzijds via een *tevredenheidsbevraging* van de maatschappelijk werkers over de waardering van het signaleringsproces. Deze indicator zal in de toekomst verder op punt gesteld dienen te worden.





## Hoofdstuk 3

### Besluit

#### 1 Besluit van de onderzoekers

##### 1.1 De gekozen kwaliteitsaspecten

We besluiten hier met een overzicht van de gekozen *kwaliteitsaspecten* en *-indicatoren* per sector:

Tabel 1 Een overzicht van de kwaliteitsaspecten en indicatoren voor DGAT

DGAT	
Kwaliteitsaspect	Indicator
Tijdigheid, planning en continuïteit tijdens het zorgtraject	
Zorg op maat	
Competenties van werknemers	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Gepercipieerde competenties van werknemers</li><li>○ Percentage gevolgde uren vormingen per dienst</li></ul>
Bereikbaarheid van DGAT	

Tabel 2 Een overzicht van de kwaliteitsaspecten en indicatoren voor DMW

DMW	
Kwaliteitsaspect	Indicator
Bereikbaarheid via verschillende kanalen	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bekendheid van de diverse kanalen waardoor de DMW bereikbaar is</li><li>○ Gebruik van de diverse kanalen waarlangs de DMW bereikbaar is</li><li>○ Tevredenheid over de diverse kanalen waarlangs de DMW bereikbaar is</li></ul>
Effectieve telefonische bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Het totale aantal externe oproepen</li><li>○ Het totale aantal externe opgenomen oproepen</li><li>○ Het totale aantal gemiste oproepen</li><li>○ Het totale aantal unieke bellers</li><li>○ Het totale aantal unieke bellers binnen het totale aantal gemiste oproepen</li></ul>
Gepercipieerde telefonische bereikbaarheid	
Vaste aanspreekpersoon tijdens de begeleiding	
Signaalfunctie	<i>De indicatoren van dit kwaliteitsaspect zijn nader te bepalen.</i>

De implementatie van de DGAT-indicatoren onderzoeken we - behalve voor indicator 3 (competenties van werknemers) - voornamelijk via een subjectieve tevredenheidsbevraging. De implementatie van de DMW-indicatoren vergt een combinatie van subjectieve tevredenheidsbevragingen en metingen via objectieve registratiesystemen. Voor deze laatste sector dienen eerst nog enkele voorwaarden vervuld te zijn vooraleer we de objectieve indicatoren kunnen meten aan de hand van de registratiesystemen. We denken dan voornamelijk aan (1) de uniformiteit over de landsbonden heen van de registraties van de telefoonoproepen en (2) de uitwerking van een uniform signaleringsformulier.

We besluiten dat de ontwikkelingstrajecten die de twee sectoren doorliepen geruime tijd, engagement en inspanningen vroegen van alle betrokken partijen om dit te realiseren. Alle stappen en betrokken partijen in dit traject bleken echter noodzakelijk om tot een gedragen en gedegen eindresultaat te kunnen komen. Het opstellen van een longlist van kwaliteitsthema's en -aspecten was een noodzakelijke eerste stap om alle relevante kwaliteitsaspecten vanuit de diverse perspectieven te overwegen. Het komen tot een shortlist verliep iets vlotter doordat voor de aanvang van de projectgroep een online bevraging werd afgenomen die meteen een duidelijk overzicht bood van hoe de meningen bij elkaar aansloten of juist verdeeld waren. Het uitwerken van implementatievoorwaarden leek soms wat op een "processie van Echternach" (drie stappen vooruit, twee stappen achteruit) waarbij af en toe de neiging ontstond om stappen terug te zetten maar dit steeds met het oog om vooruit te geraken.

Bij de DGAT werd in deze laatste fase beslist om voornamelijk tevredenheidsbevragingen te gebruiken. Dit liet ons toe om opnieuw via een voorafgaande online bevraging een duidelijk overzicht te geven van de diverse meningen over de relevantie van items. Bij de DMW was er de wens om naast subjectieve metingen ook objectieve indicatoren te implementeren, wat een iets langer proces vroeg. Daarnaast is het meten van de signaleringsfunctie vernieuwend als kwaliteitsindicator. Deze indicator vraagt daarom ook meer tijd om verder uit te werken.

Verder kunnen we stellen dat het draagvlak bij de betrokkenen in deze studie reeds aanwezig is. Vooral de leden van de projectgroepen zijn belangrijke voortrekkers in dit kwaliteitsverbeteringstraject. Zo organiseren de DGAT samen met de DMW een feedbackmoment waarin ze de stand van zaken van dit project toelichten aan geïnteresseerden. Dit zal meteen ook de start betekenen van een implementatietraject waarin we enerzijds de validiteit en betrouwbaarheid van de indicatoren nagaan en anderzijds onderzoeken hoe haalbaar het is voor de diensten om de ontwikkelde indicatoren te meten.

## 1.2 Succesfactoren en valkuilen in het traject: aandachtspunten bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren

Tot slot kregen we de vraag om terug te kijken naar het afgelegde *traject*. We formuleren hier een aantal aandachtspunten die relevant zijn indien men een analoog proces wenst te herhalen (het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren) bijvoorbeeld in andere eerstelijnssectoren.

### Aandachtspunt 1:

Zo leerden we tijdens dit project dat de kick-off meeting een belangrijke basis legde voor het gehele traject. Tijdens deze kick-off meeting leerden we elkaar kennen en werd grondig nagedacht over de betrokken partijen in het ontwikkelingstraject en de methoden en werkwijzen die gevolgd zouden worden. Deze partijen zijn best alle stakeholders die de kwaliteit van een dienst mee bepalen of beoordelen of hierover expertise ter zake hebben.

Daarnaast is het van belang de takenpakketten van de betrokken instanties vooraf zo duidelijk mogelijk te omschrijven en praktische zaken zo goed mogelijk af te spreken. Ook werden per sector twee aanspreekpersonen aangeduid, wat eveneens de communicatie tijdens het proces bevorderde. Een eerste aandachtspunt luidt daarom:

**Start van bij het begin met duidelijke afspraken over het ontwikkelingstraject en de betrokkenen.**

### Aandachtspunt 2:

Daarnaast is - zoals we hierboven aangaven- elke stap die we gezet hebben noodzakelijk geweest voor het welslagen van het project. Eén sector stelde gaandeweg de vraag of het ontwikkelen van de longlist wel opportuun was. Maar de ontwikkeling van de longlist garandeerde dat we alle perspectieven aan bod lieten komen en dat we indirect ook deels op deze manier gedragenheid voor het traject in de sectoren creëerden. Dit neemt niet weg dat dit een lang traject is dat veel tijd en inspanningen vraagt. Zo stelde elke sector bijvoorbeeld zijn eigen literatuurstudie op zodat de onderzoekers beter konden begrijpen op welke manier de sectoren reeds aan de slag gingen met kwaliteit.

Bij de DMW nam het soms relatief veel tijd in beslag om de indicatoren SMART te definiëren (ondanks de vele voorbereidingen vanuit de werkgroep). Een factor die dit proces faciliteerde was een grondige voorbereiding van de werk- en projectgroepen. Dit gebeurde aan de hand van presentaties met (1) alle informatie die verzameld werd over de indicatoren en (2) de concrete acties die nog ondernomen dienden te worden om de indicator vorm te kunnen geven. Ook de verslaggeving van hetgeen aan bod kwam tijdens deze groepen was van cruciaal belang voor het welslagen van het project. Een tweede suggestie die we meegeven bij het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren is:

**Start het ontwikkelingstraject met het opstellen van een longlist, selecteer vervolgens een shortlist van kwaliteitsaspecten en zoek vervolgens hoe deze als indicatoren geïmplementeerd kunnen worden.**

**Aandachtspunt 3:**

Verder werd tijdens de kick-off duidelijk vanuit de overheid het belang gecommuniceerd van een bottom-up benadering wat inhoudt dat de indicatoren niet top-down vanuit de wetenschap of overheid opgelegd worden. Gaandeweg werd duidelijk dat de overheid consistent optrad in het aanwijzen van het belang van deze gedragenheid door de sector. Deze factor is van enorm belang geweest om de vertrouwensrelatie uit te bouwen en vooruitgang te kunnen boeken in het ontwikkelen van de kwaliteitsindicatoren. Een derde aandachtspunt is dus:

**Een bottom-up benadering bij het ontwikkelen van indicatoren is onontbeerlijk.**

**Aandachtspunt 4:**

Tot slot suggereren we dat het zinvol is om een neutrale, onafhankelijke en wetenschappelijke partij te betrekken in het faciliteren van het ontwikkelingstraject. In dit traject was dit het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Op een gegeven moment bleken de DGAT geen consensus te vinden over de antwoordcategorieën. Daarom voorzagen we op dat moment extra toelichting vanuit de wetenschap over de beslissing welke antwoordcategorieën het best gehanteerd worden. Deze wetenschappelijke inbreng faciliteerde het proces. Daarnaast was het belangrijk dat steeds een neutrale, onafhankelijke partij de gesprekken beluisterde en modereerde om ongewenste spanningen of groepsdynamieken te voorkomen binnen de projectgroepen. Daarom besluiten we:

**Het betrekken van een onafhankelijke en wetenschappelijke partij bevordert het ontwikkelen van de indicatoren.**

### 1.3 Een reflectie over het onderzoek

De doelstellingen van dit onderzoek die we bij aanvang formuleerden, zijn:

1. Het opstellen van een long list van kwaliteitsindicatoren met een onderverdeling naar structuur-, proces- en resultaatsindicatoren.
2. De begeleiding van DGAT en DMW:
  - a. In de keuze van een beperkte set relevante indicatoren bij wijze van “start”
  - b. In de methodiek van ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren
  - c. In het uitstippelen van een traject dat nadien kan gebruikt worden voor de ontwikkeling van andere kwaliteitsindicatoren in deze sectoren
3. Het bepalen van de implementatievoorwaarden van de indicatoren.
4. Het komen tot hoogstens een vijftal indicatoren.

We formuleren hieronder per doelstelling de belangrijkste lijnen uit het proces en de resultaten ervan.

1. Het opstellen van een long list van kwaliteitsindicatoren met een onderverdeling naar structuur-, proces- en resultaatsindicatoren.

In dit rapport staat omschreven op welke manier we deze long list ontwikkelden en de resultaten ervan. Bij het ontwikkelen van deze long list besloten we om niet langer te spreken over indicatoren maar thema's en aspecten omdat niet alle kwaliteitsaspecten onmiddellijk als meetbare indicator konden worden gedefinieerd. Vandaar dat ook het onderscheid tussen structuur-, proces- en resultaatsindicatoren achterwege werd gelaten omdat dit pas op deze manier benoemd kan worden nadat de indicatoren meetbaar zijn geformuleerd.

2. De begeleiding van DGAT en DMW:

- a. In de keuze van een beperkte set relevante indicatoren bij wijze van “start”
- b. In de methodiek van ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren
- c. In het uitstippelen van een traject dat nadien kan gebruikt worden voor de ontwikkeling van andere kwaliteitsindicatoren in deze sectoren

Dit rapport omschrijft eveneens (a) hoe we van een long list naar een short list van indicatoren zijn overgegaan en (b) welke methode we gevolgd hebben om de kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen. Daarnaast belichten we hierboven in het besluit enkele suggesties met betrekking tot de valkuilen en succesfactoren bij de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg. Eén uniform voorgedraaid traject uitstippelen is echter onmogelijk aangezien de eigenheden van de sectoren gerespecteerd dienen te worden bij het ontwikkelen van indicatoren. Daarom dat we enkel brede suggesties formuleerden over een gemeenschappelijke aanpak die de sectoren autonoom kunnen gebruiken bij het ontwikkelen van hun indicatoren. Elke sector legt zijn eigen traject af. Deze bottom-up benadering betekent juist een belangrijke meerwaarde in het tot stand komen van sectorspecifieke indicatoren.

Bovendien zal het VIKZ in de toekomst de rol opnemen om uniforme ondersteuning over de sectoren heen aan te bieden bij het verder ontwikkelen van de indicatoren.

3. Het bepalen van de implementatievoorwaarden van de indicatoren

In § 3 van hoofdstuk 2 beschrijven we deze implementatievoorwaarden.

4. Het komen tot hoogstens een vijftal indicatoren

In totaal hebben we vier kwaliteitsaspecten verder uitgewerkt (zie hierboven), die in elke sector leiden tot vijf indicatoren. We onderscheiden voorlopig vijf indicatoren voor DGAT en minimum 5 indicatoren voor DMW. De indicatoren m.b.t. de 'signaalfunctie' en 'effectieve telefonische bereikbaarheid' zijn nog niet afgewerkt en tellen we voorlopig niet mee. Deze afzonderlijke indicatoren zullen in het vervolgtraject duidelijker naar voren komen bij het opstellen van een handleiding.

## **2 Besluiten van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de diensten maatschappelijk werk**

De doelstellingen die de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg en de diensten maatschappelijk werk formuleerden bij de start, zijn de volgende:

1. Creëren van draagvlak voor kwaliteitsindicatoren in de sector van de diensten
2. Ontwikkelen van een methodiek voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren binnen het integraal kwaliteitsbeleid;
3. Keuze van een beperkte set van hoogstens een vijftal relevante kwaliteitsindicatoren waarmee de diensten effectief op korte termijn aan de slag kunnen gaan.

Per doelstelling worden hieronder de belangrijkste stappen uit het project opgenomen.

### **2.1 Besluit van de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg**

1. Creëren van draagvlak voor kwaliteitsindicatoren in de sector van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg

Vanaf de aanvang van het project is steeds een bottom-up benadering gehanteerd, waarbij we wilden streven naar een zo breed mogelijk draagvlak in de sector. Een draagvlak voor enerzijds kwaliteitsmetingen op basis van indicatoren, anderzijds de specifieke indicatoren die in dit project zouden ontwikkeld worden. We hebben dit kunnen realiseren door steeds kwaliteitscoördinatoren, beleidsmedewerkers, directie e.a. van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg intensief te betrekken bij elke stap in het proces. Het zwaartepunt van de besluitvorming in het keuzeproses van indicatoren, lag in de werkgroep waar verschillende medewerkers van de diensten aan deelnamen.

We streefden ook naar draagvlak buiten de grenzen van de sector. Dit deden we door onze tussentijdse resultaten geregeld op verschillende overlegfora toe te lichten. Eén van de belangrijkste hierbij is het overleg binnen de feitelijke vereniging VIP<sup>2</sup> eerstelijns binnen het VIKZ.

## 2. Ontwikkelen van een methodiek voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren binnen het integraal kwaliteitsbeleid

De indicatoren werden ontwikkeld volgens een methodiek die werd uitgewerkt in de projectgroep. Zoals beschreven in dit rapport zijn deze daarin de belangrijkste stappen: er werd een longlist van kwaliteitsthema's samengesteld. Dit gebeurde op basis van literatuurstudie en verschillende focusgroepen met gebruikers en mantelzorgers waarin we polsten naar hun visie op kwaliteitsvolle zorg. Uit de longlist werden enkele kwaliteitsthema's geselecteerd voor een shortlist, op basis van een bevraging bij de projectgroep. Daarna werden per kwaliteitsthema de bijhorende meetbare indicatoren ontwikkeld.

Teneinde de kwaliteitsindicatoren implementeerbaar te maken, werd het volgende ondernomen. De longlist werd opgebouwd uit kwaliteitsthema's, waarvan er uiteindelijk vijf werden weerhouden in een shortlist. Bij elk kwaliteitsthema werd met veel aandacht een gedetailleerde beschrijving geformuleerd. Voor vier kwaliteitsthema's werden dan indicatoren ontwikkeld – het vijfde thema voldoet wetenschappelijk niet als kwaliteitsindicator. Per indicator zijn de objectieve of subjectieve meetmethodes gedefinieerd. Zowel de inhoud van de indicatoren is dus gedetailleerd omschreven, als de meetbaarheid ervan. Dit is de basis voor verdere implementatie van de indicatoren.

## 3. Keuze van een beperkte set van hoogstens een vijftal relevante kwaliteitsindicatoren waarmee de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg effectief op korte termijn aan de slag kunnen gaan

Het project is aangevat met een eerste fase van terreinverkenning en de consultatie van belanghebbenden, om dit project zo goed mogelijk te laten aansluiten op de stappen in kwaliteit die reeds door de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg gezet worden. Er werd gekozen voor indicatoren die vier kwaliteitsaspecten meten in de vorm van vragen in een tevredenheidsspeiling bij cliënten en mantelzorgers. De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg zijn reeds decretaal verplicht een tevredenheidsspeiling te organiseren. Het meten van de indicatoren die werden ontwikkeld, is op die manier dus inpasbaar in het huidige kwaliteitsbeleid van de diensten. Dit betekent dat de diensten de indicatoren op korte termijn zullen kunnen meten.

### 2.2 Besluit van de diensten maatschappelijk werk

#### 1. Creëren van draagvlak voor kwaliteitsindicatoren in de sector van de diensten maatschappelijk werk in de ziekenfondsen.

Per doelstelling worden hieronder de belangrijkste stappen uit het project opgenomen.

Van bij meet af aan hebben we ingezet op een brede communicatie over de beleidsontwikkelingen op vlak van transparantie van kwaliteit van zorg. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat de ganse sector hierin mee is en ook de meerwaarde inziet om hier mankracht op in te zetten.

Ook in de meer conceptuele ontwikkelingsfase is betrokkenheid van onderuit het uitgangspunt geweest. Dat zorgt ervoor dat diensten de context mee hebben op het moment van implementatie. Bij de samenstelling van de werkgroep hebben we gezorgd voor zowel een intermutualistische als een regionale spreiding over gans Vlaanderen. Ook een vertegenwoordiger van de gebruikers en mantelzorgers maakt structureel deel uit van de werkgroep.

Tijdens het traject is er steeds aandacht geweest voor terugkoppeling naar de bredere achterban via verschillende overlegfora.

2. Ontwikkelen van een methodiek voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren binnen het integraal kwaliteitsbeleid;

De methodiek om te komen tot een selectie van indicatoren is gebeurd onder wetenschappelijke begeleiding van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In eerste instantie werd een longlist van 210 indicatoren ontwikkeld, ingedeeld in 22 kwaliteitsthema's. Aan de hand van een bevraging aan verschillende groepen werden een beperkt aantal kwaliteitsthema's geselecteerd.

Op advies van de stuurgroep hebben we finale kwaliteitsthema's en overeenkomstige indicatoren afgewogen tegen volgende 3 criteria:

- *Evoluties in de sector:* De keuzes moeten motiveerbaar zijn aan de hand van relevante evoluties.
- *Beïnvloedbaar:* Met het oog op continue verbetering meten de indicatoren kwaliteitsaspecten waar de diensten effectief ook kunnen op ingrijpen, kunnen beïnvloeden.
- *Impact op de cliënt:* De geselecteerde indicatoren kunnen gemotiveerd worden vanuit het gebruikersperspectief. Voor de eerste drie thema's ligt dit voor de hand. Voor het vierde thema (signaalfunctie) vraagt dit wat meer duiding omdat het effect daarvan zich op een collectief gebruikersniveau bevindt en minder op het individueel gebruikersniveau. Deze indicator focust zich immers op het structurele functie van maatschappelijk werk waarbij de aandacht uitgaat naar structurele tekortkomingen of hiaten in regelgeving, dienstverlening en beleid die een impact hebben op de meest kwetsbare personen in onze samenleving.

Na de selectie van de indicatoren, was het nodig om de indicatoren te gaan definiëren en daarin een consensus te vinden. Aan de hand van deze definitie wordt bepaald welke de relevante parameters zijn en hoe die gemeten kunnen worden. Dat is afhankelijk van indicator tot indicator. Een opsplitsing kan worden gemaakt tussen objectieve en subjectieve metingen. Ofwel wordt gekeken naar beschikbare data, ofwel worden richtlijnen gemaakt die leiden tot nieuwe datacollecties.

3. Keuze van een beperkte set van hoogstens een vijftal relevante kwaliteitsindicatoren waarmee de diensten maatschappelijk werk effectief op korte termijn aan de slag kunnen gaan.

- Bereikbaarheid via verschillende kanalen
- Telefonische bereikbaarheid
- Vaste aanspreekpersoon tijdens begeleiding
- Signaalfunctie



## Referenties

- Aaltonen, E. S. (2003). Client-oriented Quality Assessment within Municipal Social Services. *International Journal of Social Welfare*, 8(2), 131–142. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00074>
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (n.d.). Vlaams Indicatorenproject Ziekenhuizen. Retrieved 24 May 2018, from <https://www.zorgkwaliteit.be/vragen/wat-zijn-kwaliteitsindicatoren>
- Anell, A., & Glenngård, A. H. (2014). The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people: a case study of primary care services in Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272240/>
- Beaulieu, J. E. (1991). The Quality of Home and Community-Based Services. *Journal of Applied Gerontology*, 10(1), 88–102. <https://doi.org/10.1177/073346489101000107>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2002). National Quality Inventory Project: HCBS Quality Framework.
- Chang, S.-C., Shiu, M.-N., Chen, H.-T., Ng, Y.-Y., Lin, L.-C., & Wu, S.-C. (2015). Evaluation of care quality for disabled older patients living at home and in institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23–24), 3469–3480. <https://doi.org/10.1111/jocn.12946>
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. (n.d.). Retrieved 20 February 2019, from /decreet-van-17-oktober-2003-betreffende-de-kwaliteit-van-de-gezondheids-en-welzijnsvoorzieningen
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
- Foebel, A. D., van Hout, H. P., van der Roest, H. G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Frijters, D., ... Onder, G. (2015). Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15, 148. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>
- Gorun, A., Niculescu, G., Todorut, A. V., & Rogojanu, D.-C. (2014). New Models and Modern Instruments in the Development of Social Services. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala; Iasi*, 45, 240–252.
- Hirdes, J. P., Fries, B. E., Morris, J. N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D. M., ... Jones, R. (2004). Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *The Gerontologist*, 44(5), 665–679.
- Hood, R., Grant, R., Jones, R., & Goldacre, A. (2016). A study of performance indicators and Ofsted ratings in English child protection services. *Children and Youth Services Review*, 67, 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.05.022>
- Joling, K. J., van Eenoo, L., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., ... van der Roest, H. G. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190298>
- Jones, K., Netten, A., Francis, J., & Bebbington, A. (2006). Using older home care user experiences in performance monitoring. *Health & Social Care in the Community*, 15(4), 322–332. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00687.x>

- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Safeness and Treatment Mitigate the Effect of Loneliness on Satisfaction With Elderly Care. *The Gerontologist*, *56*(5), 928–936.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnu170>
- Keeling, D. I. (2014, July 29). Homecare user needs from the perspective of the patient and carers: a review. <https://doi.org/10.2147/SHTT.S42673>
- Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., & O'Donnell, M. (2010). Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, *22*(1), 44–69. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp057>
- Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. (2007). Nederland.
- Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg*. (2010).
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, *15*(6), 523–530.
- McPherson, K. M., Kayes, N. K., Moloczij, N., & Cummins, C. (2014). Improving the interface between informal carers and formal health and social services: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(3), 418–429. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.006>
- Megivern, D. M., McMillen, J. C., Proctor, E. K., Striley, C. L. W., Cabassa, L. J., & Munson, M. R. (2007). Quality of care: expanding the social work dialogue. *Social Work*, *52*(2), 115–124.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Frijters, D., Hirdes, J. P., & Steel, R. K. (2013). interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics*, *13*, 127. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-127>
- Perry, M., Drašković, I., Achterberg, T. van, Eijken, M. van, Lucassen, P., Vernooij-Dassen, M., & Rikkert, M. O. (2010). Development and Validation of Quality Indicators for Dementia Diagnosis and Management in a Primary Care Setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(3), 557–563. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02726.x>
- Schildmeijer, K., Nilsen, P., Ericsson, C., Broström, A., & Skagerström, J. (2018). Determinants of patient participation for safer care: A qualitative study of physicians' experiences and perceptions. *Health Science Reports*, *1*(10), e87. <https://doi.org/10.1002/hsr2.87>
- Stolt, R., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* (1982), *72*(4), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.012>
- Venables, D., Reilly, S., Challis, D., Hughes, J., & Abendstern, M. (2006). Standards of care in home care services: a comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging & Mental Health*, *10*(2), 187–194. <https://doi.org/10.1080/13607860500310518>
- Vickrey, B. G., Mittman, B. S., Connor, K. I., Pearson, M. L., Della Penna, R. D., Ganiats, T. G., ... Lee, M. (2006). The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, *145*(10), 713–726.

## **Bijlagen**

<b>Bijlage 1 Leidraad focusgroep en interviews met zorggebruikers en naasten (DMW)</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 2 Leidraad focusgroep met medewerkers (DGAT)</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 3 Long list DGAT (kwaliteitsaspecten uit de literatuur, focusgroepen, projectgroep)</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 4 Long list DMW (kwaliteitsaspecten uit de literatuur, focusgroepen, interviews, projectgroep)</b>	<b>71</b>
<b>Bijlage 5 Sectorspecifieke literatuurstudie DGAT</b>	<b>91</b>
<b>Bijlage 6 Sectorspecifieke literatuurstudie DMW</b>	<b>111</b>



## **Bijlage 1**

### **Leidraad focusgroep en interviews met zorggebruikers en naasten (DMW)**

## Inleiding

- Situering onderzoek
  - o Focusgroep kadert in onderzoek naar de het meten van kwaliteit van de DMW van de ziekenfondsen.
  - o Zoeken naar indicatoren/signaalwijzers/tekenen van een kwaliteitsvolle dienstverlening, zodat we deze kunnen meten. De diensten kunnen zichzelf dan evalueren en hun kwaliteitsbeleid verbeteren.
  - o Steunpunt WVG
    - Voert wetenschappelijk onderzoek uit om de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te ondersteunen bij het voeren van het beleid inzake welzijn en gezondheid.
    - Interuniversitaire samenwerking
- Doel van de focusgroep
  - o Jullie kunnen het best aangeven wat volgens jullie kwaliteitsvolle dienstverlening is of hoe de dienstverlening moet zijn om kwaliteit te leveren, bijvoorbeeld vanuit persoonlijke ervaringen of verwachtingen die jullie hebben ten opzichte van de diensten. Voor personen die gebruik maken van de diensten is kwaliteit uiteraard belangrijk, vandaar dat jullie visie nodig is in het verbeteren van de kwaliteit van de diensten.
- Instructies m.b.t. focusgroep
  - o Anonimiteit
  - o Akkoord vragen voor opname
  - o Iedereen wordt uitgenodigd om persoonlijke mening te geven
  - o Geen goede of foute antwoorden
  - o Niet door elkaar praten of elkaar onderbreken
  - o Trachten luid genoeg te spreken voor de opname
- Vragen vooraf
- Kennismakingsrondje waarin iedereen zichzelf kort voorstelt

- **Wat betekent een dienst maatschappelijk werk voor jullie?**
  
- **Wat is voor jou een teken van kwaliteitsvolle dienstverlening van een DMW?**
  - o Kan je een voorbeeld geven?
  - o Samenvatten: "Begrijp ik het goed dat..."
  - o Wat is voor jou dan 'goede zorg'/'vriendelijk zijn'? Hoe uit zich dat? Hoe lang/Wat is 'voldoende tijd' voor u?
  - o Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
  - o Voorbeelden: Bereikbaarheid, opleiding van personeel, samenwerking, informatie geven, inspraak en betrokkenheid, tevredenheid met diensten, langer thuis kunnen wonen, ...
  
- **Denk terug aan een belangrijke gebeurtenis die voor jou een teken was van kwaliteitsvolle dienstverlening door de DMW? Wat maakte deze gebeurtenis zo succesvol?**
  
- **Denk terug aan een belangrijke gebeurtenis die volgens jou géén kwaliteitsvolle dienstverlening was van DMW? Misschien leidde deze situatie tot verdriet, onmacht of frustratie? Hoe kon deze situatie opgelost of vermeden worden?**
  
- **Welke middelen/vaardigheden zijn er nodig om een goede dienstverlening te kunnen leveren?**
  
- **Als je terugblijkt, waaraan zou je dan kunnen merken dat een DMW het goed heeft gedaan?**
  
- **Stel dat je één ding zou kunnen veranderen aan de dienstverlening van DMW. Wat zou dat zijn? Welke impact zou deze verandering hebben?**
  
- **Welk advies zou je geven aan de personen die de kwaliteit van patiëntenzorg willen verbeteren in de DGAT/DMW?**
  
- **Wat zijn volgens jou de drie belangrijkste thema's/vormen van kwaliteit/... (die we vandaag besproken hebben)? → Laten noteren op post-its!**





## **Bijlage 2 Leidraad focusgroep met medewerkers (DGAT)**

## Inleiding

- Plaatsnemen en drinken aanbieden
  - Zorg dat iedereen wat te drinken heeft, zodat er tijdens de focusgroep minder lawaai is van glazen en flessen of dat mensen minder gefocust zijn tijdens de uitleg van het onderzoek
- Verwelkoming
  - Verwelkoming en bedanken van deelnemers
  - Introductie moderator, notulist
- Situering onderzoek
  - Focusgroep kadert in onderzoek naar de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor DGAT/DMW
  - Steunpunt WVG
    - Voert wetenschappelijk onderzoek uit om de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te ondersteunen bij het voeren van het beleid inzake welzijn en gezondheid.
    - Interuniversitaire samenwerking
  - Uitleg over DGAT/DMW
    - Waarop kunnen mensen allemaal beroep doen? Waarmee kunnen mensen bij DGAT/DMW terecht?
  - Doelstelling van het onderzoek
    - Meten van kwaliteit door het bepalen van kwaliteitsindicatoren
    - Evalueren en verbeteren van kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg door het verzamelen van informatie die ons een aanwijzing geeft over kwaliteit.
  - Wat zijn kwaliteitsindicatoren?
    - Een kwaliteitsindicator is een meting van een heel welbepaald, goed omschreven onderdeel van kwaliteit. Met een indicator kan je stukjes van kwaliteit meten en uitdrukken in een cijfer. Dit cijfer wordt niet geïnterpreteerd als 'goed' of 'slecht', maar zijn voor de DGAT/DMW letterlijk een 'indicatie' of 'signaalwijzer': ze helpen de diensten om te ontdekken welke zorgprocessen of resultaten meer aandacht verdienen of kunnen verbeteren in de toekomst. Wanneer men deze indicatoren regelmatig meet en op basis hiervan verbeteringen aanbrengt, zorgt dit voor een continue groei in kwaliteit.
    - Indicatoren doen *geen* uitspraken over de algemene, globale kwaliteit van een dienst en is ook geen maatstaf voor kwaliteit. Het begrip 'kwaliteit' is breed en afhankelijk van verschillende metingen. Indicatoren zijn juist

zeer specifiek. Er zouden al heel veel indicatoren nodig zijn om de algemene kwaliteit in kaart te brengen.

- Doel van de focusgroep
  - Zorggebruikers en naasten hebben hun eigen ervaringen met (kwaliteit van) zorg. Zij zijn uiteindelijk degene die het meeste baat moeten hebben bij de zorg- en hulpverlening. Het is daarom noodzakelijk om hun visie mee te nemen wanneer we de kwaliteit van zorg trachten te verbeteren. Dit houdt onder meer het volgende in:
    - Wat is kwaliteitsvolle zorg volgens zorggebruikers en hun naasten?
    - Welke positieve/negatieve ervaringen hebben zij m.b.t. eerstelijnszorg?
    - Wat zijn aandachtspunten m.b.t. kwaliteit in de eerstelijnszorg?
    - ...
  - In deze focusgroep willen we zo veel mogelijk onderdelen van kwaliteit van zorg van de DGAT/DMW in kaart brengen die zorggebruikers en hun naasten belangrijk vinden.
- Instructies m.b.t. focusgroep
  - Uitleggen en ondertekenen van informed consent
    - Antwoorden van anderen tijdens het gesprek worden hierbuiten niet besproken
    - Gesprek wordt opgenomen, anonimiteit wordt gegarandeerd, gesprek wordt uitgeschreven
  - Anonimiteit
  - Akkoord vragen voor opname
  - Start opname en melden aan deelnemers; kort herhalen dat iedereen akkoord is met de opname en de opname enkel zal gebruikt worden in kader van het onderzoek
- Regels van de focusgroep overlopen
  - Iedereen wordt uitgenodigd om persoonlijke mening te geven
  - Geen goede of foute antwoorden
  - Er hoeft geen consensus te zijn, wel elkaars mening respecteren
  - Niet door elkaar praten of elkaar onderbreken
  - Trachten luid genoeg te spreken voor de opname
  - Gsm op stil of uitzetten. Liefst niet reageren op een telefoontje tenzij dringend
  - Rol van moderator: Discussie begeleiden en het gesprek sturen, niet participeren of oordelen. Het is de bedoeling dat deelnemers een conversatie aangaan/in discussie treden met elkaar
- Tijdsduur en organisatie van gesprek
  - Gespreksduur (2 uur met/zonder pauze?)

- Trek altijd een halfuur extra uit zodat mensen niet beginnen schuifelen of hun spullen bij elkaar nemen naar het einde toe (bv. 2 uur → 1.5 uur FG + halfuur extra)
  - Deelnemers als vertegenwoordigers van de zorggebruikers en hun naasten.
- Vragen vooraf

## Opening

- Kennismakingsrondje waarin iedereen zichzelf kort voorstelt (eventueel vermelden van welke service(s) ze aanbieden binnen DGAT/DMW; bv. persoonsverzorging en schoonmaakhulp, zorgbegeleiding, trajectbegeleiding)

## Inhoud

- Inleidende vraag
  - **Wat wordt er verwacht van een DGAT/DMW?**
- **Wat is voor jou een teken van een kwaliteitsvol resultaat van een DMW/DGAT?**
  - Het is belangrijk om goed door te vragen!
    - Kan je een voorbeeld geven?
    - Kunt u hier iets meer over vertellen?
    - Samenvatten: “Begrijp ik het goed dat...”
    - Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
    - Wat zijn de gevolgen wanneer dit resultaat niet wordt bereikt?
    - Wat moet men doen om dit resultaat te kunnen verwezenlijken (brug naar procesindicator)
  - Indien nodig: Voorbeeld geven van resultaat(sindicatoren)
    - Bv. Tevredenheid, het gevoel hebben dat men naar je luistert, het gevoel dat men geholpen werd, aantal ziekenhuis-/spoedopnames of opnames in een instelling
    - Bv. DMW: Aantal goedkeuringen van OP-PVB; aantal cliënten dat vindt dat ze voldoende informatie kregen/voldoende begeleid werden
    - Bv. DGAT: Aantal cliënten dat een goede persoonlijke verzorging ervaart, aantal cliënten dat vindt dat ze voldoende inspraak hebben in de zorg die ze krijgen
- **Wat is voor jou een teken van kwaliteitsvolle dienstverlening van een DMW/DGAT?**
  - De antwoorden op deze vraag kunnen erg breed/vaag/algemeen zijn (bv. “Vriendelijk zijn”, “Goede zorg toedienen”, “Voldoende tijd nemen”). Het is belangrijk om goed door te vragen!

- Kan je een voorbeeld geven?
- Kunt u hier iets meer over vertellen?
- Samenvatten: “Begrijp ik het goed dat...”
- Wat is voor jou dan ‘goede zorg’/‘vriendelijk zijn’? Hoe uit zich dat? Hoe lang/Wat is ‘voldoende tijd’ voor u?
- Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
- Wat zijn de gevolgen wanneer men niet aan deze kwaliteitseis voldoet? (brug naar resultaatsindicator)
- Wat zijn de gevolgen wanneer men volledig aan deze kwaliteitseis voldoet? (brug naar resultaatsindicator)
- Indien nodig: voorbeeld geven van zorgproces
  - Bv. DMW: Aantal contacten/cliënt en de hoeveelheid tijd die men neemt om een cliënt te helpen/begeleiden
  - Bv. DGAT: De tijd die men neemt om een persoon te wassen/verzorgen/aankleden
- **Hoe kan het management een bijdrage leveren aan kwaliteitsvolle dienstverlening?**
  - Het is belangrijk om goed door te vragen!
    - Kan je een voorbeeld geven?
    - Kunt u hier iets meer over vertellen?
    - Samenvatten: “Begrijp ik het goed dat...”
    - Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
- **Welke middelen/vaardigheden zijn er nodig om een goede dienstverlening te kunnen leveren?**
  - Het is belangrijk om goed door te vragen!
    - Kan je een voorbeeld geven?
    - Kunt u hier iets meer over vertellen?
    - Samenvatten: “Begrijp ik het goed dat...”
    - Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
  - Link naar elementen die specifiek zijn voor de organisatie: Personeelsverloop en ziekteverzuim?
- **Welke indicatoren geven aan of dingen op tijd gedaan worden?**
  - Voorbeeld geven van zorgproces
    - Bv. Doorlooptijd van aanvraag tot het moment dat de zorg wordt ingezet
  - Het is belangrijk om goed door te vragen!
    - Kan je een voorbeeld geven?
    - Kunt u hier iets meer over vertellen?
    - Wat maakt dat dit voor jou belangrijk is?
    - Samenvatten: “Begrijp ik het goed dat...”

- Afrondende vragen
  - o **Stel dat je één ding zou kunnen veranderen aan de dienstverlening van DGAT/DMW. Wat zou dat zijn? Welke impact zou deze verandering hebben?**
  - o **Welk advies zou je geven aan de personen die de kwaliteit van de dienstverlening willen verbeteren in de DGAT/DMW?**
  - o **Wat zijn volgens jou de drie belangrijkste thema's/vormen van kwaliteit/... (die we vandaag besproken hebben)? → Laten noteren op post-its!**

### **Samenvatting en conclusie**

- Korte samenvatting van belangrijkste elementen (Cfr. Afrondende vragen)
- Hebben we iets niet gevraagd/over het hoofd gezien vandaag?
- Zijn er nog vragen of zaken die jullie kwijt willen?
- Indien later nog vragen/bedenkingen: Refereren naar contactpersoon (en hiervan gegevens achterlaten)
- Hoe hebben jullie het gesprek ervaren?
- Bedanken

**Bijlage 3 Long list DGAT (kwaliteitsaspecten uit de literatuur,  
focusgroepen, projectgroep)**

#	Kwaliteitseisen en indicatoren DGAT	Literatuur (auteur, jaartal)/Focusgroep
1	<b>COMPETENTIES VAN WERKNEMERS</b>	(Beaulieu, 1991; Donabedian, 1988; Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011)
2	Meer dan 60% van de werknemers beschikt over het vereiste diploma.	(Joling et al., 2018; Venables, Reilly, Challis, Hughes, & Abendstern, 2006)
3	Er worden opleidingen voor werknemers voorzien.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
4	Er worden opleidingen voor werknemers voorzien m.b.t. specifieke doelgroepen en aandoeningen (bv. Dementie, ouderen, jonge kinderen, psychiatrie, mentale beperking, NAH, pasgeborene, palliatieve cliënt, ...) + opleidingen over het betrekken en ondersteunen van het mantelzorgnetwerk en Shared Decision Making	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006) + Focusgroep
5	Werknemers krijgen een EHBO-opleiding.	Focusgroep
6	Werknemers beschikken over de vereiste vaardigheden, competenties en kwalificaties om cliënten effectief te ondersteunen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
7	Werknemers worden opgeleid in het omgaan met agressie en grensoverschrijdend gedrag bij cliënten.	Focusgroep
8	Werknemers en verantwoordelijken hebben kennis of krijgen opleidingen over het beroepsgeheim en meldplicht.	Focusgroep
9	Werknemers beheersen de Nederlandse taal.	Focusgroep
10	Werknemers beschikken over de vereiste kennis over andere diensten.	(Anell & Glenngård, 2014)
11	Werknemers hebben kennis over de financiële ondersteuning van cliënten (bv. Terugbetaling mutualiteit en aanvraag mantelzorgpremies).	Focusgroep
12	Werknemers en verantwoordelijken beschikken over sociale en communicatievaardigheden.	Focusgroep
13	Werknemers en verantwoordelijken beschikken over de nodige organisatorische vaardigheden (bv. Structuur en planning).	Focusgroep
14	Verzorgenden en verantwoordelijken kunnen cliënten correct doorverwijzen naar andere hulpverleners.	Focusgroep



15	Werknemers bezitten de mentale flexibiliteit om van de ene zorgsituatie naar de andere te gaan (bv. van kraamzorg naar palliatieve zorg).	Focusgroep
16	Werknemers kunnen de balans tussen afstand en nabijheid bewaken.	Focusgroep
17	Werknemers staan open voor de religie, waarden, normen en levensstijl van cliënten.	Focusgroep
18	Werknemers en verantwoordelijken hebben empathie en inlevingsvermogen.	Focusgroep + (Donabedian, 1988)
19	Werknemers zijn punctueel.	Focusgroep
20	Werknemers zijn stressbestendig.	Focusgroep
21	Werknemers kunnen initiatief nemen (werk zien).	Focusgroep
22	Werknemers zijn gemotiveerd.	Focusgroep
23	Werknemers hebben respect voor de privacy van cliënten	(Donabedian, 1988) + Focusgroep
24	Werknemers zijn betrouwbaar en eerlijk	(Donabedian, 1988) + Focusgroep
25	Werknemers gaan nauwkeurig te werk. (“Doe het huishouden zoals je bij jou thuis zou doen”, “Er zijn er nog weinige die goed kunnen kuisen. De stofbollen lagen nog onder mijn bed. Dan vraag ik mij af op wat voor een manier ze gekuist hebben eigenlijk”.)	Focusgroep
26	<b>AANTAL WERKNEMERS IN VERHOUDING TOT HET AANTAL CLIËNTEN</b>	(Donabedian, 1988)
27	Aantal werknemers, gemeten als volledige werkjaren gedeeld door het totaal aantal cliënten. (= continuïteit van zorg)	(Stolt et al., 2011) + Focusgroep
28	Er zijn voldoende gekwalificeerde werknemers om te voldoen aan de behoeften van cliënten.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; McPherson, Kayes, Moloczij, & Cummins, 2014)
29	Aantal cliënten die door dezelfde hulpverlener geholpen worden tijdens drie opeenvolgende afspraken. (Continuïteit van zorg)	(Anell & Glenngård, 2014)

30	Het totaal aantal verzorgenden per cliënt (= continuïteit van personeel)	Focusgroep
31	De aanwezigheid van een back-upsysteem van werknemers/mobiele equipe/er wordt gewerkt in teams die elkaar kunnen vervangen bij ziekte/verlof. (“Als er op woensdagnamiddag of vrijdagnamiddag iemand uitvalt, is dat bijna niet op te lossen. Als cliënt zou je dat niet mogen voelen”, “Verzorgenden mogen niet allemaal tegelijk verlof nemen, de vakanties zijn zeer moeilijk om voor iedereen zorg te garanderen”.)	Focusgroep
32	Aantal cliënten per verantwoordelijke.	Focusgroep
<b>ARBEIDSDUUR EN VERLOOP VAN WERKNEMERS</b>		
33	Percentage werknemers dat minstens 85% aan het werk is	(Stolt et al., 2011)
34	Percentage volledige werkjaren uitgevoerd door parttime medewerkers, betaald per uur	(Stolt et al., 2011)
35	Percentage werknemers dat in het voorafgaande jaar ontslag heeft ingediend.	(Stolt et al., 2011)
36	(Langdurig) ziekteverzuim bij werknemers (bv. Door rugklachten, burn-out)	Focusgroep
<b>WELZIJN EN TEVREDENHEID VAN WERKNEMERS (HR-BELEID)</b>		
37	De gezondheid en veiligheid van de werknemers wordt gemeten.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
38	De veiligheid van werknemers wordt gegarandeerd (bv. Door regels i.v.m. gebruik van trapladders; in teams van 2 mogen werken bij een cliënt die agressie of seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont).	Focusgroep
39	Werknemers voelen zich goed in hun vel op het werk.	Focusgroep
40	Er worden geplande besprekingen/evaluaties uitgevoerd.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
41	Minstens elke 2 maanden vindt er een bespreking/evaluatie plaats.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
42	De zorgcoördinator ontvangt een geschreven rapport.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
43	Er vinden regelmatig (evaluatie)gesprekken plaats tussen de verantwoordelijke en werknemers.	Focusgroep
44	De verantwoordelijken doen regelmatig aan kwaliteitsbezoeken (meelopen in het werkveld).	Focusgroep

45	Het team verzamelt en analyseert systematisch de prestaties en impact van de dienstverlening.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
46	Er is een systematische aanpak voor de continue verbetering van kwaliteit bij het leveren van thuiszorg	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
<b>ORGANISATIESTRUCTUUR: MANAGEMENT, BELEID EN PROCEDURES</b>		
47	Er is een effectief beleid en procedures.	(Beaulieu, 1991)
48	Er is een duidelijke missie, visie en taakomschrijving. (“Nu voelt het alsof wij de gaten opvullen die bij de thuisverpleging tekort zijn, het is een stukje poets, het is een stukje verzorging, ...”; “Cliënten weten niet altijd wat ze mogen vragen”)	Focusgroep
49	Werknemers houden zich aan regels, afspraken en wetgeving (bv. Discretie in het delen van persoonlijke gegevens, ziektebeeld, ...)	Focusgroep
50	Nieuw personeel krijgt een introductie.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
51	De introductie van nieuw personeel omvat een component over de zorg voor de verschillende doelgroepen (bv. Dementie, palliatieve zorg, ...).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
52	Er zijn frequente contacten tussen personeel en leidinggevenden.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
53	De verantwoordelijke beheert de nodige informatie over cliënten en deelt deze met de werknemers.	Focusgroep
54	Aantal werknemers gedeeld door het aantal eerstelijnsmanagers.	(Stolt et al., 2011)
55	Handhygiëne	Focusgroep
<b>MATERIËLE MIDDELEN</b>		
56	<b>TOEGANKELIJKHEID VAN DIENSTEN (LOCATIE, APPARATUUR, MATERIALEN, TIJD, GEBRUIKERSBIJDRAGE, AANBOD, OPENSTAAN VOOR DOELGROEPEN, LAAGDREMPELIGE ZORG)</b>	(Donabedian, 1988; McPherson et al., 2014)
57	Openingsuren en telefonische bereikbaarheid.	(Anell & Glenngård, 2014)

58	Telefonische bereikbaarheid van de verantwoordelijke + bereikbaarheid van de zorgverlener	Focusgroep
59	Aanwezigheid en bereikbaarheid van een klachtendienst.	Focusgroep
60	Intake- en aanmeldingsprocedures zijn verstaanbaar en gebruiksvriendelijk. Er is assistentie beschikbaar bij de aanvraag.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
61	Proactief werken: DGAT gaan actief op zoek naar kwetsbare groepen en gezinnen die (nog) niet bereikt worden door de dienstverlening. (outreaching)	(McPherson et al., 2014) + Focusgroep
62	Bereikbaarheid van diensten (communicatie, relevante openingsuren, ...)	Projectgroep
63	Samenstelling cliëntenbestand	Projectgroep
<b>TIJDIGHEID, PLANNING EN CONTINUÏTEIT</b>		
64	Voldoende tijd voor werknemers om de taken uit te voeren.	(McPherson et al., 2014)
65	Werknemers kunnen vroeger en later beginnen met werken.	Focusgroep
66	Er wordt een 7/7 dienstverlening voorzien voor cliënten.	Focusgroep
67	Cliënten kunnen ook 's nachts beroep doen op DGAT.	Focusgroep
68	Halftijdse en voltijdse werknemers worden flexibel ingezet.	Focusgroep
69	Werknemers krijgen voldoende tijd om zich te verplaatsen.	Focusgroep
70	Mogelijkheid tot een acuut (dringend) bezoek aan huis.	(Anell & Glenngård, 2014)
71	Indien nodig wordt er een 24/24 service aangeboden.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
72	Er is 24/24 en 7/7 zorg beschikbaar.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
73	Cliënten hebben continu toegang tot ondersteuning om hulpverlening te verkrijgen en om problemen die zich voordoen onmiddellijk aan te pakken	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)

74	De hulpverlening wordt onmiddellijk gestart wanneer het individu in aanmerking komt en een beslissing heeft genomen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
75	Opstart zorg: tijd tussen huisbezoek en opstart	Projectgroep
76	Wachlijsten en wachttijden: Impact van kortere ligdagen en vergrijzing	Focusgroep
77	<b>FINANCIËLE MIDDELEN</b>	(Donabedian, 1988)
78	Het loon van werknemers.	Focusgroep
79	Toelages voor nacht- en weekendwerk.	Focusgroep
80	Subsidies van de overheid.	Focusgroep
<b>OPMAAK EN OPVOLGING VAN INDIVIDUEEL ZORG- EN ONDERSTEUNINGSPLAN</b>		
81	Het opstellen/ontwikkelen van een individueel zorgplan.	(Joling et al., 2018; Perry et al., 2010; Vickrey et al., 2006)
82	Elke 3 maanden het zorgplan evalueren en bijstellen indien nodig.	(Perry et al., 2010)
83	Het aantal individuele zorgplannen dat tot stand kwam in samenwerking met eerstelijnszorgaanbieders.	(Anell & Glenngård, 2014)
84	Uitgebreide informatie over de voorkeuren en persoonlijke doelen, behoeften en capaciteiten, gezondheidsstatus en andere beschikbare ondersteuning van elke cliënt worden verzameld en gebruikt bij het ontwikkelen van een persoonlijk hulpverleningsplan.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
85	Het plan van elke cliënt gaat uitgebreid in op zijn of haar vastgestelde noden voor thuiszorg, gezondheidszorg en andere diensten overeenkomstig zijn of haar persoonlijke voorkeuren en doelen	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
86	Het 'heen-en-weer-schriftje' wordt correct (geen subjectieve informatie) en consequent ingevuld. Voorkeuren en afspraken worden genoteerd zodat de cliënt zo min mogelijk hinder ondervindt bij personeelwissels. Bijzondere gebeurtenissen kunnen genoteerd worden om de mantelzorger op de hoogte te brengen. De cliënt heeft ook toegang tot deze informatie + cliënt en mantelzorgers moeten het schriftje ook actief kunnen gebruiken.	Focusgroep

87	De behoeften en noden en de geschiktheid van elk individu worden onmiddellijk beoordeeld en bepaald, samen met de cliënt.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
<b>INTERNE SAMENWERKING EN COMMUNICATIE</b>		
88	Er vinden regelmatig vergaderingen/intervisiegesprekken/(zorg)overleg plaats met verzorgenden en poets hulp (bv. om casussen te bespreken).	Focusgroep
89	Regelmatige, systematische en objectieve methoden – inclusief het verkrijgen van feedback – worden gebruikt om het welzijn en de gezondheidstoestand van de cliënt, en de effectiviteit van de thuiszorgdienst om de cliënt in staat te stellen zijn of haar persoonlijke doelen te bereiken te controleren.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
<b>MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING EN COMMUNICATIE</b>		
90	Formele structuren voor samenwerking, waaronder regelmatige vergaderingen.	(Anell & Glenngård, 2014)
91	De verschillende diensten vullen elkaar aan en stemmen hun werking op elkaar af. (bv. Verpleging en verzorging spreken af wie de cliënt wast, KATZ-schaal wordt door één dienst afgenomen en gedeeld i.p.v. door elke dienst opnieuw afgenomen).	Focusgroep
92	Er vindt regelmatig (minimum jaarlijks) een (multidisciplinair) overleg plaats met verschillende zorg- en hulpverleners die aan huis komen bij de cliënt.	Focusgroep
93	Het opstellen/ontwikkelen van een gedeeld (medisch) dossier/zorgplan met (huis)arts en (thuis)verpleging.	(Joling et al., 2018; Perry et al., 2010; Venables et al., 2006)
94	Personen die hulp nodig hebben maar niet in aanmerking komen worden verwezen naar andere diensten.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
<b>INSPRAAK EN PARTICIPATIE VAN CLIËNTEN</b>		
95	Het percentage cliënten dat rapporteert dat ze gecontacteerd werden door de diensten om hun tevredenheid te bevragen.	(Joling et al., 2018; Jones et al., 2006)
96	De diensten worden regelmatig geëvalueerd met de cliënt en mantelzorger.	Focusgroep

97	Het percentage cliënten dat deelneemt aan de ontwikkeling van het zorgplan.	(Stolt et al., 2011)
98	De mantelzorger wordt betrokken bij de ontwikkeling van het zorgplan.	(Joling et al., 2018; McPherson et al., 2014; Vickrey et al., 2006)
99	Cliënten en mantelzorgers worden betrokken in beslissingen, ook op hoger niveau (bv. Deelname aan focusgroepen).	Focusgroep
100	Cliënten en mantelzorgers worden regelmatig uitgenodigd op een (multidisciplinair) zorgoverleg.	Focusgroep
101	De mogelijkheden en noden van de cliënt worden gemeten.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
102	Informatie en ondersteuning is beschikbaar om cliënten te helpen bij het maken van geïnformeerde keuzes tussen verschillende opties.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Donabedian, 1988; McPherson et al., 2014)
103	Cliënten hebben de autoriteit en worden gesteund om hun eigen hulpverlening te leiden en te beheren in de mate die zij wensen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
104	Cliënten krijgen ondersteuning om hun eigen beslissingsbevoegdheid uit te oefenen en te behouden.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
105	Diensten worden geleverd in overeenstemming met het plan van de deelnemers.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
106	Cliënten en andere belanghebbenden hebben een actieve rol bij het beoordelen van prestaties en activiteiten voor kwaliteitsverbetering	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
107	Vraaggericht werken, cliënt-gericht i.p.v. geld-gestuurd werken	(McPherson et al., 2014)
108	Er is speciale aandacht voor taal (bv. vertaling van documenten, tolk, ...).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
109	Er is speciale aandacht voor voeding (bv. Specifieke voedingsbehoeften).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)

110	Er is speciale aandacht voor religie (bv. Dienstverlening op passende momenten).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
111	Briefingdocumenten worden bewaard in het huis van de cliënt.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
<b>EVALUATIE EN COMMUNICATIE OVER DE CLIËNTSITUATIE</b>		<b>Projectgroep</b>
<b>ZORG OP MAAT (BIJVOORBEELD MATCH TUSSEN DE AANGEBODEN ZORG EN DE ZORGNOD- EN VERWACHTINGEN VAN DE CLIËNT)</b>		
112	De verantwoordelijke zoekt een zo goed mogelijke match tussen de cliënt en verzorgende op basis van de gevraagde taken en competenties + cliënten hebben het recht om te wisselen indien de relatie niet goed zit.	Focusgroep
113	Cliënten en werknemers worden tijdig op de hoogte gebracht van de verlofregeling, zodat werknemers elkaar kunnen afwisselen en er alternatieve oplossingen gezocht kunnen worden.	Focusgroep
114	Er wordt regelmatig, open en duidelijk gecommuniceerd met cliënten en mantelzorgers over de zorg. (bv. Problemen, zorgen, wensen bespreekbaar maken).	Focusgroep
115	Significante veranderingen in de behoeften van de cliënt of omstandigheden leiden onmiddellijk tot (het overwegen van) wijzigingen in zijn of haar plan.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
116	De veiligheid en beveiliging van de woonsituatie van de cliënt wordt beoordeeld, risicofactoren worden geïdentificeerd en wijzigingen worden aangeboden om de onafhankelijkheid en veiligheid in huis te bevorderen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
117	Contextgericht werken	(McPherson et al., 2014)
<b>118</b>	<b>Flexibiliteit werknemers: in hoeverre wordt afgeweken van de overeengekomen zorg, in het voordeel van de cliënt</b>	<b>Projectgroep</b>
<b>(VERANDERING VAN) DE TOESTAND VAN DE CLIËNT (EN MANTELZORGER)</b>		<b>(Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, 2002)</b>
119	Verbetering van kennis van de cliënt	(Donabedian, 1988)
120	Verbetering van gedrag van de cliënt	(Donabedian, 1988)



121	Cognitieve verbetering/achteruitgang	(Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Morris, Fries, Frijters, Hirdes, & Steel, 2013)
122	Communicatieve verbetering/achteruitgang	(Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Morris et al., 2013)
123	Stemming verbetering/achteruitgang	(Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Morris et al., 2013)
124	Functioneren en fysieke toestand van de cliënt	(Beaulieu, 1991; Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Keeling, 2014; Morris et al., 2013)
125	(I)ADL verbetering/achteruitgang	(Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Keeling, 2014; Morris et al., 2013)
126	Verminderde motoriek in huis	(Hirdes et al., 2004)
127	Levenskwaliteit van de cliënt (te bevragen door overheid of DGAT?)	(Keeling, 2014)
128	Mantelzorgers voelen zich emotioneel en fysiek ondersteund en ontlast. (“Gezinszorg moet ervoor zorgen dat mantelzorgers nog buiten kunnen komen, een sociaal leven hebben of kunnen gaan werken”).	Focusgroep
129	Comfort van de cliënt	Focusgroep
130	Fysieke fixatie	Focusgroep
131	Valincidenten	Focusgroep

**EVALUATIE DOOR CLIËNTEN EN ANDERE BELANGHEBBENDEN**

132	Tevredenheid van cliënten en andere belanghebbenden/mantelzorgers	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Donabedian, 1988; Perry et al., 2010)
133	Het percentage cliënten dat (zeer of extreem) tevreden is.	(Joling et al., 2018; Jones et al., 2006; Kajonius & Kazemi, 2016)
134	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden een goed zorgplan en een goede evaluatie daarvan ervaren	( <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )
135	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede inspraak en overleg ervaren	( <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )
136	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede informatie ervaren	( <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )
137	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede telefonische bereikbaarheid ervaren	(Keeling, 2014; <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )
138	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden een goede lichamelijke verzorging ervaren	( <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )
139	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden een goede professionaliteit (en veiligheid) in de zorgverlening ervaren	(Keeling, 2014; <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010</i> )

140	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede privacy ervaren	<i>(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
141	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede mogelijkheden voor dagbesteding en participatie aan de samenleving ervaren	<i>(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
142	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede zelfstandigheid / autonomie ervaren	<i>(Keeling, 2014; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
143	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede mentale ondersteuning ervaren	<i>(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
144	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden een goede betrouwbaarheid van de zorgverleners ervaren	<i>(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
145	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden voldoende beschikbaarheid van personeel (en continuïteit) ervaren	<i>(Keeling, 2014; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010; McPherson et al., 2014; Perry et al., 2010)</i>
146	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede samenhang in zorg ervaren	<i>(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)</i>
147	Het aantal cliënten dat rapporteert dat het personeel vaak of altijd hun wensen en meningen over de zorg respecteert.	<i>(Joling et al., 2018; Kajonius &amp; Kazemi, 2016)</i>

148	Aantal cliënten dat rapporteert dat ze vaak of altijd het tijdstip waarop de zorg/dienst geleverd wordt kunnen beïnvloeden.	(Joling et al., 2018; Kajonius & Kazemi, 2016)
149	Aantal cliënten dat rapporteert dat het personeel hen vaak of altijd op voorhand informeert over veranderingen.	(Joling et al., 2018; Kajonius & Kazemi, 2016)
150	Cliënten ervaren dat er rekening gehouden wordt met persoonlijke voorkeuren en behoeften van cliënten in het geven van zorg/huishoudhulp (bv. Kasten niet herorganiseren bij slechtziend persoon, om 19u gaan slapen).	Focusgroep
151	Gepercipieerde snelheid van de diensten volgens cliënten.	(Keeling, 2014)
<b>152</b>	De mate waarin cliënten de interactie met zorgverleners als positief ervaren (empathie, vriendelijkheid, respect).	(Keeling, 2014)
153	Cliënten kunnen gemakkelijk informatie krijgen over de beschikbaarheid van thuiszorgdiensten en hoe deze aan te vragen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
154	De cliënt/mantelzorger heeft het gevoel dat er onderling overleg is en dat hij/zij bij iemand terecht kan.	Focusgroep
155	De cliënt/mantelzorger heeft het gevoel dat zijn leven thuis gewoon kan doorlopen/dat er meer tijd is voor andere dingen.	Focusgroep
<b>GEBRUIK VAN INTRAMURALE ZORG</b>		
156	Gebruik van spoeddiensten	(Chang et al., 2015; Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Morris et al., 2013)
157	Aantal ziekenhuisopnames	(Chang et al., 2015; Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Keeling, 2014; Morris et al., 2013)
158	Opname in langdurige zorginstelling of ziekenhuis	(Anell & Glenngård, 2014; Beaulieu, 1991; Keeling, 2014)

159	De cliënt kan langer thuis wonen.	Focusgroep
<b>DOORVERWIJSFUNCTIE VAN VERZORGENDEN</b>		
160	Cliënten met mantelzorgers die stress, woede en/of depressie uitdrukken	(Foebel et al., 2015; Joling et al., 2018; Morris et al., 2013)
161	Cliënten die gedurende langere periodes of altijd alleen zijn (door een afname van sociale activiteiten) EN eenzaamheid/emotionele stress rapporteren	(Foebel et al., 2015; Hirdes et al., 2004; Joling et al., 2018; Morris et al., 2013)
162	Werknemers zijn alert voor en evalueren regelmatig veranderingen in stemming/gedrag/lichamelijke toestand van de cliënt. Indien er bezorgdheid optreedt melden ze dit bij de verantwoordelijke.	Focusgroep
163	De risico- en veiligheidsoverwegingen van de cliënt worden geïdentificeerd en mogelijke interventies die de onafhankelijkheid en veiligheid bevorderen worden beschouwd met geïnformeerde betrokkenheid van de cliënt.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
164	Er worden systematische voorzorgsmaatregelen getroffen om cliënten te beschermen tegen kritische incidenten en andere levensbedreigende situaties.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
<b>WERKDRUK EN KWALITEIT</b>		
165	Het aantal cliënten per dag.	Focusgroep
166	De gevraagde taken worden binnen de afgesproken tijdspanne uitgevoerd.	Focusgroep
<b>KLACHTENPROCEDURE VOOR GEBRUIERSKLACHTEN</b>		
167	Het aantal behandelde of opgeloste klachten tegenover het totaal aantal klachten.	Focusgroep
168	Cliënten worden geïnformeerd over het registreren van klachten en worden ondersteund bij het zoeken naar een oplossing. Klachten worden tijdig opgelost.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
169	Klachten worden systematisch genoteerd en behandeld	Focusgroep
<b>CONTACT TUSSEN VERZORGENDE EN CLIËNT</b>		<b>Projectgroep</b>
<b>AANTAL TEKORTEN VAN DIENSTEN BIJ INSPECTIE</b>		<b>Projectgroep</b>



**Bijlage 4 Long list DMW (kwaliteitsaspecten uit de literatuur,  
focusgroepen, interviews, projectgroep)**

#	Kwaliteitseisen en indicatoren DMW	Literatuur (auteur, jaartal)/Focusgroep
<b>COMPETENTIES VAN WERKNEMERS</b>		
1	Competenties van werknemers	(Beaulieu, 1991; Donabedian, 1988; Gorun, Niculescu, Todorut, & Rogojanu, 2014; Stolt, Blomqvist, & Winblad, 2011) + Interviews
2	Meer dan 60% (100%?) van de werknemers beschikt over het vereiste diploma.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
3	Werknemers beschikken over de vereiste vaardigheden, competenties en kwalificaties om cliënten effectief te ondersteunen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep + Interviews
4	Werknemers beschikken over de vereiste kennis en het vermogen om vertrouwen en zelfzekerheid over te brengen.	(Aaltonen, 2003) + Focusgroep + Interviews
5	Er worden opleidingen voor werknemers voorzien.	(Gorun et al., 2014; Joling et al., 2018; Venables et al., 2006) + Focusgroep + Interviews
6	Er worden opleidingen voor werknemers voorzien m.b.t. specifieke doelgroepen en aandoeningen (bv. Dementie, psychiatrie, kanker, beperkingen, ...)	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006) + Interviews
7	Niet enkel theoretische opleidingen, maar ook praktijkgerichte opleidingen (oefenen in met mensen werken door casussen, rollenspelen, ...), getuigenissen van (oud)cliënten, ...	Interviews
8	Werknemers worden opgeleid inzake wetgeving	Focusgroep + Interviews
9	Werknemers worden opgeleid in weerbaarheid (bv. het omgaan met agressie en grensoverschrijdend gedrag)	Focusgroep
10	Werknemers beschikken over de vereiste kennis over andere diensten.	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep + Interviews
11	Werknemers beschikken over kennis en vaardigheden in het werken met concentrische cirkels, om te bepalen van de meest geschikte dienst/hulpverlening	Focusgroep



Cirkel 1: Zelfzorg: de zorg en ondersteuning die de persoon zelf opneemt

Cirkel 2: Gebruikelijke zorg: de dagelijkse zorg en ondersteuning die gezinsleden die bij elkaar wonen aan elkaar geven

Cirkel 3: Zorg en ondersteuning van familie, vrienden en kennissen die niet bij elkaar wonen

Cirkel 4: Professionele zorg en ondersteuning voor alle burgers: Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), gezinszorg, poetshulp, kinderopvang...

Cirkel 5: Professionele zorg en ondersteuning die het VAPH vergoedt

12	Werknemers hebben de nodige kennis over de financiële ondersteuning van cliënten.	Focusgroep + Interviews
13	Werknemers beschikken over sociale en communicatievaardigheden.	Focusgroep + Interviews
14	Werknemers kunnen cliënten correct doorverwijzen naar andere hulpverleners.	Focusgroep + Interviews
15	Werknemers hebben empathie en inlevingsvermogen.	(Aaltonen, 2003; Donabedian, 1988; Keeling, 2014) + Focusgroep + Interviews
16	Werknemers zijn gemotiveerd en geëngageerd.	Focusgroep + Interviews
17	Werknemers hebben respect voor de privacy van cliënten	(Donabedian, 1988; Klassen et al., 2010) + Focusgroep
<b>AANTAL WERKNEMERS EN WERKDRUK PER WERKNEMER</b>		
18	Er zijn voldoende gekwalificeerde werknemers om te voldoen aan de behoeften van cliënten.	(Aaltonen, 2003; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; McPherson, Kayes, Moloczij, & Cummins, 2014; Megivern et al., 2007) + Focusgroep + Interviews
19	Aantal werknemers	(Donabedian, 1988) + Focusgroep
20	Aantal werknemers, gemeten als volledige werkjaren gedeeld door het totaal aantal cliënten.	(Stolt et al., 2011)

21	Aantal cliënten per maatschappelijk werker/VTE	(Hood, Grant, Jones, & Goldacre, 2016) + Focusgroep
22	Aantal cliënten die door dezelfde hulpverlener geholpen worden tijdens drie opeenvolgende afspraken. (Continuïteit van zorg)	(Anell & Glenngård, 2014)
23	Aantal begeleidingsdossiers/hulpverleningsplannen per werknemer/VTE	Focusgroep + Interviews
24	Aantal (wisselende) maatschappelijk werkers/cliënt (continuïteit van zorg) → bv. Voorkeur voor 2 à 3 vaste MW die op de hoogte zijn van de case, zodat er bij ziekte/verlof/ontslag iemand is die kan overnemen en meteen op de hoogte is, i.p.v. continue wissel/vervangingen waarbij de cliënt telkens het verhaal opnieuw moet doen. Info uit het dossier is hierbij niet voldoende.	Interviews
<b>ARBEIDSDUUR EN VERLOOP VAN WERKNEMERS</b>		
25	Verloop van werknemers	(Hood et al., 2016)
26	Aantal openstaande vacatures	(Hood et al., 2016)
27	Percentage werknemers dat minstens 85% aan het werk is	(Stolt et al., 2011)
28	Percentage volledige werkjaren uitgevoerd door parttime medewerkers, betaald per uur	(Stolt et al., 2011)
29	Percentage werknemers dat in het voorafgaande jaar ontslag heeft ingediend.	(Stolt et al., 2011)
<b>WELZIJN VAN WERKNEMERS</b>		
30	De gezondheid en veiligheid van de werknemers wordt gemeten.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
31	Hulpverleners voelen zich goed en werken in een ondersteunend klimaat	Focusgroep + Interviews
<b>ORGANISATIESTRUCTUUR: MANAGEMENT, BELEID EN PROCEDURES</b>		
32	Er is een effectief beleid en procedures.	(Beaulieu, 1991)

33	Er is een VTO-beleid	Focusgroep
34	Nieuwe werknemers krijgen een introductie.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
35	De introductie van nieuwe werknemers omvat een component over de zorg voor de verschillende doelgroepen (bv. Personen met dementie/beperking/psychische aandoening, ...).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
36	Er zijn frequente contacten tussen werknemers en leidinggevenden.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
37	Aantal werknemers gedeeld door het aantal eerstelijnsmanagers.	(Stolt et al., 2011)
38	Decentralisatie op lokaal of regionaal niveau, om de diensten dichterbij de cliënten te brengen (Gemeentelijke zorg, zorg per gemeente of in kleinere zorgregio's)	(Gorun et al., 2014) + Focusgroep
39	Het management staat open voor en is responsief voor veranderingen en innovatie	(Klassen et al., 2010; Megivern et al., 2007)
40	De organisatie beschikt over een duidelijke missie en doelstellingen	(Megivern et al., 2007)
41	Het management gaat strategische planningsprocessen aan om de waarden, missie en visie te ontwikkelen en het bereiken ervan te vergemakkelijken, responsief te zijn voor veranderingen en om duurzaam succes te behalen.	(Klassen et al., 2010)
42	Het management gaat strategische planningsprocessen aan om het bereiken van de vooropgestelde waarden, missie en visie te vergemakkelijken	(Klassen et al., 2010)
43	De mate waarin plannen voor bedrijfs- en financieel beheer worden ontwikkeld, geïmplementeerd en gemonitord.	(Klassen et al., 2010)
44	De mate waarin aandachtspunten zoals efficiëntie, toewijzing van middelen, stabiliteit en procesbeheer worden aangepakt.	(Klassen et al., 2010)
45	De mate waarin een dienst de werknemers ondersteunt en helpt ontwikkelen (bv. Bieden van een ondersteunende en veilige werkomgeving, het bieden van kansen voor leren en groei, het waarderen van personeelstevredenheid).	(Klassen et al., 2010)

46	Administratieve vereenvoudiging en vermindering van registratielasten	Focusgroep
47	Inzet van een 'team zorgbudget' (onderscheid tussen indicatiesteller en DMW, rollenverduidelijking)	Focusgroep
48	Structureel werken: Negatieve ervaringen kunnen collectivieren en signaleren (signaalfunctie) met concrete aanbevelingen en impact naar beleid (vertaling in beleidsaanbevelingen)	Focusgroep
49	Structureel werken: Sectoraanbevelingen die je per jaar doet (aantal of kwalitatief aspect van sectoraanbevelingen, hoe concreet zijn die?), Welke activiteiten worden ondernomen om die signalen te collectivieren? Welke capaciteit staat daartegenover?	Focusgroep
<b>BEREIKBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID</b>		
50	Toegankelijkheid van diensten (locatie, apparatuur, materialen, tijd)	(Aaltonen, 2003; Donabedian, 1988; Klassen et al., 2010; McPherson et al., 2014) + Focusgroep + Interviews
51	Openingsuren van de dienst	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep + Interviews
52	Aantal zitdagen van de dienst	Focusgroep + Interviews
53	Telefonische bereikbaarheid van de dienst	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep + Interviews
54	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede telefonische bereikbaarheid ervaren	(Keeling, 2014; <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg</i> , 2007; <i>Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg</i> , 2010)
55	Aantal 'lost calls' per maand.	Focusgroep
56	Aantal telefoons die binnen de 2 dagen worden 'opgenomen'	Focusgroep
57	Toegankelijkheid via online platformen (mail, chatbox, ...)	Focusgroep

58	Toegankelijkheid van huisbezoeken, persoonlijk contact: De mogelijkheid om een huisbezoek aan te vragen en te krijgen, en de bijhorende wachttijd tot dit huisbezoek	Focusgroep + Interviews
59	Aanwezigheid van een permanentiedienst/zorglijn, 24u/24, 7/7	Focusgroep + Interviews
60	De mogelijkheid tot een acuut (dringend) bezoek aan huis.	(Anell & Glenngård, 2014) + Interviews
61	Cliënten hebben continu toegang tot ondersteuning om hulpverlening te verkrijgen en om problemen die zich voordoen onmiddellijk aan te pakken	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
62	Er is toegang tot een klachten- of ombudsdienst.	(Gorun et al., 2014)
63	Bereikbaarheid op maat: Specifiek per cliënt kijken welk soort bereikbaarheid het best past voor die bepaalde cliënt (bv. Huisbezoek of op kantoor?)	Focusgroep + Interviews
<b>MATERIËLE MIDDELEN</b>		
64	De aanwezigheid van faciliteiten, materiaal en communicatiemiddelen	(Aaltonen, 2003; Klassen et al., 2010) + Focusgroep + Interviews
65	Werkzaamheid, snelheid en eenvoudigheid van IT-systemen	(Klassen et al., 2010; Megivern et al., 2007) + Focusgroep + Interviews
66	Gegevens kunnen geautomatiseerd en gedigitaliseerd worden	Focusgroep
<b>TIJD</b>		
67	Er is voldoende tijd voor werknemers om de taken uit te voeren.	(McPherson et al., 2014) + Focusgroep + Interviews
68	Er is voldoende tijd voor werknemers om aan bemiddeling en begeleiding te doen	Focusgroep + Interviews
69	Er is voldoende tijd voor het aanmaken van begeleidingsdossiers	Focusgroep
70	Registratietijd	Focusgroep

71	Doorlooptijd	Focusgroep + Interviews
72	Tijd tussen het moment waarop de zorgvraag werd gesteld en het moment waarop iemand de zorgvraag opneemt	Focusgroep + Interviews
73	Duur van een begeleiding	Focusgroep
74	Wachttijden voor verschillende tussenkomsten die aangevraagd worden (bv. Persoon heeft parkeerkaart pas ontvangen nadat dit niet meer nodig was, maar moest dus wel een alternatieve oplossing zoeken tijdens de periode waarin hij immobiel was, DMW moet deze zaken strikter opvolgen).	Focusgroep + Interviews
75	<b>FINANCIËLE MIDDELEN</b>	(Donabedian, 1988)
76	Investeringen in tijd en geld door het macrosysteem (bv. Overheid)	(Klassen et al., 2010; Megivern et al., 2007, 2007) + Focusgroep + Interviews
<b>INDIVIDUEEL BEGELEIDINGSPLAN</b>		
77	Het opstellen/ontwikkelen van een individueel begeleidingsplan.	(Joling et al., 2018; Perry et al., 2010; Vickrey et al., 2006)
78	Het begeleidingsplan regelmatig evalueren, systematisch opvolgen en bijstellen indien nodig.	(Perry et al., 2010) + Focusgroep + Interviews
79	Uitgebreide informatie over de voorkeuren en persoonlijke doelen, behoeften en capaciteiten, gezondheidsstatus en andere beschikbare ondersteuning van elke cliënt worden verzameld en gebruikt bij het ontwikkelen van een persoonlijk hulpverleningsplan.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Gorun et al., 2014)
80	Het plan van elke cliënt gaat uitgebreid in op zijn of haar vastgestelde zorgnoden, overeenkomstig zijn of haar persoonlijke voorkeuren en doelen	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep
81	Goede registratie van dossiergegevens (bv. Vervanging door collega)	Focusgroep + Interviews
<b>MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING EN COMMUNICATIE</b>		
82	Formele structuren voor samenwerking, waaronder regelmatige vergaderingen.	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep

83	Samenwerking met andere diensten en organisaties	(Gorun et al., 2014; Klassen et al., 2010; Megivern et al., 2007) + Focusgroep + Interviews
84	Contacten, communicatie en samenwerking tussen verschillende sociale diensten (bv. Ziekenhuis en ziekenfonds)	Focusgroep + Interviews
85	Communicatie met eerstelijnszorgaanbieders (OCMW, CAW, ...)	Focusgroep + Interviews
86	Netwerken/MDO met verschillende hulpverleners	Focusgroep
87	Opzetten van samenwerkingsprotocollen	Focusgroep
88	Maandelijkse/tweemaandelijkse intervisies met vaste thuiszorgpartners waar gemeenschappelijke cliënten worden besproken	Focusgroep
89	Regelmatige formele intervisies binnen de zorgregio/Participatie in eerstelijnszones en zorgraden	Focusgroep
90	Duidelijke en transparante communicatie tussen management en MW: goede communicatie en doorstroom van informatie vanuit de oversten, communicatie die doorleefd is van praktijkervaring	Focusgroep
91	Bijeenkomsten van werkgroepen	Focusgroep
92	Het aantal individuele begeleidingsplannen dat tot stand kwam in samenwerking met (huis)arts en andere eerstelijnszorgaanbieders.	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep
93	De mogelijkheid tot opvang dringende thuiszorg i.s.m. eerstelijnszorgaanbieders	Focusgroep
94	Vreemdgaan/gemba walks/stages door werknemers	Focusgroep
95	Deelname aan vormingen, georganiseerd door een samenwerkende partner	Focusgroep
<b>INSPRAAK EN PARTICIPATIE VAN CLIËNTEN EN MANTELZORGERS</b>		
96	Participatie en betrokkenheid van cliënten en mantelzorgers	(Megivern et al., 2007) + Focusgroep

97	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede inspraak en overleg ervaren	(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010)
98	Het percentage cliënten dat rapporteert dat ze gecontacteerd werden door de diensten om hun tevredenheid/feedback te bevragen.	(Gorun et al., 2014; Joling et al., 2018) + Focusgroep
99	Cliënten en andere belanghebbenden hebben een actieve rol bij het beoordelen van prestaties en activiteiten voor kwaliteitsverbetering	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
100	Het percentage cliënten dat deelneemt aan de ontwikkeling van het begeleidingsplan.	(Stolt et al., 2011) + Focusgroep
101	Het percentage mantelzorgers dat wordt betrokken bij de ontwikkeling van het begeleidingsplan.	(Joling et al., 2018; McPherson et al., 2014; Vickrey et al., 2006)
102	Cliënten krijgen tijdig informatie over de beschikbare diensten zodat ze de vrijheid hebben om te kiezen tussen verschillende diensten.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
103	Informatie en ondersteuning is beschikbaar om cliënten te helpen bij het maken van geïnformeerde keuzes tussen verschillende opties.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Donabedian, 1988; McPherson et al., 2014) + Focusgroep
104	Mate waarin de planning en levering van diensten de cliënten betreft, informatie verstrekt om hun besluitvorming te ondersteunen, positief, aanvaardbaar en aansluitend is op hun behoeften en verwachtingen, met respect voor privacy, vertrouwelijkheid en verschillen (bv. Cultureel, sociaaleconomisch)	(Klassen et al., 2010) + Focusgroep
105	Transparante communicatie met de cliënt, waaronder het geven van volledige en effectieve informatie opdat de cliënt volwaardig kan participeren aan de planning, het ontwikkelings- en beslissingsproces en evaluatie van de diensten.	(Gorun et al., 2014) + Focusgroep
106	Cliënten krijgen ondersteuning om hun eigen beslissingsbevoegdheid uit te oefenen en te behouden.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
107	Cliënten worden geïnformeerd over en ondersteund om hun fundamentele grondwettelijke en federale of wettelijke rechten vrijelijk uit te oefenen	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep



108	Cliënten worden geïnformeerd over het registreren van klachten en worden ondersteund bij het zoeken naar een oplossing.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
109	Cliënten worden opgevolgd en er is een regelmatige terugkoppeling naar cliënten over de stand van zaken.	Focusgroep
110	Cliënten hebben de autoriteit en worden gesteund om hun eigen hulpverlening te leiden en te beheren in de mate die zij wensen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Gorun et al., 2014)
111	Diensten worden geleverd in overeenstemming met het plan van de deelnemers.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep
112	Vraaggericht werken, cliënt-gericht i.p.v. geld-gestuurd werken	(Aaltonen, 2003; Gorun et al., 2014; McPherson et al., 2014) + Interviews
113	Cliënten behouden de controle over hun dagelijkse routines en geldbeheer	(Aaltonen, 2003)
114	(Multidisciplinair) overleg met het netwerk van de cliënt (bv. in MDO met andere partijen het cliëntsysteem betrekken)	Focusgroep
<b>INTERNE COMMUNICATIE EN TEAMWERKING</b>		
115	Er worden geplande besprekingen/evaluaties uitgevoerd.	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
116	Er vinden regelmatig (evaluatie)gesprekken plaats tussen de verantwoordelijke en werknemers.	Focusgroep
117	De verantwoordelijken doen regelmatig aan kwaliteitsbezoeken (meelopen in het werkveld).	Focusgroep
118	De verantwoordelijken nemen regelmatig deel aan teamvergaderingen met maatschappelijk werkers	Focusgroep
<b>EVALUATIE (methoden)</b>		

119	Het team verzamelt en analyseert systematisch de prestaties en impact van de dienstverlening.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Gorun et al., 2014; Megivern et al., 2007)
120	Regelmatige, systematische en objectieve methoden – inclusief het verkrijgen van feedback – worden gebruikt om het welzijn en de gezondheidstoestand van de cliënt, en de effectiviteit van de dienst om de cliënt in staat te stellen zijn of haar persoonlijke doelen te bereiken te controleren.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Gorun et al., 2014) + Focusgroep
121	Er is een systematische aanpak voor de continue verbetering van kwaliteit	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
122	Het voeren van een continue dialoog met de stakeholders (cliënten, personeel, ...) over het management van de diensten, de missie en visie en de kwaliteitsbeoordeling van de diensten.	(Gorun et al., 2014)
123	Er vindt binnen de 6 maanden een evaluatie plaats van het hulpverleningsplan.	(Hood et al., 2016)
124	Er wordt om de 6 maanden evaluatievergadering georganiseerd	Focusgroep
125	Er wordt een afsluitende evaluatie georganiseerd na een begeleiding	Focusgroep
126	Het cliëntperspectief wordt gemeten en gewaardeerd als een resultaat van de dienstverlening	(Klassen et al., 2010)
127	Er is een continue meting van de mate van tevredenheid van cliënten	(Gorun et al., 2014)
128	Specifieke tevredenheidsmetingen van cliënten (bereikbaarheid, verloop van contact, antwoord op de vraag, ervaring, ...)	Focusgroep
129	Bevorderen en bewaken van voortdurende kwaliteitsverbetering, o.a. door middel van programma-evaluatie, prestatiebewaking, verantwoording en accreditatie.	(Klassen et al., 2010)
130	Organiseren van jaarlijkse zelfevaluaties (bv. EFQ-model)	Focusgroep
<b>EVALUATIE EN TEVREDENHEID (resultaten)</b>		
131	Aantal klachten i.v.m. bereikbaarheid	Focusgroep
132	Het aantal behandelde of opgeloste klachten tegenover het totaal aantal klachten.	Focusgroep

133	Het aantal behandelde of opgeloste klachten binnen een bepaalde periode	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep
134	Tevredenheid van cliënten en andere belanghebbenden/mantelzorgers	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Donabedian, 1988; Keeling, 2014; Megivern et al., 2007; Perry et al., 2010) + Focusgroep
135	Het percentage cliënten dat (zeer of extreem) tevreden is.	(Joling et al., 2018)
136	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede informatie ervaren	(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010) + Focusgroep
137	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden goede privacy ervaren	(Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010) + Focusgroep
138	De mate waarin cliënten en andere belanghebbenden voldoende beschikbaarheid van personeel (en continuïteit) ervaren	(Aaltonen, 2003; Keeling, 2014; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2007; Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, 2010; McPherson et al., 2014; Perry et al., 2010) + Focusgroep
139	Gepercipieerde snelheid van de diensten volgens cliënten.	(Keeling, 2014) + Focusgroep
140	De mate waarin cliënten de interactie met zorgverleners als positief ervaren (empathie, vriendelijkheid, respect, begrip).	(Keeling, 2014) + Focusgroep
141	Cliënten hebben het gevoel dat ze ondersteund worden en dat iemand hen begeleidt in het zoeken naar oplossingen	Focusgroep
142	De mate waarin cliënten zich geholpen voelen/hun vraag beantwoord werd tijdens een telefonisch contact	Focusgroep
143	Cliënten hebben het gevoel dat ze als persoon worden behandeld, niet als nummer	Focusgroep + Interviews

144	Aantal cliënten die aangeven dat ze de hulp zouden aanbevelen aan iemand anders	Focusgroep
145	De mate waarin cliënten de tijdsdruk van de maatschappelijk werker voelen	Interviews
<b>INFORMATIE EN COMMUNICATIE NAAR CLIËNTEN</b>		
146	Duidelijkheid en transparantie m.b.t. terugbetalingen naar de cliënt (en bv. ook gevolgen voor belastingen)	Focusgroep + Interviews
147	Duidelijk en transparantie over het proces en stand van zaken naar de cliënt cliënt (afspraken, opvolgen van afspraken, prioriteiten, haalbaarheid van oplossingen, ...)	Focusgroep + Interviews
148	Cliënten kunnen gemakkelijk (en begrijpbare!) informatie krijgen over de beschikbaarheid van thuiszorgdiensten en hoe deze aan te vragen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002) + Focusgroep
149	Cliënten kunnen gemakkelijk (en begrijpbare!) informatie krijgen over de tegemoetkomingen waarop zij recht hebben.	Focusgroep
<b>ONDERSTEUNING EN BEGELEIDING VAN CLIËNTEN</b>		
150	Goede vraagverheldering	Focusgroep
151	Goede rechtenverkenning, cliënten informatie geven over hun rechten	Focusgroep + Interview
152	Geautomatiseerde rechtenverkenning: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat iemand die een verhoogde tegemoetkoming heeft, dat je een chip maakt of die inderdaad alle sleutelrechten of afgeleide rechten heeft die daarmee te maken hebben? En kan dat automatisch gebeuren of niet en welke hebben wij dan proactief geïnitieerd?	Focusgroep
153	Cliënten wegwijs maken in wetgeving en tegemoetkomingen	Focusgroep + Interview
154	Intake, evaluatie na 6 maanden, afronding met terugkoppeling	Focusgroep + Interviews
155	Zorgbegeleiding en zorgbemiddeling	Focusgroep
156	Aantal begeleidingsgesprekken/contacten per cliënt	Focusgroep

157	Aantal behaalde doelstellingen na een begeleiding	Focusgroep
158	Toepassing methodieken i.k.v. begeleidingsopdracht	Focusgroep
159	Integrale benadering vanuit verschillende levensdomeinen (goede vraagverheldering, planmatig werken met cliënt, voortdurend aftoetsen bij cliënt, wat de vraag is, hoe die evolueert, en telkens aanpassen)	Focusgroep
160	Op zich is de insteek dat als je een begeleiding doet dat je die opstart met de cliënt zelf, het ideale concept is we gaan samen nadenken van de doelstelling, we leggen dat mooi vast, we maken dat SMART. En vandaaruit gaan we beginnen te begeleiden.	Focusgroep
161	Crisisbegeleiding: registreren wanneer we binnen zeer redelijke termijn resultaat kunnen boeken in een crisissituatie. Een zeer intensieve opvolging voor een aantal weken, maanden, die zeer veel contacten vragen waar je in een relatief korte termijn een oplossing kunt helpen vinden, in samenwerking meestal met andere diensten.	Focusgroep
162	(Geïntegreerd) breed onthaal	Focusgroep
163	Kwaliteit van huisbezoeken (Waarom en hoe kom je tot dat huisbezoek? Wat maakt dit huisbezoek kwaliteitsvol(ler)?)	Focusgroep + Interviews
164	Vroegtijdig stopzetten van een traject	Focusgroep
165	Zorg op maat van de cliënt, d.w.z. rekening houdend met de unieke situatie van de cliënt en zijn omgeving, los van misvattingen, vooroordelen en 'standaarden'	Interviews
166	Systematisch en consequent opvolgen van cliënten (bv. 1x per maand/1x per semester/1x per jaar de cliënt opbellen met een vraag naar stand van zaken en de vraag of zij behoefte hebben aan nog een afspraak, ook na afronding van een begeleiding. Als de cliënt dan aangeeft dat dit niet nodig is kunnen de contactgegevens nog eens bezorgd worden en dan kan hiermee gestopt worden, zodat mensen zich ook niet lastiggevoelen)	Interviews

#### VINDPLAATSGERICHT EN PROACTIEF WERKEN

167	Er worden op regelmatige basis afspraken/huisbezoeken ingepland voor cliënten met een beperkt vermogen om zelf naar zorg te zoeken	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep + Interviews
168	Er worden op regelmatige basis afspraken/huisbezoeken ingepland voor cliënten boven een bepaalde leeftijdsgrens en/of met een bepaalde diagnose	(Anell & Glenngård, 2014) + Focusgroep
169	Men gaat op zoek naar kwetsbare groepen en gezinnen die (nog) niet bereikt worden door de dienstverlening. (“Want zij zien of er een opname is, en dan kunnen ze iets langs sturen of even bellen. Maar wij moeten altijd maar handelen.”// “Wij zijn van het kastje naar de muur gestuurd. We hebben alles zelf moeten zoeken. Ik had graag een brief gehad met ‘beste, u bent al sinds de geboorte gehandicapt, u kan altijd bij ons terecht voor meer informatie, wij kunnen bij u thuis langskomen, ...’. Dan weet je meteen hoe het zit en bij wie je terecht kan.”)	(McPherson et al., 2014) + Focusgroep + Interviews
170	Het proactief verminderen van belemmeringen m.b.t. de toegang tot de diensten	(Gorun et al., 2014) + Focusgroep
171	DMW maakt zich kenbaar voor het grote publiek, zodat mensen weten wanneer en waarvoor ze bij hen terechtkunnen	Focusgroep + Interviews
172	Aantal reacties op proactieve benaderingen	Focusgroepen
173	De manier waarop een proactieve benadering gebeurt (brief, mail, folder, ...)	Focusgroepen + Interviews
174	Aantal proactieve contacten die met succes uitgevoerd werden	Focusgroepen
175	Aandacht besteden aan mensen die zorg weigeren/zorg vermijden (‘aanklappende zorg’/‘bemoezorg’)	Interviews
176	<b>VERANDERING IN DE TOESTAND VAN DE CLIËNT (EN MANTELZORGER)</b>	<b>(Centers for Medicare &amp; Medicaid Services, 2002; Megivern et al., 2007)</b>
177	Verbetering van kennis van de cliënt	(Donabedian, 1988)
178	De impact van de diensten op de kwaliteit van leven van de cliënt	(Gorun et al., 2014; Keeling, 2014) + Focusgroep + Interviews
179	Mantelzorgers die stress, woede en/of depressie uitdrukken	(Joling et al., 2018)

180	Cliënten die gedurende langere periodes of altijd alleen zijn (door een afname van sociale activiteiten) EN eenzaamheid/emotionele stress rapporteren	(Joling et al., 2018) + Interviews
<b>GEBRUIK VAN DIENSTEN</b>		
181	Gebruik van spoeddiensten	(Chang et al., 2015; Joling et al., 2018)
182	Aantal ziekenhuisopnames	(Chang et al., 2015; Joling et al., 2018; Keeling, 2014)
183	Opname in langdurige zorginstelling of ziekenhuis	(Anell & Glenngård, 2014; Beaulieu, 1991; Keeling, 2014)
184	De cliënt kan langer thuis wonen.	Focusgroep
185	Er is een hoge toegankelijkheid naar multidisciplinaire en andere ondersteunende diensten	(Gorun et al., 2014)
186	Aantal geslaagde doorverwijzingen	Focusgroep
<b>ALGEMENE KWALITEIT VAN DE DIENSTVERLENING</b>		
187	Administratieve vereenvoudiging en vermindering van registratielasten	Focusgroep
188	De mogelijkheden en noden van de cliënt worden gemeten.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002; Joling et al., 2018; Venables et al., 2006) + Focusgroep
189	Er is speciale aandacht voor taal (bv. vertaling van documenten, tolk, ...).	(Joling et al., 2018; Venables et al., 2006)
190	Intake- en aanmeldingsprocedures zijn verstaanbaar en gebruiksvriendelijk. Er is assistentie beschikbaar bij de aanvraag.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
191	Personen die hulp nodig hebben maar niet in aanmerking komen worden verwezen naar andere diensten.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
192	Snelle initiatie: De hulpverlening wordt onmiddellijk gestart wanneer het individu in aanmerking komt en een beslissing heeft genomen (en indien de cliënt er baat bij heeft).	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)

193	Significante veranderingen in de behoeften van de cliënt of omstandigheden leiden onmiddellijk tot het overwegen van wijzigingen in zijn of haar plan.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
194	De risico- en veiligheidsoverwegingen van de cliënt worden geïdentificeerd en mogelijke interventies die de onafhankelijkheid en veiligheid bevorderen worden beschouwd met geïnformeerde betrokkenheid van de cliënt.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
195	De veiligheid en beveiliging van de woonsituatie van de cliënt wordt beoordeeld, risicofactoren worden geïdentificeerd en wijzigingen worden aangeboden om de onafhankelijkheid en veiligheid in huis te bevorderen.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
196	Er worden systematische voorzorgsmaatregelen getroffen om cliënten te beschermen tegen kritische incidenten en andere levensbedreigende situaties.	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
197	Contextgericht werken	(McPherson et al., 2014)
198	Financiële integriteit: Betalingen worden snel uitgevoerd in overeenstemming met de (programma)vereisten	(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2002)
199	De mate waarin een breed scala aan diensten wordt aangeboden die voldoende breed en diep genoeg zijn om aan de behoeften van de cliënt te voldoen.	(Klassen et al., 2010)
200	Diensten zijn afgestemd op de wensen en noden van de cliënt en zijn gebaseerd op vastgestelde normen en evidence-based	(Klassen et al., 2010; Megivern et al., 2007)
201	De ontwikkeling, verspreiding en uitwisseling van informatie en kennis en het creëren en toepassen van evidence-based praktijkrichtlijnen en –normen.	(Klassen et al., 2010)
202	Het inzetten van ervaringsdeskundigen	Focusgroep + Interviews
203	Werken op basis van een kwaliteitshandboek	Focusgroep
204	Het gebruik van tools/kapstukken in de begeleiding bij een cliënt (bv. Pictogrammen bij mentale beperking)	Focusgroep
205	Psychosociale ondersteuning van cliënten	Focusgroep + Interviews



206	Inzetten van referentiepersonen: Aantal medewerkers die gekwalificeerd zijn in een bepaalde problematiek	Focusgroep + Interviews
<b>UITKOMSTEN VAN DE DIENSTVERLENING</b>		
207	Alle rechten zijn toegekend en uitgeput	Focusgroep
208	Aantal aanvragen die behandeld en afgerond werden (en aantal positieve resultaten)	Focusgroep
209	Als je de verschillende levensdomeinen bekeken hebt, zowel materiaal als aanpassingen in de thuissituatie, psychosociaal eventueel, als je dat allemaal bekeken hebt of samengewerkt hebt met andere diensten en je hebt al het mogelijke gedaan, en er is geen resultaat, kan toch uit die zorgbegeleiding blijken dat je kwaliteitsvol gewerkt hebt.	Focusgroep
210	De mate waarin een dienst gewenste resultaten of uitkomsten bereikt op niveau van de cliënt, populatie of organisatie	(Klassen et al., 2010) + Focusgroep



## **Bijlage 5 Sectorspecifieke literatuurstudie DGAT**

## **1 Regelgevend kader**

### **1.1 Een synthese van de sectorspecifieke literatuur omtrent kwaliteit binnen DGAT.**

De meest fundamentele bepalingen betreffende kwaliteitszorg zijn terug te vinden in het zogeheten “Woonzorgdecreet” (BVR van 24 juli 2009) en “Kwaliteitsdecreet” (BVR van 17 oktober 2003).

In het woonzorgdecreet zijn de kwaliteitsbepalingen opgenomen onder de (specifieke) erkenningsvoorwaarden voor een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Hierin zijn twee categorieën in te onderscheiden. Enerzijds zijn er bepalingen rond het kwaliteitsbeleid en de schriftelijke weerslag hiervan, anderzijds zijn er de eerder inhoudelijke kwaliteitsbepalingen.

#### **Het kwaliteitsbeleid**

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben decretaal verplicht een kwaliteitshandboek (Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, 17/10/2003). Elke dienst kan naast de verplicht op te nemen elementen, zelf toevoegingen doen en bepaalde zaken dieper uitwerken. Zowel een analoge als een digitale vorm zijn mogelijk. De decretaal vastgelegde elementen in het kwaliteitshandboek zijn de volgende: inleiding, een weergave van het kwaliteitsbeleid, een weergave van het kwaliteitsmanagementsysteem, een beschrijving van de zelfevaluatie.

Onder kwaliteitsbeleid wordt verstaan de formeel uitgedrukte intenties van de dienst met betrekking tot kwaliteit. Dit kwaliteitsbeleid bestaat uit een missie, een visie, doelstellingen en een strategie. Het legt de basis voor verdere formuleringen van kwaliteitsdoelstellingen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en het verder uitwerken van het hierboven genoemde kwaliteitsbeleid, het bepalen van kwaliteitsdoelstellingen en het bereiken van die doelstellingen. In het kwaliteitsmanagementsysteem zijn minimaal de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen opgenomen.

De zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de dienst. Door deze zelfevaluatie toont de dienst aan hoe ze haar kwaliteitsbeleid en –managementsysteem beheerst en verbetert. De minimaal op te nemen elementen in de zelfevaluatie zijn: hoe de dienst systematisch gegevens verzamelt en registreert, hoe de dienst deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren, welk tijdsplan de dienst opstelt om de doelstellingen te verwezenlijken, hoe en met welke frequentie de dienst evalueert of de doelstellingen werden behaald.

Naast het kwaliteitshandboek moet ook een kwaliteitsplanning en kwaliteitsjaarverslag worden opgemaakt en ter beschikking gesteld van het agentschap Zorg en Gezondheid (BVR van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers). De kwaliteitsplanning omvat een omschrijving van de activiteiten die zullen worden uitgevoerd om de doelstellingen, kwaliteitseisen en het kwaliteitssysteem te bepalen en te realiseren. Er is ook een beschrijving van de zelfevaluatie in opgenomen, alsook een beschrijving van het beleid omtrent minimale (milieubewuste) verplaatsingsafstanden voor het verzorgend personeel.

Het jaarverslag bevat een evaluatie van de kwaliteitsplanning van het afgelopen jaar, alle klachten en een evaluatie van het gevoerde beleid en de uitgevoerde initiatieven. Daarenboven worden ook enkele

gegevens over de gebruikersbijdrage opgenomen, zoals het aantal gebruikers voor wie een afwijking van de bijdrageschaal werd toegepast en de vermelding van eventuele wijkwerking.

### **Inhoudelijke kwaliteitsbepalingen**

De inhoudelijke bepalingen kunnen geclusterd worden in enkele thema's (BVR van 24 juli 2009).

Het aanbieden van zorg op maat van de cliënt wordt op verschillende wijzen verwoord. De hulp- en dienstverlening moet op een gebruikersgerichte wijze verleend worden en afgestemd zijn op de reële behoeften van de gebruikers. Daarbij zijn enkele belangrijke aspecten de persoonlijkheid van de gebruikers, hun gezondheidstoestand, hun ziektebeeld, de zelfzorg, hun normen en waarden en de inbreng van de directe omgeving en hun sociale context. Het aspect continuïteit van zorg sluit hierbij aan. Daarmee wordt bedoeld dat de dienst in staat moet zijn ook op het tijdspectrum de hulp- en dienstverlening zo te organiseren dat die beantwoordt aan de noden van de gebruiker.

Binnen het luik communicatie zijn er enkele "communicatielijnen" te onderscheiden. Enerzijds is de communicatie tussen de dienst en de cliënt. Er moet voldoende persoonlijk contact zijn waar bijvoorbeeld de intake zijn plaats in kent, maar ook tussentijdse evaluaties, een schriftelijke weerslag van taakafspraken, de mogelijkheden en beperkingen van de hulpverlening en de planning van de hulpverlening. Alle formele en informele worden hierbij op elkaar afgestemd. De dienst peilt daarnaast op systematische wijze naar de tevredenheid van de gebruikers. Dit is een onderdeel van de zelfevaluatie die reeds hierboven werd aangehaald. Anderzijds is ook communicatie bij de dienst intern ook van belang, waarbij er een goede overdracht van informatie moet gebeuren en goede interne afspraken moeten worden gemaakt.

Rond de competentie van de medewerkers van een dienst voor gezinszorg zijn ook heel wat bepalingen voorzien. Het is bijvoorbeeld nodig om op regelmatige tijdstippen bijscholing te voorzien die het personeel ondersteunt in het uitvoeren van de opdracht. (...)

Het besluit regelt dat de gebruiker zijn/haar klacht kan uiten. De gebruiker heeft daarbij de garantie dat de geuite klacht wordt geregistreerd en geanalyseerd, en dat de oorzaak van de klacht wordt onderzocht. In het jaarverslag wordt een overzicht van de geregistreerde klachten opgenomen.

## **2 Visie- en kaderteksten**

### **2.1 Een synthese van de visie en missie omtrent kwaliteit binnen DGAT.**

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben zijn stuk voor stuk uniek en hebben een eigen karakter, wat zich weerspiegelt in de visie en missie van de diensten. Om geen afbreuk te doen aan die diversiteit werd er in deze literatuurstudie gekozen om op basis van de visie en missie van een vijftal diensten gezinszorg een woordwolk te maken. De woordwolk geeft aan welke begrippen het meeste voorkomen in de documenten en dus belangrijk worden geacht door de diensten.



### 3 Methodisch materiaal

#### 3.1 Een synthese van methodisch materiaal binnen DGAT.

##### a) Kwaliteitsmodellen

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg bepalen zelf hoe ze hun kwaliteitsmodel opbouwen, of op welk bestaand kwaliteitsmodel zij hun werking willen enten. Hieronder volgt een inzicht in enkele modellen die door diensten gezinszorg worden gehanteerd in hun kwaliteitsbeleid.

##### **ISO-model:**

ISO (International Organization for Standardization) is 's werelds grootste ontwikkelaar van internationale normen. Internationale normen geven state-of-the-art specificaties voor producten, diensten en Best Practices. Daardoor wordt de industrie efficiënter en effectiever. De standaarden komen tot stand dankzij wereldwijde consensus, daarom helpen ze om barrières voor internationale handel weg te nemen.

De NEN-ISO-9001 norm is een internationaal erkende norm voor kwaliteitssystemen. In de norm staat aan welke eisen een kwaliteitssysteem minimaal moet voldoen om in aanmerking te komen voor een ISO-9001 certificaat.

De ISO-norm bevat zo'n 20 paragrafen waarin eisen beschreven staan aan bijvoorbeeld het systeem van taakafstemming en overleg. Maar ook over klachtenafhandeling, procesbeheersing, contractbeoordeling en capaciteitsplanning. De eisen komen er kort gezegd op neer dat een organisatie moet aantonen dat er duidelijke afspraken (lees procesbeschrijvingen) bestaan omtrent de wijze waarop de organisatie werkt. Tevens moet worden aangetoond dat men daadwerkelijk ook zo werkt.

De eisen van klanten vormen de input van het kwaliteitsmanagementsysteem van een organisatie. Deze eisen moeten resulteren in een product of dienst (output) dat de klant tevreden stelt. De organisatie moet ervoor zorgen dat door toepassing van een kwaliteitsmanagementsysteem een juiste vertaling van eisen naar door de klant gewaardeerde producten plaatsvindt. Bij het omzetten van eisen in producten probeert de organisatie klanttevredenheid te verhogen door de eigen effectiviteit en efficiëntie continu te verbeteren.

### **EFQM-model:**

Het EFQM-model (European Foundation for Quality Management) streeft naar "duurzame excellentie" en bevat 9 rubrieken die in een continu proces vervat zitten. De 9 rubrieken bevatten enerzijds vijf organisatiegebieden: leiderschap, personeelsmanagement, strategie, partnerschap en middelen en processen, producten en diensten. Anderzijds bevatten ze vier resultaatsgebieden: resultaten bij medewerkers, resultaten bij klanten, resultaten in de samenleving en business resultaten.

Aan het kwaliteitsmodel is ook een EFQM-assessment gekoppeld waardoor de dienst inzicht krijgt in zijn kwaliteitsvoering en verbeterpunten kan formuleren. Het assessment bevat vijf stappen:

1. Het vaststellen van de normen voor alle negen aandachtsgebieden
2. Het bepalen van de huidige kwaliteit van de bedrijfsvoering
3. Het formuleren en prioriteren van verbeteringen
4. Het vertalen en opnemen van verbeteringen in de verschillende (jaar)plannen
5. Het daadwerkelijk uitvoeren en bewaken van de verbeteracties

Met de assessment kan in vijf fasen bepaald worden waar een dienst zich bevindt in het kwaliteitstraject. De vijf fasen worden benoemd als activiteit georiënteerd, proces georiënteerd, systeem georiënteerd, keten georiënteerd en totale zorg voor kwaliteit.

Enkele voordelen van het EFQM-model die door diensten gezinszorg worden benoemd, zijn dat het alle aspecten van een organisatie behandelt en dat het model steeds in ontwikkeling is. Het is ook mogelijk om een label te halen en op die wijze kwaliteitsinspanningen te belonen.

### **Andere modellen:**

Naast de bestaande kwaliteitsmodellen, zijn er ook diensten gezinszorg die ervoor kiezen om zelf een model op te bouwen. Het voordeel hiervan dat door de diensten wordt aangehaald, is dat de dienst zo een model op maat kan voorzien en zich niet confirmeert aan externe normen en standaarden.

Tevens zijn de hierboven beschreven modellen de basis van heel wat andere kwaliteitsmodellen die in de diensten voor gezinszorg worden gebruikt, zoals het INK-model, CAF-model, Prose, etc.

#### b) Kwaliteitshandboek

De diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg hebben decretaal verplicht een kwaliteitshandboek (Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen,

17/10/2003). Elke dienst kan naast de verplicht op te nemen elementen, zelf toevoegingen doen en bepaalde zaken dieper uitwerken. Zowel een analoge als een digitale vorm zijn mogelijk. De decretaal vastgelegde elementen in het kwaliteitshandboek zijn de volgende: inleiding, een weergave van het kwaliteitsbeleid, een weergave van het kwaliteitsmanagementsysteem, een beschrijving van de zelfevaluatie. De volgende procedures moeten eveneens opgenomen worden: behandelen van gebruikersklachten, implementeren van kwaliteitsverbetering, bekendmaken van hulp- en dienstverleningsaanbod, bevorderen van deskundigheid, intake van gebruikers, uitvoeren, evalueren en bijsturen van het hulpverleningsplan, afsluiten van het hulpverleningsplan, beheersen van de documenten en gegevens van het kwaliteitssysteem (MB van 01/01/1999 inzake de kwaliteitszorg in de diensten voor gezinszorg).

Onder kwaliteitsbeleid wordt verstaan de formeel uitgedrukte intenties van de dienst met betrekking tot kwaliteit. Dit kwaliteitsbeleid bestaat uit een missie, een visie, doelstellingen en een strategie. Het legt de basis voor verdere formuleringen van kwaliteitsdoelstellingen.

Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en het verder uitwerken van het hierboven genoemde kwaliteitsbeleid, het bepalen van kwaliteitsdoelstellingen en het bereiken van die doelstellingen. In het kwaliteitsmanagementsysteem zijn minimaal de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen opgenomen.

De zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de dienst. Door deze zelfevaluatie toont de dienst aan hoe ze haar kwaliteitsbeleid en –managementsysteem beheerst en verbetert. De minimaal op te nemen elementen in de zelfevaluatie zijn: hoe de dienst systematisch gegevens verzamelt en registreert, hoe de dienst deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren, welk tijdsplan de dienst opstelt om de doelstellingen te verwezenlijken, hoe en met welke frequentie de dienst evalueert of de doelstellingen werden behaald.

#### c) Methodieken

Door de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg worden een breed scala aan methodieken gebruikt waarmee kwaliteitsbeleid wordt toegepast in de praktijk en wordt opgevolgd. Methodieken kunnen zowel beleidsgericht zijn, als procedures voor specifieke situaties of voorvallen, zelfevaluatie, tevredenheidspeilingen, , e.d.

### **Procedures**

Procedures zijn een op schrift gesteld gestelde weergave van afspraken en instructies voor 1 of meerdere groepen van medewerkers bij de uitvoering van aspecten van hun opdracht. Een voorbeeld is een procedure rond grensoverschrijdend gedrag van medewerkers ten aanzien van cliënten. In de procedure kan een referentiekader opgenomen zijn waarin de missie en waarden van de dienst ten opzichte van het onderwerp worden geschetst. Daarnaast worden de doelstelling, het toepassingsgebied, eventueel indicatoren, de terminologie, de verantwoordelijken en verwante documenten bij de procedure opgenomen. Daarna wordt de werkwijze uiteengezet die is opgesplitst in drie delen: preventie, detectie en gepast reageren op grensoverschrijdend gedrag. Als laatste wordt het verloop van de procedure nog eens schematisch voorgesteld.

Rond het behandelen van klachten door cliënten, is in elke dienst voor gezinszorg een procedure uitgewerkt (bijlage 5a). Daarin wordt de term “klacht” duidelijk afgelijnd met een definitie. De verschillende verantwoordelijken die een rol hebben in de procedure en klachtbehandeling worden opgesomd en hun specifieke taken uitgelegd. De werkwijze wordt geëxpliciteerd, alsook de wijze van



registratie, opvolging van het totale aantal klachten en de aard van klachten, verder wordt ook een standaardformulier voorzien dat in te vullen is per klacht die wordt behandeld.

### **Zelfevaluatie**

De zelfevaluatie is decretaal verplicht vanuit het Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Diensten gezinszorg vullen zelf in hoe ze deze zelfevaluatie uitvoeren. De diensten moeten minimaal aantonen hoe men op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van zorg, hoe ze die gegevens aanwenden om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren, welk stappenplan ze opstellen om die doelstellingen te bereiken, hoe en met welke frequentie ze evalueren of de doelstellingen bereikt zijn en welke stappen ze ondernemen indien een doelstelling niet bereikt is.

Een dienst ontwikkelde een zelfevaluatiescan op basis van het EFQM-kwaliteitsmodel (bijlage 5b). Gespreid over 4 jaar wordt in elke regio de scan afgenomen. Verantwoordelijken, coördinatoren en diensthoofden maken een doorlichting van de organisatie in hun werkingsgebied. Dit helpt hen de impact van strategische keuzes en beslissingen op regionaal niveau in kaart te brengen en geeft de mogelijkheid meer gerichte acties te ondernemen in bepaalde regio's. Grotere diensten bundelen nadien de resultaten nationaal voor analyse op het globale beleidsniveau.

Een ander voorbeeld is zelfevaluatie via balanced scorecards. De balanced scorecard (BSC) geeft een overzicht van de prestaties van een organisatie. Het kan vergeleken worden met een 'cockpit' van een vliegtuig (waarbij piloten in één oogopslag informatie krijgen over de hoogte, snelheid, brandstofverbruik en vele andere zaken die nodig zijn om het vliegtuig te besturen). De BSC stelt dan de cockpit van dienst gezinszorg voor: het BSC-instrument biedt essentiële informatie/meetresultaten van een organisatie. De BSC van deze dienst bestaat uit een reeks kritische succesfactoren, sleutelprocessen, prestatie-indicatoren en meetpunten.

Nog een andere dienst gaat aan de slag met werkfiches per aandachtsgebied of per proces. Elke fiche behoort tot een "blok": management, middelen, dienstverlening, meten en verbeteren en kwaliteitsmanagementsysteem. Bij elke werkfiche horen verschillende te beantwoorden vragen. De processen worden geëvalueerd aan de hand van de PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act).

### **Tevredenheidspeiling**

Elke dienst gezinszorg is decretaal verplicht om minstens tweemaal per jaar een "gebruikerstevredenheidsmeting" uit te voeren (Besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (bijlage 1, Hoofdstuk III Specifieke erkenningsvoorwaarden, Artikel 4, A, 17°).

Veel diensten hebben veelal, door externe deskundigen ondersteund, hun eigen tevredenheidspeiling ontwikkeld. Er zijn uiteraard veel gemeenschappelijke thema's die door de meeste diensten worden bevestigd. Enkele voorbeelden daarvan zijn: tevredenheid over de taakuitvoering door de hulpverleners, de samenwerking tussen verschillende hulpverleners, de hoeveelheid hulp, het verwittigen bij wijziging in de planning, de telefonische bereikbaarheid van de dienst, de houding van de verzorgende (bijvoorbeeld respectvol, beleefd, discreet), het tijdstip van zorg, de regelmaat van zorg, het nakomen van afspraken, de transparantie in de factuur, etc.

Decretaal bepaald steunt het kwaliteitsbeleid op de deelname van alle medewerkers en streeft het naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de voorziening en de samenleving. Veel diensten peilen dan ook naar de tevredenheid van medewerkers.

In de tevredenheidspeiling voor de medewerkers van de diensten komen eveneens gemeenschappelijke thema's terug. Enkele voorbeelden zijn: sfeer en teamgevoel, inspraak en communicatie, gevoel van waardering, contacten in de organisatie, autonomie, mentale en fysieke belasting, het evenwicht tussen werk en privé, betekenisvolle job inhoud, veiligheid op het werk, ondersteuning door collega's en verantwoordelijke, etc.

De tevredenheidspeilingen maken deel uit van de kwaliteitsplanning van de diensten en dragen bij tot de evaluatie van beoogde doelstellingen en kwaliteitseisen en zijn aanzetten om kritische punten op een systematische wijze aan te pakken. (bijlage 5c)

## **Andere**

De hierboven uitgelichte voorbeelden zijn slechts een greep uit alle instrumenten die door de verschillende diensten gezinszorg zijn ontwikkeld. Daarnaast zijn er nog tal van andere methoden die de diensten gebruiken om hun kwaliteitsbeleid toe te passen in de praktijk. Voorbeelden zijn intervisiemomenten, een online kwaliteitshandboek, interne en externe kwaliteitsaudits, ...

## **4 Rapportering**

### **4.1 Een synthese van rapporten en verslagen m.b.t. kwaliteit binnen DGAT.**

#### a) Kwaliteitsjaarverslag

Elke dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg maakt decretaal verplicht jaarlijks een kwaliteitsjaarverslag op. In dat verslag komen de registratiegegevens van de dienst, alsook de een evaluatie van de kwaliteitsplanning die in de volgende paragraaf aan bod komt. De registratiegegevens "vermelden onderwerp, doel, vorm, frequentie, intensiteit van de activiteiten en de bereikte doelgroep". Het kwaliteitsjaarverslag moet elk jaar ter beschikking worden gesteld van het agentschap.

#### b) Kwaliteitsplanning

In de kwaliteitsplanning staat een omschrijving opgenomen van de "activiteiten die worden ontplooid om de doelstellingen, de kwaliteitseisen en het kwaliteitssysteem te bepalen en te realiseren". Daarnaast is ook de zelfevaluatie opgenomen in de kwaliteitsplanning (zie hoofdstuk 1).

#### c) Concrete voorbeelden

De methodieken hierboven beschreven kennen ook elk hun rapportering. Na een zelfevaluatie of tevredenheidspeiling wordt een rapport opgemaakt waaruit de resultaten blijken. Ook worden aan die resultaten conclusies verbonden en daarbij aansluitend verbeterpunten of -acties beschreven. In de brede betekenis is ook het kwaliteitshandboek een rapportering van de kwaliteitszorg van een dienst voor gezinszorg.

## **5 Enquêtes**

Zie deel 3 + voorbeelden opgenomen in bijlage 5c.

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 1 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

## 4. PROCEDURES

---

### 4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten

#### 4.1.1 Doelstellingen

- cliënten informeren over de mogelijkheid om klachten te uiten en over de wijze van opvolging van deze klachten.
- behandelen van klachten op een cliëntgerichte en doeltreffende manier.
- garanderen van feedback op de klacht aan de cliënt.
- de basis leggen voor preventieve en corrigerende maatregelen.
- de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening verhogen.

#### 4.1.2 Toepassingsgebied

Alle gemelde ontevredenheden en klachten van cliënten en mantelzorgers m.b.t. de hulp- en dienstverlening.

#### 4.1.3 Termen en definities

##### Klacht :

Elk contact dat de cliënt of mantelzorger uit ontevredenheid over de concrete, aan hem geleverde hulp- en dienstverlening neemt met de zorgmanager, nadat

- 1) deze ontevredenheid door de cliënt of mantelzorger eerst besproken werd met de regioverantwoordelijke / coördinator en/of met de zorgcoach van de betrokken regio en
- 2) hieraan voor de cliënt of mantelzorger geen bevredigend gevolg werd gegeven.

Een ontevredenheid, indien bevredigend behandeld door de regioverantwoordelijke/ coördinator of een zorgcoach, wordt dus geen klacht genoemd in het kader van deze procedure.

We spreken ook van een klacht indien:

- 3) de ontevredenheid betrekking heeft op de algemene werking van de dienst of op structurele aspecten van de dienstverlening,
- 4) of indien het een situatie van grensoverschrijdend of ernstig ontoelaatbaar gedrag van een werknemer van Landelijke Thuiszorg betreft.

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 2 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

#### 4.1.4 Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

- De regioverantwoordelijke / coördinator overhandigt een schriftelijke weergave van de mogelijkheden om klachten te uiten en van de wijze van opvolging van klachten aan de cliënt bij de intake. Hij/zij is ook eerste aanspreekpunt in het geval van ontevredenheid over de hulp- en dienstverlening.
- De zorgcoach van de betrokken regio is het volgende aanspreekpunt. De coach gaat telefonisch in dialoog met de cliënt om een oplossing te zoeken. Indien de ontevredenheid als klacht kan gecategoriseerd worden (zie boven) dan wordt doorverwezen naar de zorgmanager.
- De zorgmanager behandelt klachten.
- De kwaliteitscoördinator verwerkt de klachten in het kwaliteitsjaarverslag.
- Het managementoverleg beslist tot algemene corrigerende en preventieve maatregelen.

#### 4.1.5 Verwante documenten en hulpmiddelen

- cliëntenbrochure / zorgmap
- klachtenformulier
- klachtendossier
- kwaliteitsjaarverslag
- Excel-registratielijst voor ontevredenheden

#### 4.1.6 Werkwijze

- Elke ontevredenheid over de hulp- en dienstverlening wordt door de cliënt of mantelzorgers in de eerste plaats besproken met de regioverantwoordelijke / coördinator. Indien deze bespreking niet leidt tot een bevredigende oplossing voor de cliënt, wordt doorverwezen naar de zorgcoach van de betrokken regio.
- Indien de zorgcoach van de betrokken regio op dat moment niet aanwezig is, neemt deze bij voorkeur dezelfde dag maar minstens binnen de week contact op. Indien een zorgcoach langer dan een week afwezig is, wordt er vervanging voorzien.
- De zorgcoach gaat na of de ontevredenheid besproken is met de regioverantwoordelijke / coördinator.
  - *Indien dit niet het geval is, verwijst hij/zij de cliënt of mantelzorgers voor bespreking naar de regioverantwoordelijke / coördinator, tenzij de cliënt dit weigert.*

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 3 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

- *Indien dit wel gebeurd is of indien de cliënt weigert de situatie te bespreken met de regioverantwoordelijke/ coördinator, be vraagt de coach de ontevredenheid bij de cliënt.*
- Indien 1) de ontevredenheid betrekking heeft op de algemene werking van de dienst of 2) eerder betrekking heeft op structurele aspecten van de dienstverlening, of 3) indien het een situatie van grensoverschrijdend of ernstig ontoelaatbaar gedrag van een werknemer van Landelijke Thuiszorg betreft, dan verwijst de zorgcoach door naar de zorgmanager. In deze gevallen spreken we van een **klacht**.
- In de andere gevallen (bijvoorbeeld ontevredenheid met concreet aanbod, met de werkwijze van een bepaalde RV/coördinator, met de aangerekende eigen bijdrage,...) formuleert de coach zelf een antwoord en registreert de ontevredenheid plus het geformuleerde antwoord in het daartoe bestemde Excel-bestand.
- Maandelijks wordt deze Excel-registratielijst besproken op het coachoverleg. Indien een bepaalde ontevredenheid herhaaldelijk terugkomt (bijvoorbeeld over een tekort aan aanbod) dan wordt dit ook aan de zorgmanager gemeld tijdens het coachoverleg, of voordien indien de aard van de ontevredenheid dit vereist. Deze beslist of een snelle respons nodig is (en neemt in dat geval de gepaste acties) of dat de samenkomst van de kwaliteitsstuurgroep en/of het managementoverleg kan afgewacht worden voor verdere opvolging.
- Wanneer het door de zorgcoach geformuleerde antwoord voor de cliënt of mantelzorger onbevredigend is (lees: de cliënt kan zich niet vinden in het geformuleerde antwoord) wordt eveneens over een **klacht** gesproken. Bij een klacht speelt de zorgcoach de benodigde informatie aan de zorgmanager door.
- Indien een cliënt rechtstreeks contact opneemt met de zorgmanager, gaat de zorgmanager na of het een klacht betreft. Indien dit niet het geval is wordt doorverwezen naar de betrokken zorgcoach, die de ontevredenheid be vraagt en registreert. Indien het wel een klacht betreft, handelt de zorgmanager volgens **onderstaande klachtenprocedure**:

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 4 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

## De klachtenprocedure:

- De zorgmanager neemt binnen de week contact op met de betrokken cliënt. Hij/zij registreert de klacht op het klachtenformulier en opent hiermee een klachtendossier.
- De zorgmanager onderzoekt de klacht
  - contact met de betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / betrokken zorgcoach.
  - analyse van de klacht op feiten en omstandigheden.
  - analyse van de mogelijke oorzaken.
- De zorgmanager doet voorstel tot afhandeling klacht aan de betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / betrokken zorgcoach.  
De betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach gaat al dan niet akkoord met dit voorstel.
- De zorgmanager beslist tot afhandeling klacht ten laatste 1 maand na eerste contact
  - via aangetekend schrijven aan de cliënt of mantelzorger met mogelijkheid tot reactie binnen 2 weken.
  - kopie hiervan aan de betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / betrokken zorgcoach.
- Eventuele reactie van de cliënt of mantelzorger op de afhandeling van de klacht wordt door de zorgmanager geregistreerd en medegedeeld aan de betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / betrokken zorgcoach. Indien de cliënt of mantelzorger niet tevreden is, wordt de directeur zorg op de hoogte gebracht en in overleg wordt bekeken welke maatregelen er kunnen genomen worden. De cliënt of mantelzorger wordt schriftelijk op de hoogte gebracht van eventuele bijkomende maatregelen m.b.t. de klacht met opnieuw de mogelijkheid tot reactie binnen de 2 weken.
- Indien de cliënt of mantelzorger ontevreden blijft, wordt de cliënt of mantelzorger gewezen op de mogelijkheid om klacht in te dienen bij het Agentschap Zorg en Gezondheid, via de Woonzorglijn: 02/533 75 00 – [woonzorglijn@zorg-en-gezondheid.be](mailto:woonzorglijn@zorg-en-gezondheid.be) – [www.woonzorglijn.be](http://www.woonzorglijn.be)  
In de cliëntbrochure en zorgmap wordt duidelijk vermeld dat de cliënt steeds de mogelijkheid heeft van een klacht in te dienen bij het Agentschap, zelfs al werd de klacht niet naar ons geformuleerd.
- De zorgmanager doet al dan niet voorstel aan het directiecomité tot algemeen corrigerende en / of preventieve maatregelen
  - n.a.v. deze klacht
  - algemeen t.a.v. deze tekortkoming.
- Klachtendossier wordt afgesloten ten laatste 3 maanden na 1<sup>ste</sup> contact cliënt door de zorgmanager.

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 5 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

- Kwaliteitscoördinator verwerkt de klachten in het kwaliteitsjaarverslag.
- Directiecomité doet voorstel tot algemeen corrigerende en/of preventieve maatregelen.
- De voorstellen tot algemeen corrigerende en/of preventieve maatregelen worden op werkvergadering/administratievergadering besproken.
- Directiecomité beslist tot algemeen corrigerende en/of preventieve maatregelen.
- De klachtenprocedure staat beschreven in de cliëntenbrochure / zorgmap en wordt door de regioverantwoordelijke / coördinator bij de intake aan de cliënt overhandigd.

### **Praktische aanvulling**

- Bij afwezigheid of onbereikbaarheid van de zorgcoach van de betrokken regio komt de ontevredenheid op het secretariaat binnen. Daar wordt enkel naam en telefoonnummer van de cliënt of mantelzorger genoteerd en beloofd dat er binnen de week contact wordt opgenomen door de zorgcoach uit de betrokken regio.
- De klachtenprocedure wordt bekendgemaakt in de cliëntenbrochure / zorgmap.

Start procedure - Herzieningen	Eigenaars	verantwoordelijke	Goedkeuring
Versie 4	Manager Zorg	Manager Zorg	
Versie 5 (enkel opfrissing lay-out en termen - Q-coördinator ipv – manager - MO ipv DO	Manager Zorg	Manager zorg	MO nov/2014
Versie 6 Toevoeging rol van de zorgcoach Aanpassing adres Agenschap Zorg en Gezondheid	Manager Zorg	Manager zorg	MO nov/2015
Versie 7 Aanpassing gegevens woonzorglijn	Manager Zorg	Manager zorg	Mei 2018

<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 6 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

## KLACHTENFORMULIER (in te vullen door zorgmanager)

Nummer :

Datum : ...../...../.....

<b>1. Cliënt</b>	
Naam :	Telefoon :
Adres :	Dossiernummer cliënt :
Contactpersoon, andere dan cliënt :	

<b>2. Beschrijving van klacht</b>
Beschrijving :

<b>3. Onderzoek van klacht</b>	
Contact met ..... (betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach)	Datum : ...../...../.....
Analyse feiten en omstandigheden :	
Analyse mogelijk oorzaken	

<b>4. Voorstel afhandeling</b>	
Contact met ..... (betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach)	Datum : ...../...../.....
<b>Akkoord / niet akkoord</b>	

<b>5. Beslissing afhandeling</b>	
Beslissing :	
Schriftelijke mededeling aan cliënt / mantelzorg	Datum : ...../...../.....
Kopie aan ..... (betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach)	



<b>landelijke thuiszorg</b>	4. Procedures	Versie 7	Pagina 7 van 7
	4.1 Procedure voor het behandelen van gebruikersklachten	Mei 2018	

**6. Reactie cliënt**

Reactie :

Info aan .....  
(betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach

Datum : ...../...../.....

**7. Overleg met directeur zorg****8. Schriftelijke mededeling aan cliënt / mantelzorger****9. Reactie cliënt**

Reactie :

Info aan .....  
(betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach

Datum : ...../...../.....

**10. Doorverwijzen naar Agentschap voor Zorg en Gezondheid, woonzorglijn 02/533 75 00**

Datum : ...../...../.....

**11. Voorstellen algemeen corrigerende en/of preventieve maatregel**

Voorstellen :

N.a.v. deze klacht

Datum : ...../...../.....

Algemeen t.a.v. deze tekortkoming

Datum : ...../...../.....

Info aan .....  
(betrokken regioverantwoordelijke / coördinator / zorgcoach)

Datum : ...../...../.....

Overleg directiecomitéoverleg

Datum : ...../...../.....

**12. Afsluiten klachtendossier**

Datum : ...../...../.....

## 4. PROCEDURES

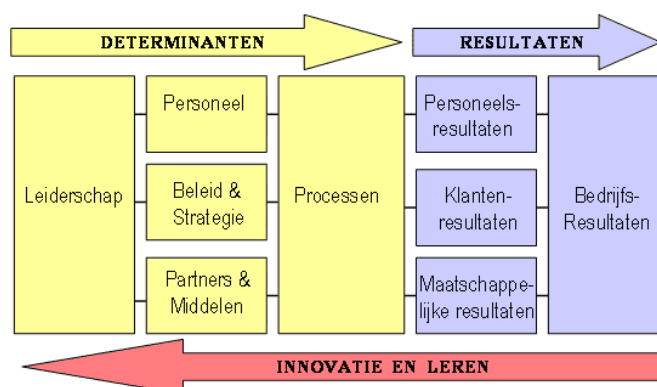
### 4.10 Zelfevaluatie

#### Doel

- Het systematisch evalueren van de processen, structuren en resultaten van de dienst.
- Via zelfevaluatie aantonen hoe de processen, structuren en resultaten worden bewaakt, beheerst en voortdurend verbeterd.

#### EFQM en Balanced Scorecard als basis van zelfevaluatie

Als instrument voor zelfevaluatie gebruikt thuiszorg vleminkveld de 'Balanced Scorecard'. Via dit instrument ziet men in één oogopslag hoe thuiszorg vleminkveld functioneert op het vlak van: medewerkers, cliënten, aanbod, partners, beleid, strategie en financiën. Deze domeinen zijn gebaseerd op de 9 criteria van het EFQM-model (leiderschap, personeel, beleid en strategie, partners en middelen, processen, personeelsresultaten, klantenresultaten, maatschappelijke resultaten, bedrijfsresultaten).



Het EFQM-model kan gezien worden als een raamwerk om de vooruitgang in excellentie (uitmuntendheid) van de organisatie te meten. De elementen van het raamwerk zijn terug te vinden in de Balanced Scorecard van thuiszorg vleminkveld.

De BSC geeft een overzicht van de prestaties van een organisatie. Het kan vergeleken worden met een 'cockpit' van een vliegtuig (waarbij piloten in één oogopslag informatie krijgen over de hoogte, snelheid, brandstofverbruik en vele andere zaken die nodig zijn om het vliegtuig te besturen). De BSC stelt dan de cockpit van thuiszorg vleminkveld voor: het BSC-instrument biedt essentiële informatie/meetresultaten van een organisatie. De BSC van thuiszorg vleminkveld bestaat uit een reeks kritische succesfactoren, sleutelprocessen, prestatie-indicatoren en meetpunten.

Kritische succesfactoren	Sleutelprocessen	Prestatie-indicatoren	Meetresultaten
= De essentiële elementen die zorgen voor de <u>levensvatbaarheid</u> (voortbestaan) van de organisatie	= De <u>processen</u> die nodig zijn om de kritische succesfactoren te realiseren	= De <u>voorgestelde cijfers of percentages</u> om de kritische succesfactoren te realiseren	= De <u>effectief gerealiseerde cijfers of percentages</u> (het resultaat)

Een overzicht van de BSC van thuiszorg vleminkveld (excl. meetresultaten): zie volgende pagina



	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
M E D E W E R K E R S	Competente medewerkers	heeft een goede <b>aanwervingsprocedure</b>	6 maanden na aanwerving is gemiddeld nog 80% van de medewerkers in dienst			
		biedt een goede <b>introductie</b> aan	elke nieuwe verzorgende en thuishelpster krijgt een peter of meter toegewezen			
		biedt <b>directe coaching</b> aan	elke nieuwe thuishelpster heeft minstens 2 coachingsmomenten op de werkvloer			
		zet in op <b>talenten</b> van de medewerkers	elke nieuwe verzorgende en thuishelpster heeft een pitstop met de regioverantwoordelijke (RV) na 2 maanden (excl. ex-stagiaires van de betreffende regio)			
		organiseert voor iedereen <b>vorming</b>	elke nieuwe verzorgende en thuishelpster heeft een pitstop met de RV na 5 maanden			
	Flexibele medewerkers	kan zijn personeel <b>flexibel</b> inzetten	de verhouding van het aantal korte hulpbeurten (<4 uur/keer) t.o.v. het totaal aantal hulpbeurten, stijgt jaarlijks met minimum 3%punt (excl. thuisblijf en flex)	elke verzorgende en thuishelpster heeft jaarlijks 1 pitstopgesprek (min. 95%) per jaar zijn er minimum 15 wijkwerkingen per regio		
			de verhouding van het aantal cliënturen tussen 16u30 en 8u30 t.o.v. het totaal aantal cliënturen, stijgt jaarlijks met minimum 1%punt	per jaar zijn er minimum 8 PIB-vergaderingen (Personeel In Beweging)		
			de verhouding van het aantal cliënturen tussen 16u30 en 8u30 t.o.v. het totaal aantal cliënturen, stijgt jaarlijks met minimum 1%punt	de talenten van alle medewerkers zijn in kaart gebracht		
	Tevreden medewerkers	haalt een goede score op het <b>tevredenheidsonderzoek</b>	minimum 95% van de medewerkers zegt dat 'thuiszorg vleminkveld een heel goede organisatie is om voor te werken' (n.a.v. 2-jaarlijks tevredenheidsonderzoek)	er zijn minimum 2 acties per jaar i.v.m. talent (op organisatie-niveau)		
		<b>betrekt</b> alle medewerkers zoveel mogelijk	minimum 90% van de medewerkers is tevreden over de items i.v.m. betrokkenheid (n.a.v. 2-jaarlijks tevredenheidsonderzoek)	per jaar en per VTE wordt er minimum 23 uur bijscholing georganiseerd, zowel voor thuishelpsters als verzorgenden		
		Speelt in op wensen i.v.m. <b>work-life balance</b>	minimum 90% van de medewerkers is tevreden over de work-life balance (n.a.v. 2-jaarlijks tevredenheidsonderzoek)	elke bediende volgt minstens 1 vorming per jaar		
		heeft een <b>actief diversiteitsbeleid</b>	er zijn minimum 2 acties per jaar i.v.m. diversiteit (op organisatie-niveau)			
Stabiel personeelsbestand	heeft een <b>laag verloop</b> van medewerkers	jaarlijks gaat maximum 10% van de medewerkers uit dienst				
	heeft een <b>gezonde leeftijds</b> piramide	de gemiddelde leeftijd van de medewerkers stijgt jaarlijks niet meer dan 3/4 <sup>de</sup> jaar				
	<b>streeft duurzame tewerkstelling</b> na	1/4 <sup>de</sup> van de aangeworven medewerkers is jonger dan 30 jaar				
	heeft een <b>laag absentie</b> me	minimum 95% van de medewerkers heeft een contract voor onbepaalde duur				
	leidt toe vanuit de <b>opleiding tot verzorgende</b>	maximum 6% absentie				
C L I E N T E N	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
				Tevreden cliënten	heeft een kwaliteitsvolle dienstverlening	minimum 95% van de cliënten is tevreden (n.a.v. 2-jaarlijks tevredenheidsonderzoek)
	Zorgbehoevend en sociaal kwetsbaar	heeft een <b>doelgroepgericht aanbod</b>	maximum 2% van de geholpen cliënten zet de hulp stop uit ontevredenheid			
			maximum 0,5% van de cliënten formuleert een klacht op directieniveau			
			jaarlijks wordt minimum 90% van de cliëntdossiers herzien			
			de gemiddelde BEL-score van gezinszorgcliënten is niet lager dan 25			
			de gemiddelde BEL-score van thuisblijfcliënten is niet lager dan 13			
			tussen 15% en 25% van de cliënten behoort tot een bijzondere doelgroep			
A A N B O D	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
				Laagdrempelig	is herkenbaar en geeft duidelijke info over ons aanbod	minimum 1x per jaar is er een algemene communicatie naar onze cliënten over ons aanbod
				Aanbod aangepast aan maatschappelijk noden	streeft sociale tarifiering na	minimum 95% van de cliënten is tevreden over de telefonische bereikbaarheid
P A R T N E R S	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
				Cliëntgericht netwerk van doorverwijzers en partners	doet aan gerichte PR en marketing	minimum 90% van de cliënten betaalt een inkomensgerelateerde prijs
				heeft <b>actieve samenwerkingsverbanden</b>	doet aan <b>marktonderzoek</b>	2-jaarlijks is er een behoeftepeiling bij cliënten en/of doorverwijzers
B S E T E R A I D E G E I N E	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
				Visie/missie/waarden congruent met onze werking en vice versa	heeft een <b>flexibel aanbod</b>	de groei van het aantal cliënten is groter dan de groei van het aantal gepresteerde cliënturen
				Doelstellingen hebben	ontwikkelt nieuwe initiatieven	er is minimum 1 nieuw initiatief per 2 jaar
F I N A N C I E L	Kritische Succesfactoren	Sleutelprocessen (thuiszorg vleminkveld...)	Prestatie-indicatoren			
				Geen verlies maken	onderhoudt een <b>netwerk met lokale spelers</b>	elke RV heeft in zijn regio per jaar minimum 5 persoonlijke contacten met lokale spelers
				Toename van de omzet	de Raad van Bestuur evalueert 2-jaarlijks de actualiteitswaarde van de visie/missie/waarden	we ondernemen minimum 2 keer per jaar een PR-actie naar de 10 belangrijkste doorverwijzers
		toetst beslissingen aan de missie/visie/waarden	we hebben een overzicht van belangrijke doorverwijzers per kwartaal			
		gebruikt de <b>BSC actief</b>	we hebben concrete afspraken met samenwerkingspartners en volgen de samenwerking op			
		heeft <b>lange termijn</b> doelstellingen	we breiden ons netwerk van samenwerkingsverbanden uit met minimum 1 extra samenwerkingspartner per jaar			
		heeft <b>jaardoel</b> stellingen	elke RV heeft in zijn regio per jaar minimum 5 persoonlijke contacten met lokale spelers			
		meet, volgt op, deelt en stuurt de resultaten bij	we doen dit			
			we doen dit			
			de BSC wordt minimum 2x per jaar ingevuld en besproken			
			de te behalen resultaten per lange termijn doelstelling zijn bepaald			
			de te behalen resultaten per jaardoelstelling zijn bepaald			
			we bespreken minimum 9 x per jaar de ken- en stuurgetallen			
			we realiseren minimum 80% van de jaardoelstellingen			
			er is een positieve evolutie in de realisatie van de vooropgestelde lange termijn doelstellingen			
			we doen dit			
			maximum 30% van de jaarlijkse kosten zijn kosten voor omkaderend personeel en werkingskosten			
			we doen een analytische budgetopvolging per kwartaal			
			het gecumuleerd kwartaalresultaat wijkt maximum 10% (in negatieve zin) af van het gebudgetteerde			
			de toename van het aantal cliënten volgt de groei van toegewezen middelen			
			we vullen minimum 95% en maximum 100% van de toegewezen middelen in			
			we doen minimum 1 x per jaar een extra subsidieaanvraag			



### **Ontwikkeling van de BSC en input van de meetresultaten**

De kritische succesfactoren, de sleutelprocessen en de prestatie-indicatoren werden bepaald in samenspraak met alle interne medewerkers en de Raad van Bestuur van thuiszorg vleminkveld (2008-2009).

De directie en de kwaliteitscoördinator zijn de eindverantwoordelijken voor de input van de meetresultaten in de BSC. Deze meetresultaten komen uit de registratiegegevens over:

- Personeel: vorming, coaching, introductie, aanwerving, tevredenheid, verloop, absentieïsme,...
- Cliënten: tevredenheid, klachten, BEL-score, redenen zorg,...
- Aanbod: bereikbaarheid, tarifiëring, communicatie over het aanbod,...
- Partners: samenwerkingsovereenkomsten, database van doorverwijzers, netwerkoeverleg,...
- Beleid en strategie: jaardoelstellingen, visie/missie,...
- Financiën: overhead-kosten, budgettering, invulling contingent, subsidieaanvragen,...

De registratie van de gegevens (nodig om de BSC in te vullen) gebeurt op systematische wijze door de interne medewerkers van thuiszorg vleminkveld. De registratie gebeurt in diverse computerbestanden die terug te vinden zijn in het gezamenlijk computerklassement.

### **Evaluatie van de gegevens in de BSC**

De meetresultaten die in de BSC werden ingevuld (door directie en kwaliteitscoördinator) worden op systematische wijze geëvalueerd, namelijk halfjaarlijks.

De evaluatie gebeurt door de interne medewerkers van thuiszorg vleminkveld en de Raad van Bestuur. Deze evaluatie kan gebeuren tijdens een teamoverleg of tijdens een apart moment (bv.: een 1- of 2-daagse op een externe locatie). De kwaliteitscoördinator bereidt deze evaluatie voor. Hij maakt een duidelijk overzicht van de resultaten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van kleuren:

- Groene kleur: de kritische succesfactor werd gerealiseerd (alle prestatie-indicatoren van de sleutelprocessen werden behaald)
- Oranje kleur: de kritische succesfactor werd gedeeltelijk gerealiseerd
- Rode kleur: de kritische succesfactor werd niet gerealiseerd

### **Verbeteracties**

De nodige stappen worden ondernemen voor alle prestatie-indicatoren die niet werden behaald (oranje en rode kleuren). Voor dergelijke verbeterpunten wordt een stappenplan met tijdsplan opgesteld. De directie en de kwaliteitscoördinator zijn verantwoordelijk voor de opvolging en bijsturing van de verbeteracties.

De verbeteracties worden tevens opgenomen in de kwaliteitsplanning.

### **Gehanteerde documenten in deze procedure**

- Balanced Scorecard: detail en overzicht
- Computerbestanden in het klassement
- Jaardoelstellingen: overzicht
- Kwaliteitsjaarverslag
- Kwaliteitsplanning
- Algemeen jaarverslag

## Tevredenheidsmeting medewerkers

Beste medewerker,

Om onze werking te kunnen evalueren en eventueel verbeteringen aan te brengen naar de toekomst toe, willen wij u vragen dit formulier zorgvuldig in te vullen en aan ons terug te bezorgen voor 31 mei 2018.

### Leeftijd (aanduiden wat van toepassing is):

- < 35 jaar
- 35 - 45 jaar
- > 45 jaar
- > 55 jaar

### Mijn functie is (aanduiden wat van toepassing is):

- begeleidend personeelslid
- administratief bediende
- verzorgende
- poetshulp/klusjeshulp logistieke hulp
- poetshulp dienstencheques

### 1. Bent u algemeen tevreden over SOWEL vzw als werkgever?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee
-----------------------------	------------------------------

### 2. Bent u trots op SOWEL vzw als uw werkgever?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee
-----------------------------	------------------------------

Indien nee, wat kan SOWEL vzw doen om dit te verbeteren?

.....

### 3. Bent u bekend met de missie, visie en waarden van SOWEL vzw?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nee
-----------------------------	------------------------------

Indien nee, hoe kunnen we u beter bekend maken met onze missie, visie en waarden?

.....

### 4. Ondervindt u een mentale en/of lichamelijke belasting tijdens het uitvoeren van uw opdracht?

	Geen belasting	Enige belasting	Zware belasting	Zeer zware belasting
Mentaal				
Lichamelijk				

In welke mate bent u tevreden over:	😊			☹️
	Zeer tevreden	Tevreden	Ontevreden	Zeer ontevreden
Uw functie bij SOWEL vzw				
De uitdaging in de inhoud van uw opdracht				
De verantwoordelijkheid die u mag opnemen tijdens uw opdracht				
Het individueel functioneringsgesprek met uw verantwoordelijke				
De mate waarin uw verantwoordelijke rekening houdt met uw vragen en verwachtingen				
Het evenwicht tussen werk en privé				
Uw woon-werk verplaatsingstijd				
Uw verplaatsingstijd tussen klanten				
Uw verloning				

### 5. Bent u tevreden met het aantal aangeboden vormen/bijscholingen?

Ja, ik ben tevreden / Nee, ik ben niet tevreden

0 te veel vorming

0 te weinig vorming

Hoeveel vorming/bijbscholing extra gewenst:.....

### 6. Enkel in te vullen door de verzorgenden:

**Bent u tevreden over het aantal wijkwerkingen?**

ja

nee : 0 te veel

0 te weinig

### 7. Algemeen:

Heeft u nog opmerkingen bij één van deze vragen of algemeen?

.....  
 .....

U dient geen naam in te vullen, zo blijven uw antwoorden volledig anoniem. Indien u echter wenst dat uw problemen persoonlijk worden bekeken, kan u onderaan de brief vermelding maken van uw naam.

NAAM .....

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.

## **Bijlage 6 Sectorspecifieke literatuurstudie DMW**

## 1 Regelgevend kader

### 1.1 Een synthese van de sectorspecifieke literatuur omtrent kwaliteit binnen DMW.

#### Woonzorgdecreet

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1017896&param=inhoud>

Het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. Het kwam in de plaats van zowel het thuiszorgdecreet van 1998 als het ouderendecreet van 1985.

In dat decreet worden bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg gecombineerd. Het decreet heeft 3 prioritaire doelstellingen:

- Zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten;
- De regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen, met als doel de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen;
- De kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehovende.

bron: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet-en-uitvoeringsbesluiten-thuiszorg>

opgelet:

We zitten momenteel in een transitieperiode. Er is een nieuw woonzorgdecreet in de maak. Aanvullen met de ontwerp teksten van het nieuwe woonzorgdecreet. Inzoemen op de werkingsprincipes die van toepassing zijn op DMW.

- **Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers**

→ **Bijlage V: diensten maatschappelijk werk**

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1018609&param=inhoud>

In dat besluit worden per soort van voorziening in een aparte bijlage de **specifieke erkenningsvoorwaarden** opgesomd. Verder vindt u in dat besluit ook de **subsidiebedragen** voor de verschillende voorzieningen terug, en de voorwaarden waaraan een voorziening moet voldoen om recht te hebben op die subsidies.

- **Kwaliteitsdecreet**

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1011700&param=inhoud>



Het [kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003](#) wil de kwaliteit van de hulp en de zorg bevorderen door voorzieningen ertoe aan te zetten die kwaliteit voortdurend te bewaken en te verbeteren. Voor de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds is het decreet in werking getreden op 1 januari 2010.

Alle diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds moeten:

- een kwaliteitsbeleid voeren;
- een [kwaliteitshandboek opstellen en gebruiken](#);
- [zichzelf periodiek evalueren](#) (zelfevaluatie);
- jaarlijks een [kwaliteitsplanning opstellen](#);
- jaarlijks ook een [jaarverslag maken](#), waarin ze onder meer het kwaliteitsbeleid beschrijven dat ze het voorbije jaar gevoerd hebben

bron: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/diensten-maatschappelijk-werk-van-het-ziekenfonds>

- **Ministerieel besluit houdende de bepaling van resultaatsgerichte indicatoren voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.**

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1025224&param=inhoud>

De diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds moeten jaarlijks een aantal resultaatsgerichte indicatoren bereiken. Die indicatoren zijn zowel kwalitatief als kwantitatief. Ze hebben betrekking op doelgroepkenmerken en op gehanteerde werkvormen.

bron: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-voor-de-diensten-maatschappelijk-werk-van-het-ziekenfonds>

#### **Indicatoren:**

*Art 1, 1°. De DMW bereikt gemiddeld 250 gebruikers per erkend VTE met minstens één wederkerig contact in het afgelopen werkjaar (met uitzondering van de eenmalige contacten).*

*Art 1, 2°. De dienst biedt begeleiding bij ten minste 10 % van het totale aantal bereikte gebruikers in het betrokken werkjaar in kwestie.*

*Art 1, 3°. de dienst treedt actief in overleg met andere zorg- en hulpverleners om afspraken te maken over de zorg aan de gebruiker bij ten minste 20% van het totale aantal bereikte gebruikers.*

*Art 1, 4° de dienst benadert ten minste vijf verschillende doelgroepen door een aantoonbare proactieve actie.*

*Art 1, 5° Bij ten minste 20% van het totale aantal proactief benaderde personen leidt de proactieve actie tot een vervolgactie door de maatschappelijk werker in het dossier van de benaderde persoon;*

*Art 1, 6° ten minste 40 % van het totale aantal bereikte gebruikers in het werkjaar in kwestie heeft een beperkte zelfredzaamheid of is aangewezen op hulpmiddelen of hulp van personen voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven.*

**Art 1, 7<sup>o</sup>**ten minste 25% van het totale aantal bereikte gebruikers in het werkjaar in kwestie heeft een beperkt inkomen of een beperkt sociaal netwerk;

**Art 1, 8<sup>o</sup>**ten minste 10% van het totale aantal bereikte gebruikers die geregistreerd worden binnen één van de onderstaande typemodules zijn personen met een handicap:

- a) directe hulp en ondersteuning;
- b) psychosociale begeleiding bij verliesverwerking;
- c) zorgbegeleiding in complexe thuissituaties;
- d) trajectbegeleiding.

Als een dienst gedurende twee opeenvolgende jaren de resultaatgerichte indicatoren niet bereikt, wordt zijn [subsidie-enveloppe](#) het daaropvolgende jaar met 10% verminderd.

- **Ministerieel besluit betreffende de hulpcoördinatie in de integrale jeugdhulp**

[https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1026581&param=inhoud&ref=search&AVI\\_DS=1287203,1287217,1287214,1287213,1287212,1287211,1287210,1287209,1287207](https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1026581&param=inhoud&ref=search&AVI_DS=1287203,1287217,1287214,1287213,1287212,1287211,1287210,1287209,1287207)

- **Decreet betreffende het lokaal sociaal beleid**

[https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1029068&param=inhoud&ref=search&AVI\\_DS=1334019,1334021,1334017,1334016,1334005,1334003,1334002,1334001,1334000](https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1029068&param=inhoud&ref=search&AVI_DS=1334019,1334021,1334017,1334016,1334005,1334003,1334002,1334001,1334000)

Het lokaal sociaal beleid is het geheel van acties die lokale besturen en andere actoren ondernemen om alle inwoners van een gemeente toegang te geven tot de sociale grondrechten. Het gaat onder meer om het recht op sociale bijstand, arbeid, goede huisvesting en onderwijs.

In het regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014 - 2019 staat dat de lokale besturen (gemeente en OCMW) volmondig erkend worden als cruciale partners in het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid.

Het decreet Lokaal Sociaal Beleid (januari 2018) wil lokale besturen ondersteunen bij het voeren van een lokaal sociaal beleid, rekening houdend met het decreet Lokaal Bestuur, via vier inhoudelijke hoofdstukken:

- lokaal sociaal beleid als onderdeel van de meerjarenplanning
- regie van de lokale sociale hulp- en dienstverlening
- toegankelijke hulp- en dienstverlening en onderbescherming aanpakken
- vermaatschappelijking van de lokale sociale hulp- en dienstverlening

Ook een sociaal beleid in samenwerking met andere lokale besturen wordt mogelijk gemaakt.

Daarnaast voorziet het decreet in een ondersteuningsbeleid vanuit Vlaanderen, via de opmaak van Vlaamse beleidsdoelstellingen en -prioriteiten die gelinkt zijn aan de bepalingen van het decreet, zoals vermaatschappelijking of het tegengaan van onderbescherming. Hierover zal later ruimer gecommuniceerd worden.

bron: <https://www.departementwvg.be/lokaal-sociaal-beleid>

met extra aandacht voor: hoofdstuk 4 ([Toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening en onderbescherming aanpakken](#)) art.9.

Het lokaal bestuur maakt werk van een maximale toegankelijkheid van de lokale sociale hulp- en dienstverlening voor de bevolking en besteedt daarbij bijzondere aandacht aan onderbescherming.

Daartoe bouwt het lokaal bestuur een Sociaal Huis uit. Het Sociaal Huis moet een herkenbaar lokaal aanspreekpunt zijn voor burgers met betrekking tot het aanbod van lokale sociale hulp- en dienstverlening. Vanuit dit Sociaal Huis wordt, onder regie van het lokale bestuur, een samenwerkingsverband geïntegreerd breed onthaal gerealiseerd dat minstens het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn, het erkende centrum voor algemeen welzijnswerk en de erkende diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen omvat.

Het lokaal bestuur kan het geïntegreerd breed onthaal ook realiseren in samenwerking met andere lokale besturen.

=> er komen hiervan nog uitvoeringsbesluiten die nu in de maak zijn.

- **Besluit toeleiding PVF**
- **Transitieplan dementie**

[http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/TransitieplanDementie\\_1.pdf](http://jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/TransitieplanDementie_1.pdf)

Het woonzorgdecreet legt vast welke activiteiten de DMW ten minste dienen te verrichten. Deze activiteiten zijn van uitermate belang voor de begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers:

- Ondersteuning bieden bij het oriënteren van hulp- en zorgvragen van gebruikers of mantelzorgers op basis van vraagverheldering en vraagverduidelijking, of die personen naar de georganiseerde thuiszorg toe leiden;
- Door informatie, advies, ondersteuning en bemiddeling de gebruikers en mantelzorgers in staat stellen hun rechten maximaal uit te putten en maximaal toegang te hebben tot zorg;
- Administratieve en psychosociale ondersteuning aanbieden, als de draagkracht of vaardigheden van de gebruikers of mantelzorgers ontoereikend zijn;
- Het zelfzorgvermogen evalueren;
- Gebruikers met een indicatie van verminderd zelfzorgvermogen proactief benaderen;
- In complexe zorgsituaties of als een wijziging van zorgvorm wenselijk is, de mogelijkheid tot langdurige begeleiding en ondersteuning aanbieden, waarbij de gebruiker in elke fase van zijn persoonlijke zorgtraject een beroep kan doen op een professionele zorgverlener.
- Belemmerende factoren beleidsgericht signaleren.

Vanuit hun decretale opdracht zijn de diensten maatschappelijk werk, in de mate dat hun medewerkers dementiekundig zijn, bij uitstek geplaatst om de **begeleiding van personen met dementie en hun mantelzorgers** op te nemen. Wanneer nog geen woonzorgvoorziening betrokken is in de zorgsituatie, wanneer personen met dementie of hun mantelzorgers een gemis aan een vaste contactpersoon ervaren, **wanneer de woonzorgfactoren die dementiekundige basiszorg leveren aan hun limieten komen** of wanneer de **zorgsituatie dermate complex** is, kan langdurige begeleiding en ondersteuning aangeboden door de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Het gaat om een hulpverleningsmethodiek aangeboden als typemodule, vertrekkende vanuit een integrale en actor-

overstijgende vraagverheldering waarbij de persoon met dementie (of zijn mantelzorger) in elke fase van zijn persoonlijk zorgtraject een beroep kan doen op een professionele dementiekundige zorgverlener.

De DMW gaan het engagement aan om de deskundigheid inzake dementie te verhogen door al hun maatschappelijk werkers de modules dementiekundige basiszorgverlener (niveau bachelor) te laten volgen. Via attestering zal de Vlaamse overheid deze transitie kunnen monitoren.

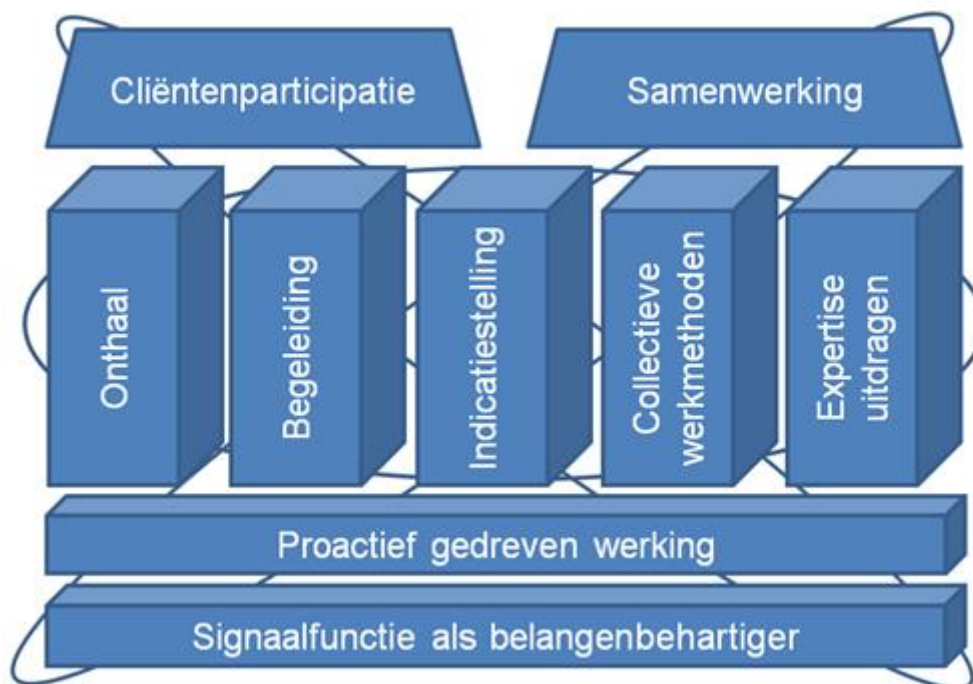
Bron: transitieplan dementie

## 2 Visie- en kaderteksten

De missie van de DMW bestaat erin hulp- en dienstverlening te bieden aan gebruikers en aan hun mantelzorgers, in het bijzonder als zij door ziekte, handicap, ouderdom of vanuit sociale kwetsbaarheid blijvend of tijdelijk problemen ondervinden. Als eerstelijnsthuiszorgvoorziening doet de DMW dit in eerste instantie met het oog op het langer en kwalitatief thuis kunnen blijven wonen. Goede zorg maakt liefst deel uit van het dagelijkse sociale leven van mensen, en kan zoveel als mogelijk geboden worden in de vertrouwde leef- en woonomgeving. Ondersteuning door familie, vrienden, kennissen, burens en vrijwilligers is daaraan inherent, naast professionele zorg en ondersteuning. Dat is de dagelijkse betrachting van de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds: de zorg organiseren met inachtnaam van de samenwerking en complementariteit van al deze formele en informele partijen. Zij faciliteert en bemiddelt, telkens vanuit een systeembenadering.

De dienst heeft tot doel de zelfredzaamheid, de maatschappelijke integratie en de toegang tot rechten en voorzieningen te realiseren via een integrale benadering van de hulpvraag van de gebruiker.

Concreet doet de DMW dit door in te staan voor **onthaal** en **vraagverheldering**. De DMW zorgt voor **toegankelijkheid van zorg** en **toegang tot rechten** door **informatie, advies, ondersteuning** en **bemiddeling**. De DMW biedt administratieve en psychosociale ondersteuning als de draagkracht of vaardigheden van de gebruikers of mantelzorgers ontoereikend zijn. In complexe thuiszorgsituaties biedt de DMW **langdurige begeleiding** in de vertrouwde leefomgeving, **activeert het netwerk**, schakelt vrijwillige en professionele hulpverlening in, **coördineert** en **bemiddelt** in functie van een **thuiszorgplanning op maat**. De DMW bieden een laagdrempelige en integrale eerstelijns hulp op maat, ingebed in de samenleving.



### **Toegankelijkheid en bereikbaarheid**

Het bijdragen aan de toegankelijkheid van zorg doet een DMW in eerste instantie door zelf ook toegankelijk te zijn: bereikbaar (multi-mediaal), bekend (als onderdeel van het ziekenfonds), begrijpbaar, betrouwbaar, bruikbaar (behoeftegestuurd), betaalbaar en beschikbaar. Een belangrijke modus in de werking is het proactief benaderen van personen met een indicatie van zorgbehoefte. (uit: visietekst DMW 2.0)

De diensten maatschappelijk werk bouwen reeds jaren aan een sterke proactieve dienstverlening: op basis van zorgbehoefteparameters die voorhanden zijn in het ziekenfondsdossier, neemt de maatschappelijk werker zelf contact op met leden waarvan het vermoeden bestaat dat zij gebaat zijn bij het hulpverleningsaanbod van DMW.

### **Proactieve werking**

De diensten maatschappelijk werk bouwen reeds jaren aan een sterke proactieve dienstverlening: op basis van zorgbehoefteparameters die voorhanden zijn in het ziekenfondsdossier, neemt de maatschappelijk werker zelf contact op met leden waarvan het vermoeden bestaat dat zij gebaat zijn bij het hulpverleningsaanbod van DMW.

Hierbij handelen de DMW vanuit een outreachende basishouding. Deze vertrekt vanuit een expliciete gerichtheid op *'personen in maatschappelijk kwetsbare situaties die niet of ontoereikend bereikt worden door het huidige dienst-, hulp- en zorgverleningsaanbod'*. Het gaat om het aansluiting vinden op *'hun leefwereld met erkenning van de daar geldende waarden en normen'*. Hiermee wordt een *'wederzijdse afstemming tussen de doelgroep, haar netwerk, het maatschappelijk aanbod en de ruimere samenleving'* beoogd. Een dergelijke kijk op hulp- en dienstverlening impliceert dat een onthaal *'op eender welke plaats kan gebeuren'*. (Boost, Hermans, & Reymakers, 2017). Deze proactieve en outreachende werkmethoden zijn mee de reden waarom de DMW het onthaal niet verengen tot een vaststaande fysieke locatie.

De proactieve werking doorkruist op vandaag echter een reactieve werking die reeds op haar limieten stuit. Daardoor komen de proactieve acties op basis van signalen van zorgbehoefte, kwetsbaarheid en verminderde zelfredzaamheid pas in tweede orde in de planning van de maatschappelijk werker. De DMW willen hier een kentering realiseren. (uit: toekomstvisie DMW 2.0)

### **Bereikbaarheid**

#### *Persoonlijk*

- Geografische inbedding van ziekenfondskantoren:  
[https://www.google.com/maps/d/edit?mid=zcGigieY2p\\_M.kOQk8wh-P4mw](https://www.google.com/maps/d/edit?mid=zcGigieY2p_M.kOQk8wh-P4mw)
- Geografische spreiding ziekenfondskantoren per ziekenfonds:  
[https://www.google.com/maps/d/edit?mid=zcGigieY2p\\_M.k400JhAnmEko](https://www.google.com/maps/d/edit?mid=zcGigieY2p_M.k400JhAnmEko)

De diensten maatschappelijk werk beschikken met andere woorden in elke Vlaamse gemeente over minstens één, en vaak meerdere contactpunten waar cliënten fysiek terecht kunnen met hun vraag. Cliënten kunnen zowel **met of zonder afspraak** in deze punten terecht bij hun maatschappelijk werker. Deze punten worden door de zorginspectie allen geïnspecteerd op **rolstoeltoegankelijkheid**

#### *Digitaal*

De praktische realisatie van de bereikbaarheid gebeurt via verschillende multimedialkanalen:

- Website
- Telefonische permanentie
- Mail
- social media

#### *Schriftelijke informatiedragers:*

- Folders en flyers

### **Bekendheid**

Nagenoeg elke burger is lid van een ziekenfonds en elk ziekenfonds heeft een dienst maatschappelijk werk. Iedereen 'kent' het ziekenfonds.

- Op basis van een **integrale vraagverheldering** kenbaar maken van de info /aanbod die de gebruiker nodig heeft
- Met gerichte **proactieve acties** maakt de maatschappelijk werker het aanbod bekend dat voor de gebruiker specifiek van toepassing is.

Kanttekening: de DMW zijn niet zichtbaar in het straatbeeld daar zij deel uitmaken van het ziekenfonds. De hulpverlening van de DMW is als onderdeel van het ziekenfonds minder gekend bij het bredere publiek.

### **Begrijpbaarheid**

Het hulpverleningsaanbod van de diensten maatschappelijk werk bestaat er onder andere in om de rechten van de cliënt te verkennen en zijn vragen te verduidelijken: op welke tegemoetkoming of voordeel heeft de cliënt recht? Welke dienstverlening is op maat van de cliënt? De maatschappelijk

werkers maken op deze manier een vertaling van de bestaande tegemoetkomingen, voordelen en dienstverlening naar de cliënt toe.

### **Betrouwbaarheid**

- Houding: De houding en beschikbare kennis en vaardigheden van de hulpverlener spelen een rol. Voor de cliënt is het zaak dat hij zich gesteund en geholpen voelt en passende hulpverlening krijgt. De DMW moet een veilige plek zijn waar men zijn zorgen kan uiten.
- Veilige plek: Een veilige plek vraagt om een klantgerichte, niet-veroordelende houding van de professional, die samen met de cliënt de situatie kan onderzoeken en analyseren.
- Anoniem: Wanneer een cliënt zich schaamt voor de situatie waar hij in verkeert, heeft hij eerst behoefte aan informatie die op anonieme basis te vinden is. Dit kan zowel online als telefonisch zolang de cliënt er maar van verzekerd is dat degene met wie hij praat een onbekende is die niet ongevraagd gegevens registreert.

### **Bruikbaarheid**

De maatschappelijk werkers hebben kennis van de mogelijkheden voor hulpverlening in de omgeving van de cliënt. Ze werken behoeftegestuurd: cliënten doorlopen een proces van vraagverduidelijking, waarbij in complexe situaties een hulpverleningsplan opgesteld wordt. De doelstellingen, opgenomen in dit hulpverleningsplan, worden op maat van de cliënt en samen met de cliënt bepaald.

### **Beschikbaarheid**

De diensten maatschappelijk werk hanteren geen wachtlijsten. Op basis van vraagverheldering wordt scherp gesteld wat de exacte vragen zijn van de cliënt ifv hulpverlening en/of doorverwijzing.

Het Contactpunt dementie is een concreet initiatief van de diensten maatschappelijk werk dat in functie staat van beschikbaarheid.

### **Betaalbaarheid**

De hulpverlening door de diensten maatschappelijk werk is gratis.

### **Vindplaatsgericht en proactief werken (uit: kadertekst typemodulering)**

Door de zorgafhankelijkheid en de gezondheidstoestand zijn heel wat mogelijke hulpvragers thuisgebonden. Ook hun sociale netwerk draait dikwijls rond het thuismilieu. In dit kader brengen de DMW dan ook hun hulp- en dienstverleningsaanbod bij de cliënt thuis.

Voor personen die zelf de weg niet vinden, ontwikkelt de DMW een proactieve werking. Deze proactieve werking wordt ondersteund door indicatoren met betrekking tot zorgafhankelijkheid, handicap en ziekte waarover het ziekenfonds beschikt. In dit kader zullen dan ook enkel de eigen leden van het ziekenfonds bereikt worden door de proactieve werking.

Door de aard van deze doelgroep is de DMW erop gericht de stap naar mogelijke hulpvragers zelf te zetten, en dit in de omgeving waar hij zich bevindt.

### **Vraaggericht werken en zorg op maat**

De hulp moet vraaggericht zijn. Dit betekent dat het aanbod zich zeer flexibel aanpast aan de nood van de cliënt en vertrekt van zijn vraag. Er wordt gewerkt op het tempo van de cliënt.

### **Subsidiariteit**

Vanuit de eerstelijnsopdracht zal de DMW zoeken naar de minst ingrijpende hulpverlening.

### **Integrale benadering**

De DMW hanteert een integrale benadering gebaseerd op de methodiek van vraagverheldering. Dit wil zeggen dat de verschillende levensdomeinen in een hulpaanbod aan bod komen. Daarbij wordt erover gewaakt dat niet voorbij gegaan wordt aan de basisbehoeften en sociale basisrechten van de hulpvragers.

### **Netwerkondersteuning**

Het hulpaanbod van de DMW is steeds gericht op de versterking van de cliënt (en zijn leefomgeving) in zijn omgeving. Door de aard van de cliëntsituatie (ziek, gehandicapt, zorgbehoevend) zijn de cliënten van de DMW aangewezen op de aanwezigheid en de hulp van de mantelzorgers en hun ruimere persoonlijke omgeving. Het ondersteunen en versterken van deze omgeving krijgt dan ook bijzondere aandacht van de hulpverleners. Via een grondige context- en netwerkanalyse wordt het netwerk van de cliënt in kaart gebracht.

### **Continuïteit in de hulpverlening**

In de hulpverlening zijn continuïteit en opvolging belangrijke principes. Door middel van de opbouw van een vertrouwensrelatie met de hulpvragers zullen zij later vlugger een beroep doen op de DMW indien zij nood hebben aan hulp. Daarnaast wordt aan de cliënt een aantal vaardigheden aangeleerd, waardoor hij sneller de stap naar de hulpverlening durft te zetten. De DMW zal in die zin een aanspreekpunt blijven vormen voor de hulpvrager. Op die manier wordt de continuïteit in de hulpverlening gewaarborgd.

De DMW profileert zich tegenover andere zorgverleners als thuiszorgdienst en aanspreekpunt bij wijzigingen in (tijdelijke) zorgvormen. Overleg met andere zorgverleners, betrokken in eenzelfde cliëntsituatie, is hierbij cruciaal. Om de continuïteit van zorg te bewaren in problematische thuiszorg of bij wijziging van zorgvorm, kan multidisciplinair overleg als methodiek toegepast worden om dit overleg tot stand te brengen.

### **Empowerment**

Om de zelfredzaamheid van cliënten te verhogen wordt empowermentgericht gewerkt. Hierbij wil men de cliënt bewust maken van en vertrouwen geven in zijn/haar eigen krachten en mogelijkheden, teneinde zijn zelfredzaamheid te verhogen. Het ondersteunen, proberen te versterken en verder uitbouwen van de reeds aanwezige competenties vormen de vertrekbasis. Zo krijgt de cliënt de kans zelfvertrouwen en nieuwe competenties te verwerven om het ondersteuningsproces steeds meer zelf te sturen en zelf oplossingen te vinden voor nieuwe vragen.

Dit principe vertrekt vanuit de volgende uitgangspunten:

- Men vertrekt van de groeikansen van mensen en de eigen probleemoplossende competenties;
- Men respecteert de autonomie van de hulpvrager (zelfbeschikking) waarbij autonomie, verantwoordelijkheid en verbondenheid samengaan.

### **Het belang van en expertise met persoonlijke netwerken**

Uit onderzoek blijkt dat meer dan 60% van de mantelzorgers worden geïnformeerd via hun ziekenfonds. (Vandeurzen, 2016) De DMW nemen ook een bijzondere sleutelrol op ten aanzien van mantelzorgers en vrijwilligers. Één van de basisopdrachten van de DMW bestaat erin zorgvragen van personen met een zorgnood en hun mantelzorgers te oriënteren. Mantelzorgers komen vaak in complexe situaties terecht: ze



combineren een eigen werk, eigen leven met de zorg voor een dierbare. Naast informele ondersteuning hebben mantelzorgers vooral ook nood aan professionals die beschikken over gespecialiseerde kennis en hen bijstaan in het openen van hun rechten. Dit kan voor de mantelzorger immers het verschil betekenen in de haalbaarheid en continuïteit van de thuiszorgsituatie. De relatie die ontstaat gaat verder dan louter éénrichtingsverkeer: er is ook de psychosociale component. Er wordt een vertrouwensrelatie opgebouwd en de maatschappelijk werker en de mantelzorger leggen samen een weg af. In het kader van vermaatschappelijking van de zorg is naast de individuele relatie met de mantelzorger ook het 'team van mantelzorgers en vrijwilligers' rond een cliënt belangrijk. Op die manier versterken de DMW het persoonlijk netwerk rond een persoon met een zorgnood. Deze taak op microniveau gecombineerd met de systematiek die de DMW in hun werking hanteren ifv terugspraak van de meest kwetsbaren in het kader van beleidssignalering, maakt dat er sprake is van expertise op het niveau van de voorziening.

### **Het samenwerkingsverband breed onthaal (uit: ontwerp tekst voor sociaalwerkconferentie mei 2018)**

Het geïntegreerd breed onthaal is een samenwerkingsverband en is geen nieuwe organisatie of nieuwe entiteit. Het is wel een samenwerkingsverband van minimaal drie actoren, OCMW, DMW van het ziekenfonds en Centra Algemeen Welzijnswerk, elk met een decretale of wettelijke onthaalopdracht. Vanuit een gemeenschappelijke doelstelling en gedeelde werkingsprincipes wordt een geïntegreerde aanpak gerealiseerd op het vlak van het onthaal van cliënten. Er wordt niet vertrokken van een minimalistische visie op onthaal, maar het onthaal is een volwaardig deel van een hulpverleningstraject. Hulpverlening is geen lineair maar een iteratief proces. De functies die gerealiseerd worden vanuit het onthaal kunnen dus op elk moment in het hulpverleningstraject noodzakelijk zijn om kwaliteitsvolle hulp te realiseren.

De betrokken actoren stemmen hiervoor op operationeel en organisatorisch niveau af en realiseren een geïntegreerd breed onthaal. De expertise die historisch is opgebouwd maar ook samenhangt met het eerstelijnsbegeleidingsaanbod van de betrokken organisaties en/of de specifieke invalshoek naar bepaalde doelgroepen, kan versterkt worden aangeboden tussen de verschillende diensten met het oog op een maximale kwaliteit van het onthaal. Om deze expertise op langere termijn te borgen is een blijvende verbinding met de bestaande organisaties noodzakelijk.

Het geïntegreerd breed onthaal is geen nieuwe toegangspoort tot een meer gespecialiseerd achterliggend aanbod. Dit betekent dat het begeleidingsaanbod van de kernactoren of van ander achterliggend aanbod rechtstreeks toegankelijk blijft. Elke organisatie of zorgaanbieder die werkt met of zich richt tot kwetsbare doelgroepen blijft verantwoordelijke voor een intake die vertrekt van een breder perspectief dan het eigen aanbod. Dit beperkt zich niet tot welzijn en zorg, maar ook tot andere essentiële actoren die een belangrijke taak hebben in het realiseren van grondrechten zoals huisvesting, tewerkstelling en onderwijs. Wel kan het geïntegreerd breed onthaal een rol spelen als gespecialiseerde generalist en dus ook voor deze actoren een meerwaarde hebben en een aanspreekpunt zijn, wanneer deze inschatten dat bredere generalistische vaardigheden en competenties nodig zijn in het hulpverleningstraject. Sociaal werkers, generalisten bij uitstek, nemen een centrale rol op in het geïntegreerd breed onthaal.

Het geïntegreerd breed onthaal is zo georganiseerd dat het, daar waar nodig, het overzicht op het hulpverleningstraject blijft behouden. Het fungeert als terugvalbasis en houvast daar waar cliënten in een achterliggend traject om een of andere reden afhaken, terwijl er toch nog hulp nodig is.

Binnen het geïntegreerd breed onthaal worden volgende functies gerealiseerd: neutrale informatie verstrekken over het aanbod, rechten verkennen, rechten realiseren, hulpvraag verhelderen en neutraal

doorverwijzen naar de gepaste hulp- en dienstverlening. Met neutraal wordt hier bedoeld op een objectieve manier, los van eigen of ander achterliggend aanbod.

Het samenwerkingsverband voldoet aan herkenbare en aantoonbare kwaliteitscriteria gebaseerd op de wetenschappelijke analyse van de 11 pilootprojecten. Deze kwaliteitscriteria zijn geformuleerd op vier aspecten: competenties van de medewerkers, het onthaal zelf, het netwerk en de randvoorwaarden.

Op het niveau van de competenties van de medewerkers wordt de klemtoon gelegd op competenties die het mogelijk maken om een positieve hulpverleningsrelatie aan te gaan waarbij cliënten op hun gemak worden gesteld, de situatie wordt erkend zonder een oordelende houding aan te nemen, het gevoel wordt gegeven oprecht te willen helpen, duidelijke antwoorden worden gegeven, responsief en transparant wordt gehandeld en maatgericht en op de krachten van cliënten wordt ingezet.

Kwaliteitscriteria op niveau van het onthaal zelf zijn geformuleerd in een aantal werkingsprincipes die evenwaardig en als een samenhangend geheel moeten worden gezien: proactief rechten verkennen en realiseren, outreachend werken, generalistisch werken. Deze generalistische benadering omvat het verkennen van de situatie in zijn totaliteit en het detecteren van onderbescherming, het formuleren van antwoorden op relevante levensdomeinen en de verbinding maken tussen de cliënt en de relevante organisaties en diensten door objectief te informeren, cliënten te ondersteunen en te onderhandelen.

Daarbij moet het geïntegreerd breed onthaal inzetten op samenwerking met basis- en faciliterende actoren zoals armoedeverenigingen, lokale dienstencentra, Huizen van het Kind en aansluiting vinden op de vertrouwde leefomgeving van de doelgroep aan huis of in laagdrempelige ontmoetingsplekken.

Op het niveau van de samenwerking en de netwerking worden de volgende criteria geformuleerd: het beschikbaar stellen van professionele kennis en expertise, het uitwisselen van cliëntgebonden informatie met respect voor de privacy en op basis van geïnformeerde toestemming, het faciliteren van gerichte doorverwijzingen en het bieden van integrale antwoorden.

Naast deze principes wordt ook het belang onderstreept van het signaleren van eventuele tekorten, noden, drempels in het achterliggend aanbod. Het geïntegreerd breed onthaal kan overbruggen tot hulp beschikbaar is, maar moet ook in gesprek gaan met organisaties en overheid met betrekking tot de toegankelijkheid van het eigen of achterliggend aanbod.

### **Belangenbehartiging**

De DMW hebben vanuit het sociaal werk een kernopdracht om belemmerende factoren beleidsgericht te signaleren. De DMW treden zo op als belangenbehartiger door knelpunten in individuele situaties te monitoren, desgevallend te collectivieren en te vertalen in beleidsaanbevelingen m.b.t. vastgestelde hiaten in regelgeving. De DMW vervullen op die manier een brugfunctie tussen individu en maatschappij. Vanuit dit spanningsveld treden zij enerzijds op als belangenbehartiger van hun leden en anderzijds als constructieve partner van de overheid. In de systematiek van de activiteiten in functie van beleidssignalering is er op niveau van de intermutualistische samenwerking nog groeimarge om deze specifieke opdracht constructief en met meer slagkracht op te nemen. Signalen op vlak van hiaten in de regelgeving en/of anomalieën in het beleid zouden daartoe onderdeel kunnen worden van de jaarrapportage aan de overheid. (uit: toekomstvisie DMW)

### **Diversiteit**

De vaststelling is dat de DMW op vandaag te weinig expertise hebben m.b.t. diversiteit, in het bijzonder om zich te manifesteren in de interculturele samenleving van morgen. Hoe moeten we de zorg voor

mensen van allochtone afkomst organiseren? De komende jaren willen we een inhaalbeweging realiseren zodat we de functies van het sociaal werk ook kunnen waarborgen ten aanzien van deze nieuwkomers.

### 3 Methodisch materiaal

#### 3.1 Een synthese van methodisch materiaal binnen DMW.

##### BASIS ACTIES

Proactieve benadering	
Onthaal en Vraagverheldering	Verkennen van de wensen en (toekomst)verwachtingen, de mogelijkheden en beperkingen en de daaruit voortvloeiende ondersteuningsnoden van de cliënt en zijn directe omgeving. De cliënt wordt m.a.w. uitgenodigd om na te denken over zijn/haar leven/toekomst op korte en lange termijn, en dit op alle relevante levensdomeinen
Hulpverleningsdoelen en hulpverleningsplan	Samen met de cliënt en zijn omgeving bepalen welke doelen worden nagestreefd en welke personen en ondersteuningsvormen hierbij kunnen helpen.  Samen met de cliënt de hulpvraag en de probleemanalyse vertalen en de prioriteiten vaststellen waarmee aan de slag wordt gegaan.
Bevragen steunfiguren en eigen draagvlak	Bekijken wat de cliënt zelf gedaan heeft om zijn vraag op te lossen en in hoeverre hij zijn netwerk kan inschakelen om tot een oplossing te komen.  Indien de cliënt hiermee akkoord gaat, geeft de hulpverlener gegevens aan familieleden en mantelzorgers.  Leggen van contacten met en versterken van steunfiguren uit sociale netwerk/professionele netwerk zodat de geplande ondersteuning kan worden gerealiseerd.
Coördinatie en opvolging	Afstemmen van de verschillende hulp- en dienstverleningsvormen (incl. mantelzorg) zodat een zorg op maat wordt geboden.  Correct informeren en adviseren. Administratieve ondersteuning en belangenbehartiging.  Nagaan of de afspraken worden nageleefd.  Bewaken van grenzen: nagaan of de mantelzorgers de situatie nog aankunnen.
Evaluatie en toeleiding	Voor deelaspecten van de problematiek, die niet tot de expertise van de dienst maatschappelijk werk behoren, kan de hulpverlener de cliënt toeleiden naar meer gespecialiseerde

	<p>hulpverlening.</p> <p>Samen met de betrokkene het verloop van de begeleiding en de bereikte resultaten evalueren. Nagaan of de bestaande hulp nog geschikt is voor de situatie en eventueel andere oplossingen aanreiken.</p>
--	--

## SPECIFIEKE OPDRACHTEN

### 1. Directe hulp en ondersteuning

Doelstelling: De cliënt in staat stellen om zijn rechten te realiseren. De cliënt wordt wegwijs gemaakt in het bestaande hulpaanbod en ondersteund in de keuze(s) die hij/zij maakt betreffende het aanbod. Op die manier tracht men problemen op psychosociaal en sociaal-administratief vlak te voorkomen en aldus (verdere) sociale desintegratie tegen te gaan.

#### Kernactiviteit:

- Informatie bieden: Gerichte informatie bieden over de wet- en regelgeving, voorwaarden en administratieve toegang tot diensten en voorzieningen.
- Individueel informeren: De cliënt informeren over zijn rechten en plichten, toegepast op zijn individuele situatie. Dit kan gaan over b.v. het bekomen van financiële tegemoetkomingen, het hulpaanbod, enz. De hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt de informatie begrijpt en houdt rekening met de mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving.
- Adviseren: De hulpverlener geeft de cliënt aanwijzingen over de wenselijke handelwijze in zijn situatie en op welke wijze hij gebruik kan maken van voorzieningen, procedures, hulpverlening en instanties. De hulpverlener bespreekt de mogelijke alternatieven en geeft aan wat voor de cliënt, in zijn omstandigheden, de beste oplossing is.

### 2. Indicatiestelling

Doelstelling: opmaak van een zorgbehoefte profiel

Kernactiviteiten: Gegevens verzamelen en analyse: verzamelen van beschikbare gegevens en informatie die relevant zijn voor de hulpvraag.

- Inschalen beschrijven en scoren van de afhankelijkheidsgraad van de aanvrager;
- Specifiek voor dossiers voor personen met het vermoeden van een beperking: opmaak van een adviesrapport volgens de kwaliteitseisen opgelegd door het VAPH.

### 3. Psychosociale begeleiding bij verlies

Doelstelling: Intensief ondersteunen van de cliënt bij aspecten als zelfbeeld, emotionele noden, eigen levensgeschiedenis, relaties, gedragsproblematiek en psychische problematiek, en dit met het oog op het verhogen van het probleemoplossende vermogen van de cliënt.

#### Kernactiviteiten:

- Gevoelens bespreekbaar maken, ook tussen de cliënt en zijn steunfiguren;
- Nieuwe situatie helpen aanvaarden.

#### 4. Trajectbegeleiding en eventueel opmaak van een ondersteuningsplan

Doelstelling: Voor deze specifieke doelgroep op een planmatige wijze een welomschreven doel bereiken. Dit doel is afhankelijk van de indicaties van de doelgroep. Begeleidingsdossiers vragen meerdere en gedifferentieerde contacten met de gebruiker, die kunnen variëren in duur, frequentie en intensiteit. In elk dossier worden 3 fasen doorlopen. Vooreerst vindt een vraagverheldering plaats, waarin de vraag geëxploreerd wordt. Van daaruit stelt de maatschappelijk werker samen met de cliënt een stappenplan op en volgt dit op. Ten slotte evalueert de maatschappelijk werker samen met de cliënt de verschillende stappen en doelen uit het stappenplan.

#### 5. Zorgbegeleiding in complexe zorgsituaties

Doelstelling: het optimaliseren en haalbaar maken van de thuiszorgsituatie

##### Kernactiviteiten:

- Begeleidingsdossiers vragen meerdere en gedifferentieerde contacten met de gebruiker, die kunnen variëren in duur, frequentie en intensiteit.
- Zorgenplan: Indien de cliënt in aanmerking komt voor een zorgenplan, doet de hulpverlener hiervoor het nodige.
- Overleg: De hulpverlener neemt deel aan het zorgoverleg en behartigt de noden en wensen van de cliënt.
- Zorgbemiddeling: Indien de hulpverlener door de cliënt wordt aangeduid als zorgbemiddelaar, neemt de hulpverlener de volgende taken op:
  - overleg organiseren met alle betrokkenen;
  - wensen en noden van de cliënt en zijn omgeving afstemmen volgens de mogelijkheden van de zorgverleners;
  - plannen en leiden van teamvergaderingen.

#### 6. Begeleiding ikv dementie

##### Kernactiviteiten:

- Ondersteuning bieden bij de diagnosestelling;
- Psycho-educatie organiseren.