

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De Vlaamse CliëntZorgMonitor

Dr. Inge Neyens
Annelien Mestdagh
Valérie Carrette
Prof. dr. Koen Hermans
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
Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2016/03
SWVG-Rapport 46
Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De Vlaamse CliëntZorgMonitor

Promotor: Prof. dr. Koen Hermans, Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Onderzoekers: dr. Inge Neyens, Annelien Mestdagh, Valérie Carrette

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid, programma 'Steunpunten voor Beleidsrelevant Onderzoek'. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. Het Vlaams Gewest 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.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

KU Leuven

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), LUCAS en ACHG
Prof. dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht
Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg
Prof. dr. Koen Hermans, LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
Prof. dr. Jozef Pacolet, HIVA onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving

UGent

Prof. dr. Lea Maes, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Lieven Annemans, Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Prof. dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Prof. dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en Sportwetenschappen

VUB

Prof. dr. Johan Vanderfaellie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

Thomas More

Dr. Peter De Graef, Vakgroep Toegepaste Psychologie

Rapport 46

De Vlaamse CliëntZorgMonitor

Onderzoeker: Dr. Inge Neyens, Annelien Mestdagh, Valérie Carrette

Promotoren: Prof. dr. Koen Hermans, Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Dank aan de gebruikersorganisaties die meewerkten aan het expertenpanel: het Minderhedenforum, Cachet, Similes, Vlaamse Ouderenraad, Inclusie Vlaanderen, Ella, Gezin en Handicap, MS-liga, Gezinsbond, POPANT, Fevlado, Vlaams Patiëntenplatform en het Vlaams Netwerk tegen Armoede.

Samenvatting

Dit onderzoek "Vlaamse Cliëntzorgmonitor" wordt uitgevoerd in het kader van het Steunpunt WVG door LUCAS, het centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven.

Achtergrond

De eerste onderzoeksfase van dit project geeft voornamelijk een overzicht van de bestaande werkwijzen op het vlak van cliëntzorgmonitoring. Daarnaast wordt er bekeken of deze bestaande werkwijzen en instrumenten bruikbaar zijn in de context van een Vlaamse CliëntZorgMonitor, die als uniforme tool gehanteerd kan worden om de generieke aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning vanuit het gebruikersperspectief op een systematische wijze over alle sectoren van WVG heen in kaart te brengen.

Het gebruikersperspectief kent de laatste jaren een sterke opmars in het beleid. Deze toegenomen belangstelling voor het gebruikersperspectief brengt met zich mee dat er een nood ontstaat om dit perspectief op een betrouwbare en valide wijze te meten. In Vlaanderen brengt de groeiende belangstelling voor het gebruikersperspectief in WVG met zich mee dat er vele instrumenten en tools ontstaan om het perspectief van de gebruiker op een systematische wijze te meten. De bestaande initiatieven en bevestigingen zijn echter sterk gebonden aan één sector en doelgroep. Vandaar dat er vanuit het perspectief van de overheid in de eerste plaats nood is aan een overzicht van de bestaande werkwijzen op vlak van cliëntzorgmonitoring.

Deze werkwijzen en instrumenten worden geëvalueerd vanuit het oogpunt van hun generieke bruikbaarheid als Vlaamse CliëntZorgMonitor. Een dergelijk generiek instrument zou beantwoorden aan de basisopdracht van de overheid om op een uniforme wijze de meest relevante generieke dimensies van kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker te meten en ook WVG sectoren met elkaar te vergelijken en te monitoren op dit vlak. Tevens kan de Vlaamse overheid aan benchmarking doen. Een generieke zorgmonitoring speelt ook in op de ambitie van Jo Vandeuren, minister van WVG, die resoluut de kaart trekt van een intersectorale benadering van welzijn.

Aangezien de eerste fase van het onderzoek uitwijst dat het instrument niet gebruiksklaar bestaat, ontwikkelen we een dergelijk instrument. Vervolgens implementeren we dit instrument een eerste maal tijdens een pilootstudie (fase 2). Daarbij onderzoeken we de psychometrische eigenschappen en de gebruiksmogelijkheden van het instrument. Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen ter implementatie van de VCZM (fase 3).

FASE 1: De keuze om (al dan niet) een nieuw instrument te ontwikkelen

We starten de eerste fase van het project met een overzicht van de beschikbare visienota's, aanbevelingen en definities wat betreft de kwaliteit van de zorg op Vlaams en internationaal niveau. In dit overzicht is het duidelijk dat deze definities zich allemaal in dezelfde lijn situeren. Voor de formulering van de generieke aspecten van kwaliteit van de zorg wordt dan ook hierop een beroep gedaan. De overlappende clusters en onderliggende thema's van de verschillende kwaliteitskaders worden overzichtelijk samengevat in een tabel. De volgende stap in deze fase is om deze voorlopige tabel van generieke thema's voor kwaliteit van zorg af te toetsen bij verschillende Vlaamse gebruikersorganisaties door middel van een expertenpanel. Op basis van deze input wordt het overzicht van de verscheidene thema's verfijnd en kan dit als basis dienen in de loop van het project. De finale versie van de generieke thema's van kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief bevat 22 verschillende dimensies, gerangschikt volgens 9 overkoepelende thema's. Daarnaast zijn volgens de experten uit ons panel zijn volgende punten uitermate belangrijk:

- Al deze thema's van het overzicht moeten aan bod komen in een bevraging, ze zijn cruciaal wanneer men wenst te onderzoeken hoe gebruikers de kwaliteit van de zorg ervaren. Het is niet mogelijk om slechts een gedeelte ervan te bevragen omdat dit geen volledig beeld zou geven.
- Het wordt steeds belangrijker om in onze maatschappij rekening te houden met diversiteit. Het is dus aan te raden dat in dit project ook voldoende aandacht gaat naar interculturaliteit bij het meten van de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief. In een apart hoofdstuk wordt er meer aandacht besteed aan interculturaliteit.

Daarnaast evalueren we verscheidene nationale en internationale instrumenten die nu reeds gebruikt worden voor het meten van kwaliteit van de zorg. Hierbij kijken we zowel naar de praktijkcontext in Vlaanderen en eerdere onderzoeken van LUCAS en SWVG, als naar de wetenschappelijke literatuur. Door op voorhand vastgelegde in- en exclusiecriteria toe te passen, komen we tot een shortlist van tien instrumenten die mogelijks bruikbaar zijn als Vlaamse CliëntZorgMonitor. De voornaamste kenmerken van elk van deze instrumenten worden afzonderlijk besproken in een fiche. Deze tien instrumenten worden geëvalueerd op basis van de volgende criteria: Kostprijs van het instrument, wetenschappelijke onderbouwing, taal, bevroegde thema's en lengte. Het aantal bevroegde thema's is hierin een cruciaal evaluatiecriterium, gezien de nadrukkelijke bevinding van het expertenpanel dat al deze thema's prioritair en belangrijk zijn. De tien geselecteerde instrumenten kunnen echter geen van allen voldoen aan dit belangrijke criterium. Daarom besluiten we dat het noodzakelijk is om een monitor te ontwikkelen, gebruik makende van de bevindingen uit deze eerste fase.

FASE 2: Een pilootonderzoek naar de eigenschappen en het gebruik van de VCZM

Op basis van de resultaten uit fase 1 ontwikkelen we een ontwerpversie van een VCZM. Deze wordt vervolgens via een schriftelijke bevraging afgenomen bij gebruikers van een selectie van ambulante en (semi)residentiële voorzieningen in Vlaanderen en Brussel. Daarnaast nodigen we gebruikers uit -o.a. via gebruikersorganisaties- om de vragenlijst online in te vullen. De resultaten van de analyses op de verzamelde data wijzen op een hoge betrouwbaarheid van de VCZM (basisset), zeker wat betreft de items die meten in welke mate de aspecten van zorg effectief gerealiseerd worden. Op basis van de psychometrische en kwalitatieve analyses brengen we dan ook slechts lichte wijzigingen aan aan de ontwerpversie van de VCZM (bv. aan de volgorde waarin de vragen gesteld worden). Daarnaast ontwikkelen we een handleiding ter gebruik van de VCZM.

FASE 3: De implementatie van de finale VCZM

Tot slot formuleren we aanbevelingen over de implementatie van een VCZM op grotere schaal. We baseren ons daarbij op voorbeelden uit andere Europese landen en onderscheiden diverse implementatie scenario's met hun voor- en nadelen. Ook belichten we enkele aandachtspunten die bij elk scenario relevant zijn en betrekking hebben op de dataverzameling, de meetfrequentie en het moment van afname, de data-analyse en de rapportering.

Inhoudstafel

Overzicht tabellen	13
Overzicht figuren	14
Leeswijzer	15
Situering van het project “Vlaamse CliëntZorgMonitor” (VCZM)	17
FASE 1: DE KEUZE OM (AL DAN NIET) EEN NIEUW INSTRUMENT TE ONTWIKKELEN	19
Hoofdstuk 1 De kwaliteit van zorg en het gebruikersperspectief	21
1 De kwaliteit van zorg zoals gedefinieerd in Vlaanderen	21
1.1 Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen	21
1.2 Pact 2020	22
1.3 Kwaliteitsvolle zorg volgens de SAR-WGG	22
1.4 Flanders’ Care	22
1.5 Aanbevelingen voor veilige zorg	23
1.6 Manifest van de gebruiker uit de diensten gezinszorg	24
2 Internationale definities van kwaliteit van zorg	25
2.1 Institute of Medicine	25
2.2 OECD: Health Care Quality Indicators Project	25
2.3 Het kwaliteitskader voor sociale dienstverlening van de EU	26
Hoofdstuk 2 Naar een generieke visie op kwaliteit van de zorg vanuit het gebruikersperspectief	27
1 De definitie van ‘gebruiker’ in dit project	27
2 Integratie van definities tot één lijst van generieke thema’s voor kwaliteit van zorg	28
3 Organisatie van een expertenpanel over generieke thema’s van kwaliteit van de zorg	30
3.1 Deelnemers	31
3.2 Methodiek	31
3.3 Resultaten	32
3.4 Conclusies en definitief overzicht van generieke criteria voor kwaliteit van de zorg	35

Hoofdstuk 3	Aandacht voor interculturaliteit bij het meten van de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief	39
1	Migratie in Vlaanderen	39
1.1	Migratie: omschrijvingen en definities	39
1.2	Aandeel in de bevolking op Vlaams niveau	40
1.3	Aandeel in de bevolking in de grootstedelijke context van Antwerpen en Gent	41
2	Belang van cultuursensitieve zorg	45
2.1	Gezondheidszorg zonder discriminatie	45
2.2	Migratie en de impact op gezondheid en welzijn	47
2.3	Migratie en de deelname aan gezondheids- en welzijnszorg	49
3	Aandacht voor cultuursensitieve meetinstrumenten	50
3.1	Voorbeeld uit de praktijk: Culturele validatie van vier CQI instrumenten in Nederland	50
3.2	Interculturaliteit bij het ontwikkelen en uittesten van de Vlaamse CliëntZorgMonitor	51
Hoofdstuk 4	Selectie van mogelijke generieke instrumenten: in- en exclusiecriteria	53
1	Inclusiecriteria	53
2	Exclusiecriteria	54
Hoofdstuk 5	Overzicht van bestaande instrumenten voor zorgmonitoring in de sectoren van WVG (anno 2014)	55
1	VAZG	55
1.1	Vlaams indicatorenproject kwaliteitszorg algemene ziekenhuizen	55
1.2	Referentiekader kwaliteit van wonen en zorg in de Vlaamse woonzorgcentra	56
1.3	Kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg	56
2	Jongerenwelzijn	57
2.1	Bevraging naar participatie van jongeren door Zorginspectie	58
2.2	Een evaluatieonderzoek naar de crisisjeugdhulp vanuit een multi-actorperspectief	59
2.3	Vragenlijsten gebruikt door diensten en voorzieningen vanuit de koepels	59
3	Kind en Gezin	59
3.1	Vragenlijst klantentevredenheid bij het gebruik van het opvoedingsprogramma Triple P	60
3.2	Onderzoek gebruik Kinderopvang bij kinderen jonger dan 3 jaar in Vlaams gewest	60
3.3	Möbius onderzoek over tevredenheid met K&G-lijn	60
3.4	Tevredenheid van ouders over de brochures K&G: Voeding en Beweging	60
3.5	Onderzoek naar noden en preferenties in zake preventieve zorg bij gezinnen met jonge kinderen.	60
3.6	Censydiam studie	60

4	VAPH	61
	4.1 Oog voor kwaliteit	61
5	Welzijn en Samenleving	61
6	Zorginspectie	62
7	Besluit	62
Hoofdstuk 6 Literatuurstudie naar mogelijke generieke instrumenten voor gebruik als Vlaamse CliëntZorgMonitor		63
1	Werkwijze	63
	1.1 Literatuuronderzoek	63
	1.2 Vroegere onderzoeken uitgevoerd door LUCAS of het Steunpunt WVG	63
Hoofdstuk 7 Overzicht van generieke instrumenten voor het meten van kwaliteit van de zorg in Vlaanderen		65
1	Overzicht van geïncludeerde generieke instrumenten voor het meten van kwaliteit van de zorg in Vlaanderen	65
	1.1 Fiches van de generieke instrumenten	66
	1.2 Overzicht van de kenmerken van de verschillende generieke instrumenten	75
	1.3 Besluit: keuze voor een bestaand instrument of nieuw te ontwikkelen instrument voor verder gebruik als Vlaamse Clientzorgmonitor?	77
2	Overzicht van instrumenten die niet weerhouden werden	77
FASE 2: EEN PILOOTONDERZOEK NAAR DE EIGENSCHAPPEN EN HET GEBRUIK VAN EEN VCZM		79
Hoofdstuk 8 Opzet van het pilootonderzoek		81
1	Doelstelling	81
2	Methode	82
	2.1 Methode schriftelijke bevraging	82
	2.2 Methode online bevraging	85
3	Finale steekproef	86
4	Analyses	91
	4.1 Kwantitatieve data analyse	91
	4.2 Kwalitatieve data analyse	92
Hoofdstuk 9 Eigenschappen van de VCZM		93
1	Psychometrische eigenschappen van het instrument	93
	1.1 Psychometrische eigenschappen van de gehele versie	93
	1.2 Psychometrische eigenschappen van de verkorte versie	94
2	Kwalitatieve informatie	94
	2.1 De non respons van voorzieningen aan de schriftelijke bevraging	94
	2.2 De feedback van gebruikers	95

Hoofdstuk 10	Het gebruik van de VCZM	97
1	Itemscores: % per antwoordcategorie voor elk item	97
2	Gemiddelde score: “Waargenomen kwaliteit van zorg/hulp/ondersteuning”	98
3	Werkpunten in de zorg, hulp of ondersteuning	99
4	Benchmarking	100
5	Evoluties	100
FASE 3: DE IMPLEMENTATIE VAN DE FINALE VCZM		101
Hoofdstuk 11	Voorbeelden uit andere Europese landen	103
1	CQ-index in Nederland	103
1.1	De verschillende CQ instrumenten	104
1.2	Afnamemethoden bij de CQ index	105
1.3	Steekproeftrekking bij de CQ index	106
1.4	Verwerking en data-analyse bij de CQ index	106
1.5	Rapportering bij de CQ index	106
2	Zweden	107
3	Denemarken	108
4	Verenigd Koninkrijk	108
Hoofdstuk 12	Scenario’s ter implementatie van de VCZM	111
1	Wat is de kwaliteit van zorg van alle WVG-voorzieningen?	111
1.1	Doelstelling	111
1.2	Uitwerking	111
1.3	Voor- en nadelen	111
2	Wat is de kwaliteit van zorg volgens de Vlaamse gebruiker?	113
2.1	Doelstelling	113
2.2	Uitwerking	113
2.3	Voor- en nadelen	113
3	Wat is de kwaliteit van zorg per sector/doelgroep?	114
3.1	Doelstelling	114
3.2	Uitwerking	114
3.3	Voor- en nadelen	114
4	Wat is de kwaliteit van zorg per voorziening?	117
4.1	Doelstelling	117
4.2	Uitwerking	117
4.3	Voor- en nadelen	117

Hoofdstuk 13	Aandachtspunten bij elk scenario	119
1	Dataverzameling	119
	1.1 Afnamemethode	119
	1.2 Van steekproef naar werkelijkheid: de gebruiker bereiken	121
	1.3 Weigeringsen	121
2	Meetfrequentie en moment van afname	121
	2.1 Meetfrequentie	121
	2.2 Moment van afname	121
3	Data-analyse	122
	3.1 Verkrijgen databestand en opschoning	122
	3.2 Wie doet de analyses?	122
	3.3 Databeveiliging	122
4	Rapportering	123
	4.1 Wie rapporteert?	123
	4.2 Wat wordt er gerapporteerd en aan wie(niveaus)?	123
Hoofdstuk 14	Conclusie	125
Literatuuroverzicht		127
Bijlagen		133

Overzicht tabellen

Tabel 1	Overzicht van de generieke clusters en onderliggende thema's in de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende sectoren van WVG vanuit het perspectief van de gebruiker (werkversie)	28
Tabel 2	Overzicht van de generieke clusters en onderliggende thema's in de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende sectoren van WVG vanuit het perspectief van de gebruiker (definitieve versie)	36
Tabel 3	Top 10 van herkomstlanden van personen van vreemde herkomst volgens de SVR-operationalisering (2011)	41
Tabel 4	Top 5 van herkomstlanden van personen met vreemde nationaliteit* in Antwerpen (2013)	42
Tabel 5	Top 5 van herkomstlanden van personen met een vreemde nationaliteit* in Gent (2013)	42
Tabel 6	Aantal en aandeel personen van vreemde nationaliteit* in Antwerpen, naar leeftijd (2013)	43
Tabel 7	Aantal en aandeel personen van vreemde nationaliteit* in Gent, naar leeftijd (2013)	43
Tabel 8	Aantal en aandeel personen van vreemde herkomst * in Antwerpen, naar leeftijd (2012)	44
Tabel 9	Aantal en aandeel personen van vreemde herkomst * in Gent, naar leeftijd (2012)	44
Tabel 10	Overzicht van de voornaamste kenmerken van de geselecteerde generieke instrumenten	76
Tabel 11	Het aantal respondenten per sector dat geen enkele keer 'niet van toepassing' aanduidde	87
Tabel 12	Percentage respondenten per sector	88
Tabel 13	Karakteristieken van de respondenten (1)	89
Tabel 14	Karakteristieken van de respondenten (2)	90
Tabel 15	Gemiddelde en standaarddeviatie per item van de VCZM-basisset: een 5-puntenschaal (gehele steekproef, n= 199)	98
Tabel 16	Een illustratie van de voorkeursdisconfirmaties Type 1 en Type 2	99
Tabel 17	Grootste voorkeursdisconfirmaties Type 1	99
Tabel 18	Overzicht van de voor- en nadelen van verschillende afnamemethoden, zoals weergegeven in de CQI bijsluiter Dataverzamelingmethoden	119
Tabel 19	Test 1 (realisatie): Factorladingen (>.60)	191
Tabel 20	Test 2 (realisatie): Factorladingen (>.60)	192

Overzicht figuren

Figuur 1	Test 1 (realisatie): Bepaling van het aantal factoren op basis van de eigenwaarde	191
Figuur 2	Test 2 (realisatie): Bepaling van het aantal factoren op basis van de eigenwaarde	192

Leeswijzer

In een korte situering van het project 'Vlaamse CliëntZorgMonitor' (VCZM) worden vooreerst de achtergrond en de doelstellingen van dit project besproken. Het project bestaat uit 3 onderzoeksfases.

FASE 1 belicht de keuze om (al dan niet) een nieuw instrument te ontwikkelen.

Hoofdstuk 1 definieert de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief verder. Eerst wordt er een overzicht gegeven van Vlaamse en internationale standaarden over kwaliteitsvolle zorg.

Hoofdstuk 2 bouwt verder op de definities en standaarden zoals besproken in hoofdstuk 1 om een generiek themakader te creëren voor de Vlaamse CliëntZorgMonitor. Dit hoofdstuk geeft een themakader weer met een overzicht van alle generieke thema's rond de kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief over de sectoren van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin heen. Hiervoor baseerden we ons op de resultaten van het expertenpanel, die tevens in dit hoofdstuk worden besproken. Daarnaast wordt ook het begrip 'gebruiker' in de context van dit project verder toegelicht.

Hoofdstuk 3 bespreekt specifiek het aspect van interculturaliteit en het belang hiervan bij de ontwikkeling van een generieke cliëntenmonitor.

Hoofdstuk 4 bespreekt de in- en exclusiecriteria die gehanteerd werden bij de selectie van de instrumenten als mogelijk instrument voor de Vlaamse CliëntZorgMonitor.

Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de instrumenten zoals deze nu reeds in gebruik zijn binnen de sectoren van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Deze instrumenten werden beoordeeld volgens de in- en exclusiecriteria besproken in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 6 beschrijft de werkwijze en resultaten van de literatuurstudie. De instrumenten die via deze literatuurstudie werden geïdentificeerd zijn ook beoordeeld volgens de in- en exclusiecriteria uit hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 7 geeft een overzicht van de tien instrumenten die geïnccludeerd werden als mogelijk generiek instrument voor een Vlaamse CliëntZorgMonitor. Per instrument wordt er een fiche met de voornaamste kenmerken ervan weergegeven. Daarnaast bespreekt dit hoofdstuk de keuze voor een bestaand of een nieuw te ontwikkelen instrument.

FASE 2 belicht de pilootfase waarbij een ontwerpversie van de VCZM voor de eerste keer wordt geïmplementeerd en getest.

Hoofdstuk 8 omschrijft het onderzoeksopzet van deze pilootfase waarbij aan de hand van een schriftelijke en online methode de vragenlijst verspreid werd onder gebruikers van een steekproef van voorzieningen. Deze steekproef streeft representativiteit na naar type zorg -ambulant versus (semi)residentieel- en provincie.

Hoofdstuk 9 belicht de eigenschappen van een finale VCZM.

Hoofdstuk 10 bespreekt het gebruik van het instrument.

FASE 3 brengt in kaart hoe de finale VCZM kan worden geïmplementeerd.

Hoofdstuk 11 bespreekt hoe enkele andere Europese landen een soortgelijk instrument implementeren

Hoofdstuk 12 geeft een overzicht van scenario's om de VCZM in Vlaanderen te implementeren.

Hoofdstuk 13 belicht de belangrijkste aandachtspunten bij elk scenario ter implementatie van de VCZM.

Situering van het project “Vlaamse CliëntZorgMonitor” (VCZM)

Dit onderzoek “Vlaamse CliëntZorgMonitor” wordt uitgevoerd in het kader van het Steunpunt WVG door LUCAS, het centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven.

Het gebruikersperspectief kent de laatste jaren een sterke opmars in het beleid. Zo lezen we bijvoorbeeld in Pact 2020, het lange-termijn project van de Vlaamse overheid, bij domein 12 ‘Zorg’ de tweede doelstelling die expliciet verwijst naar het perspectief van de gebruiker: “Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal”. Ook het kwaliteitsdecreet van 2003 hanteert ‘gebruikersgerichtheid’ als onderdeel van de kwaliteit van zorg. En recent bevestigde de SAR WGG in zijn visienota ‘Maatschappelijk verantwoorde zorg’ dat ‘kwaliteit ervaren door de gebruiker’ een onderdeel is van kwaliteitsvolle zorg.

Deze toegenomen belangstelling voor het gebruikersperspectief brengt met zich mee dat er een nood ontstaat om dit perspectief op een betrouwbare en valide wijze te meten. In Vlaanderen brengt de groeiende belangstelling voor het gebruikersperspectief over alle sectoren van WVG met zich mee dat er vele instrumenten en tools ontstaan om het perspectief van de gebruiker op een systematische wijze te meten. De bestaande initiatieven en bevestigingen zijn echter sterk gebonden aan één sector en doelgroep. Vandaar dat er vanuit het perspectief van de overheid in de eerste plaats nood is aan een overzicht van de bestaande werkwijzen op vlak van cliëntzorgmonitoring. De overheid ambieert verder één uniforme tool te hanteren die de generieke aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning op een systematische wijze over alle sectoren heen in kaart brengt vanuit het gebruikersperspectief.

Het is de bedoeling van dit project om een dergelijk instrument – indien het niet gebruiksklaar bestaat – te ontwikkelen en in een pilootstudie te toetsen op haalbaarheid. Een dergelijk generiek instrument zou beantwoorden aan de basisopdracht van de overheid om op een uniforme wijze de meest relevante generieke dimensies van kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker te meten en ook WVG sectoren met elkaar te vergelijken en te monitoren op dit vlak. Tevens kan de Vlaamse overheid aan benchmarking doen. Een generieke zorgmonitoring speelt ook in op de ambitie van de huidige minister van WVG die resoluut de kaart trekt van een intersectorale benadering van welzijn.

Dit onderzoeksproject bestaat uit drie fasen en realiseert volgende vier doelstellingen:

- (1) Een overzicht maken van de bestaande instrumenten voor het monitoren van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruiker binnen het beleidsdomein WVG (fase 1).
- (2) Aftoetsen van het draagvlak voor een generieke visie en een generiek instrument bij de gebruikersorganisaties van WVG (fase 1).
- (3) Een overzicht maken van internationale generieke instrumenten om de visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning vanuit het gebruikersperspectief te meten (fase 1).
- (4) Een voorstel formuleren van een of meerdere instrumenten om tot een ontwerpversie te komen (fase 1), deze ontwerpversie implementeren (fase 2) en scenario’s (met voor- en nadelen) (fase 3) formuleren voor de implementatie van een Vlaamse CliëntZorgMonitor.

De kwaliteit van de zorg laat zich operationaliseren in een aantal aspecten. Deze aspecten kunnen zowel generiek als specifiek zijn. Met generiek bedoelen we dat ze van toepassing zijn in alle sectoren (bv. respect). Specifieke aspecten zijn enkel relevant in een bepaalde sector of voor een bepaald type van

zorg of ondersteuning (bv. comfort van een kamer in een voorziening). In dit project wordt er enkel gefocust op de generieke criteria van de kwaliteit van zorg. De criteria voor kwaliteit van zorg die NIET generiek zijn en heel specifiek zijn voor elke sector vallen niet onder de doelstellingen van dit intersectoraal project. Het is echter wel mogelijk dat generieke criteria door elke sector op een verschillende manier worden ingevuld.

FASE 1: De keuze om (al dan niet) een nieuw instrument te ontwikkelen

Voor de formulering van de generieke aspecten wordt een beroep gedaan op de bestaande definities en omschrijvingen van kwaliteit van zorg op Vlaams en op internationaal niveau (zie hoofdstuk 1). De overlappende clusters en onderliggende thema's van de verschillende kwaliteitskaders worden overzichtelijk samengevat in een tabel. Deze tabel werd verder verfijnd in de loop van het project, onder andere door input van experts uit diverse gebruikersorganisaties van de verschillende sectoren (zie hoofdstuk 2). Een gestructureerde indeling met duidelijke afbakening en definities is belangrijk om begripsverwarring te vermijden en geeft meer inzicht in de verschillende generieke aspecten van de kwaliteit van de zorg.

FASE 2: Een pilootonderzoek naar de eigenschappen en het gebruik van een VCZM

Op basis van een pilootonderzoek gaan we na over welke psychometrische en andere eigenschappen de finale versie van de VCZM beschikt en stellen we een handleiding op met instructies ter gebruik van de VCZM.

FASE 3: De implementatie van de finale VCZM

Tot slot baseren we ons op voorbeelden uit andere Europese landen om diverse implementatie scenario's met hun voor- en nadelen uit te werken en belichten we enkele aandachtspunten die bij elk scenario relevant zijn.

**FASE 1: DE KEUZE OM (AL DAN NIET) EEN NIEUW INSTRUMENT TE
ONTWIKKELEN**

Hoofdstuk 1

De kwaliteit van zorg en het gebruikersperspectief

Dit hoofdstuk omvat een overzicht van wat er op Vlaams en op internationaal niveau verstaan wordt onder kwaliteit van de zorg. Hiervoor hebben we ons vooral gebaseerd op het rapport “ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 ‘Zorg’ van het Pact 2020”, van het Steunpunt WVG (Poelman, Hermans, & Van Audenhove, 2011). Het beschrijft hoe de kwaliteit van zorg wordt gemeten en geïnterpreteerd op Vlaams en op internationaal niveau. Daarnaast vermelden we ook twee andere denkoefeningen op Vlaams niveau: de aanbevelingen voor veilige zorg (Vleugels, 2004) en het manifest van de gebruiker (initiatief van de Federatie voor diensten gezinszorg). Op internationaal vlak bespreken we de definities van het Institute of Medicine, het Health Care Indicators Project van de OECD en het kwaliteitskader voor sociale dienstverlening van de EU.

1 De kwaliteit van zorg zoals gedefinieerd in Vlaanderen

In Vlaanderen kan men in het decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen enkele determinanten van verantwoorde zorg terugvinden. Daarnaast zijn er ook de nota's van Pact 2020, de Strategische Adviesraad en van Flanders' Care. De kwaliteit van de zorg wordt hierin gedefinieerd en verder uitgewerkt. Daarnaast worden ook twee andere denkoefeningen besproken: de aanbevelingen voor veilige zorg (Vleugels, 2004) en het manifest van de gebruiker (initiatief van de Federatie voor diensten gezinszorg). Hieronder een overzicht van de voornaamste criteria zoals geformuleerd door het kwaliteitsdecreet en de vermelde nota's.

1.1 Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Aan welke criteria moet kwaliteitsvolle zorg voldoen? De Vlaamse overheid beantwoordde deze vraag door in het “kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2013 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen” te stellen dat elke welzijns- en gezondheidsvoorziening verantwoorde zorg moet leveren (“Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen,” n.d.). Verantwoorde zorg is doeltreffend, doelmatig, continu, maatschappelijk aanvaardbaar en gebruikersgericht. Bij het verstrekken van die zorg moeten in ieder geval volgende aspecten gewaarborgd worden:

- Respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit
- Bejegening
- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht
- Klachtenbemiddeling en -behandeling
- Informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving

1.2 Pact 2020

De Vlaamse overheid lanceerde in 2009 samen met de sociale partners 20 doelstellingen om Vlaanderen tegen 2020 naar de top van Europa te leiden. Met betrekking tot zorg zijn de volgende subdoelstellingen vermeldenswaardig wanneer het gaat over de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief:

- Vlaanderen voorziet in een toegankelijk en betaalbaar kwaliteitsvol aanbod aan hulp- en zorgverlening, dat toereikend is in het licht van de zich wijzigende maatschappelijke behoeften en sociaal-demografische ontwikkelingen.
- Bij de organisatie van het volledige hulp- en zorgcontinuüm staan efficiëntie, effectiviteit en daardoor de kwaliteit vanuit het oogpunt van de gebruiker centraal.

Er wordt echter niet gedefinieerd hoe deze subdoelstellingen specifiek dienen te worden ingevuld, met name het gebruikersperspectief komt onvoldoende naar voor.

1.3 Kwaliteitsvolle zorg volgens de SAR-WGG

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

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

Elk van de vijf uitgangspunten is even belangrijk: er bestaat geen hiërarchisch verband tussen.

1.4 Flanders' Care

In de originele conceptnota van Flanders' Care (toen nog Vlaanderen Medisch Centrum, (Vandeuren, Lieten, & Peeters, 2010)) wordt innovatie in de zorg besproken, waarbij de volgende aspecten van kwaliteit van de zorg centraal staan:

- Effectiviteit
- Efficiëntie

- Patiënt georiënteerd/gestuurd
- Tijdigheid
- Toegankelijkheid
- Veiligheid

Deze criteria van een kwaliteitsvolle zorg zijn gebaseerd op de omschrijving van The Institute of Medicine (zie onder).

1.5 Aanbevelingen voor veilige zorg

In deze context is het ook interessant om de publicatie “aanbevelingen voor veilige zorg” van Arthur Vleugels te beschrijven (Vleugels, 2004). Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KU Leuven nam het initiatief om in overleg met verantwoordelijken uit Vlaamse ziekenhuizen de aanbevelingen van the Institute of Medicine te vertalen, hertalen en herschikken voor de Vlaams-Belgische context. Zij formuleerden hiervoor enkele belangrijke aanbevelingen waarbij de voornaamste aanbevelingen die in het kader van dit project van belang zijn, hieronder kort worden weergegeven.

- Aanbeveling 1: Goede zorg moet de eerste en belangrijkste doelstelling zijn voor al wie met gezondheidszorg bezig is.
- Aanbeveling 2: De volgende eigenschappen worden gezien als kenmerken van goede zorg:
 - **Doeltreffend:** de zorg bereikt dat waarvoor zij bedoeld is
 - **Patiëntgestuurd:** de zorgprocessen worden gestuurd door de zorgbehoefte(n) van de patiënt
 - **Tijdig:** zorg wordt zonder uitstel verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg zich aanbiedt
 - **Veilig:** de zorg of het zorgsysteem zelf veroorzaken geen (bijkomende) schade aan de zorgvrager
 - **Doelmatig:** de zorg wordt verstrekt met een maatschappelijk aanvaarde verhouding tussen te bereiken (bereikte) resultaat en in te zetten (ingezette) middelen
 - **Geïntegreerd:** de zorg wordt verstrekt in een niet-gefragmenteerde en onderling afgestemde samenhang van de bijdragen van iedere zorgverstrekker tot de zorg van de zorgvrager
 - **Continu:** de zorg wordt zo verstrekt dat de samenhang en de continuïteit tussen opeenvolgende episodes van zorg, of episodes van zorg in elkaar opvolgende zorgomgevingen, verzekerd is
 - **Billijk:** gelijke zorg wordt verstrekt zonder enig onderscheid op basis van de persoon van de zorgvrager.
- Aanbeveling 3: herontwerpen van zorgprocessen met het concept van patiëntgestuurd denken en handelen als uitgangspunt
 - Zorg is **beschikbaar** wanneer de zorgvrager zorg nodig heeft.
 - Zorg moet kunnen **beantwoorden aan zowel de vragen en behoeften** van grote homogene groepen patiënten, maar ook aan de voorkeuren en verwachtingen van individuen.
 - Patiënten moeten toegang hebben tot voor hen relevante **informatie over hun gezondheidstoestand**. Zij moeten actief geïnformeerd worden over de zorgprocessen en het verwachte resultaat. De communicatie moet transparant zijn en in een voor de patiënt begrijpelijke taal.
 - Waar mogelijk moet de zorgvrager mee kunnen beslissen over de aard van de zorg en het verloop, in **gedeelde besluitvorming**.
 - Zorg moet **evidence-based** zijn.

- Het zorgsysteem moet de **informatie** leveren die de patiënt toelaat een geïnformeerde keuze te maken tussen de mogelijkheden die het zorgsysteem biedt.
- Zorg moet **pro-actief** zijn en anticiperen op zorgbehoeften.
- Zorgverstrekkers moeten **overtolligheid vermijden** evenals andere vormen van verkwisting van middelen.
- Zorgverstrekkers en zorginstellingen moeten samenwerken om een volledig zorgaanbod te kunnen aanbieden dat in **continuïteit** een geëigend antwoord kan bieden op de zorgvraag van de bevolking en individuele zorgvragers.
- Zorg moet veilig zijn. **Veiligheid** moet proactief in de organisatie van de zorg en het functioneren van het zorgsysteem worden ingebouwd.
- Aanbeveling 4: Kwaliteitszorg veronderstelt **permanent toezicht**. Openheid en transparantie zijn daarbij belangrijke factoren.

1.6 Manifest van de gebruiker uit de diensten gezinszorg

De federatie van de diensten gezinszorg stelde het manifest van de gebruiker op in samenwerking met vertegenwoordigers van gebruikers en mantelzorgers binnen hun diensten voor gezinszorg. De doelstelling van dit manifest was om een leidraad voor de individuele diensten op te stellen om de manier van werken aan te passen aan de noden en zorgvragen van de gebruikers.

In dit manifest werden 15 criteria opgesomd die belangrijk zijn voor de gebruiker van de diensten gezinszorg. Deze criteria zijn specifiek voor de diensten gezinszorg, maar zijn in de context van dit project eveneens relevant omwille van de grote overlap met bovenstaande beschreven aanbevelingen en visienota's. We vermelden hieronder de voornaamste criteria met (generieke) relevantie voor dit project.

Gebruikers willen/wensen...

- Zelf meebepalen welke ondersteuning het meest beantwoordt aan hun noden en actief betrokken worden in de manier waarop.
- Een goede afstemming en coördinatie tussen alle eerstelijns werkers en de mogelijkheid om actief en volwaardig betrokken te worden bij het bepalen van de ondersteunings- en zorgdoelen en de opmaak van het zorgplan. Hiertoe dient de gebruiker op voldoende en correcte wijze geïnformeerd te worden. Daarnaast moet er ook transparantie zijn over de gegevens die over de gebruiker worden bijgehouden.
- Een snelle opstart van de dienstverlening zo kort mogelijk na de aanvraag voor zorg.
- Zorg en ondersteuning op de uren en dagen dat het past, zodanig dat de gebruiker een zo normaal mogelijk leven kan leiden.
- Een goede match met de verzorgende. Indien er geen affiniteit of match is, moet het mogelijk zijn om te veranderen van verzorgende.
- Zoveel mogelijk dezelfde verzorgende.
- Goede afstemming en coördinatie met andere professionele en informele zorgverstrekkers. Daarnaast wenst de gebruiker ook inzage in het zorgdossier en betrokkenheid bij het zorgoverleg en de opmaak van het zorgplan.
- Actieve participatie van gebruikers als ervaringsdeskundige in het bestuur, waarbij participatie een middel is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren door vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen.

- Beschikbare en betaalbare zorg voor iedereen, ongeacht waar hij/zij woont.
- Polsen van de gebruikers over de kwaliteit van de verleende ondersteuning en zorg, zonder inmenging of begeleiding van een personeelslid.

2 Internationale definities van kwaliteit van zorg

Er zijn op het internationale forum een aantal gezaghebbende definities van kwaliteit van zorg geformuleerd. Deze paragraaf beschrijft de definities van het Institute of Medicine, de OECD en de EU.

2.1 Institute of Medicine

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

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

Kwaliteitsvolle zorg is die zorg die bijdraagt tot de gewenste gezondheidsresultaten en die gebaseerd is op de huidige beschikbare professionele kennis. Het instituut formuleert hierbij zes toetscriteria:

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

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

2.2 OECD: Health Care Quality Indicators Project

De OECD lanceerde in 2006 het ‘Health care Quality indicators Project’. Bedoeling was om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor de gezondheidszorg. In een eerste stap werden de kwaliteitsprincipes van de gezondheidszorgsystemen van een aantal landen geanalyseerd. De studie maakt een onderscheid tussen veel en weinig gebruikte concepten. De veel gebruikte concepten zijn:

- Effectiviteit: de mate waarin de gewenste resultaten in termen van gezondheidswinst bereikt worden, voortbouwend op de beschikbare wetenschappelijke kennis.
- Veiligheid: het vermijden en voorkomen van nadelige resultaten of letsels.
- Responsiviteit (‘patient-centredness’): aansluiten bij verwachtingen van de gebruiker.

- Toegankelijkheid: fysieke, financiële, geografische en psychologische toegankelijkheid van diensten.
- Rechtvaardigheid: rechtvaardige (her)verdelende effecten van gezondheidszorg.
- Efficiëntie: optimaal gebruik van beschikbare middelen om de beste resultaten te bereiken, zowel op macroniveau (betaalbaarheid van gezondheidszorg) als op microniveau (gerealiseerde output op patiëntniveau).

2.3 Het kwaliteitskader voor sociale dienstverlening van de EU

De EU heeft recentelijk (2010) ook een kwaliteitskader geformuleerd voor maatschappelijke dienstverlening. De EU hanteert daarbij een ruime definitie van sociale diensten die verwijst naar allerlei vormen van dienstverlening die de integratie van personen met langdurige gezondheidsproblemen of beperkingen ondersteunen, die een antwoord bieden op persoonlijke problemen en die gezinnen ondersteunen bij de zorg voor kinderen en ouderen.

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

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

Het betreft hier een vrijwillig kwaliteitskader dat het resultaat is van een achttal Europees gefinancierde Progress-projecten die in het teken staan van het meten en monitoren van de kwaliteit van sociale dienstverlening ("Website PROGRESS programme 2007-2013," n.d.). Eén van deze acht projecten, het formuleren van kwaliteitsindicatoren voor de residentiële ouderenzorg, ontwikkelde een internationaal gevalideerde lijst met resultaatgerichte indicatoren die zorgorganisaties helpen bij het meten van de kwaliteit van de zorg en het leven van cliënten in woonzorgcentra (Hoffmann et al., 2010). Ook op het vlak van kwaliteit van leven wordt er gemeten; dit wordt geoperationaliseerd aan de hand van 45 indicatoren met behulp van de Consumer Quality Index methodologie.

Hoofdstuk 2

Naar een generieke visie op kwaliteit van de zorg vanuit het gebruikersperspectief

In dit hoofdstuk gaan we eerst dieper in op het gebruikersperspectief en geven een definitie van ‘de gebruiker’. Het is uitermate belangrijk om duidelijke definities te hanteren om begripsverwarring te vermijden.

Daarnaast wordt de integratie weergegeven van de verschillende definities over kwaliteit van zorg, zoals beschreven in hoofdstuk 1, om tot één (werkversie van een) lijst van generieke thema’s te komen.

Als laatste wordt de methodiek en de resultaten van het expertenpanel besproken. De werkversie van de lijst met generieke thema’s werd bij de diverse experts uit gebruikersorganisaties afgetoetst om uiteindelijk te komen tot een definitieve lijst met thema’s die toelaten om de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief te meten.

1 De definitie van ‘gebruiker’ in dit project

In de context van dit project is de term ‘patiënt’ of ‘zorgconsument’ niet geschikt, aangezien de verschillende sectoren binnen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zich niet enkel richten op patiënten of op gezondheidszorg. Daarom kiezen we er ook voor om voor dit project te spreken van ‘gebruikers’.

Een gebruiker wordt in de context van dit project gedefinieerd als elke cliënt of patiënt die rechtstreeks met de zorg en ondersteuning van een dienst of voorziening in contact komt. De zorg en ondersteuning zoals aangeboden door de dienst of voorziening heeft als doel om deze cliënt of patiënt te ondersteunen. De gebruikers van een dienst of voorziening vallen bijgevolg samen met de doelgroep zoals gedefinieerd door de diensten en voorzieningen zélf.

Voorbeeld 1: indien een dienst uit de jeugdzorg aangeeft zich te richten op opvoedingsondersteuning voor ouders en op begeleiding van jongeren, vallen zowel de jongeren als hun ouders onder de term ‘gebruiker’.

Voorbeeld 2: bij een dienst die zich richt op de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen bij jongeren tot 18 jaar, zijn deze jongeren de gebruikers. De partners en ouders van de jongeren die niet rechtstreeks worden aangesproken of bereikt door deze dienst, vallen niet onder de definitie van gebruiker, ook al zijn deze onrechtstreeks betrokken bij deze ondersteuning en kunnen zij een belangrijke rol spelen hierin.

De mantelzorgers, al dan niet inwonend bij de cliënt, worden enkel gerekend tot de gebruikersgroep van een zorgaanbieder indien ze als doelgroep door de zorgaanbieder zelf worden aangeduid.

Voorbeeld 3: Een partner of mantelzorger van een bewoner in een woonzorgcentrum valt niet expliciet onder de doelgroep van gebruikers van een woonzorgcentrum. Bijgevolg zijn deze geen gebruikers in de context van dit project.

Voorbeeld 4: een thuisbegeleidingsdienst voor oudere kwetsbare personen en hun omgeving richt zich ook op de mantelzorgers van deze ouderen. Bij deze zorgaanbieder valt de mantelzorger bijgevolg wel onder de definitie van ‘gebruiker’.

2 Integratie van definities tot één lijst van generieke thema’s voor kwaliteit van zorg

De voorgaande definities over kwaliteit van zorg zoals beschreven in hoofdstuk 1 vertonen onderling grote gelijkenissen. Deze definities zijn naast elkaar gelegd en gerangschikt volgens overlappende clusters en onderliggende thema’s (bronnen: (“Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen,” n.d., “Visienota SAR WGG Maatschappelijk Verantwoorde Zorg,” n.d.; Poelman et al., 2011; Vandeurzen et al., 2010; Vleugels, 2004)). Onderstaande tabel bespreekt en definieert de verschillende generieke thema’s. Enkel de thema’s die beoordeeld kunnen worden door de gebruiker, komen aan bod. Een gestructureerde indeling met duidelijke afbakening en definities is belangrijk om begripsverwarring te vermijden en geeft meer inzicht in de verschillende generieke aspecten van de kwaliteit van de zorg. Deze tabel beschouwen we als een werkversie om te kunnen aftoetsen bij gebruikersorganisaties, om te komen tot een consensus wat betreft de noodzakelijke generieke thema’s binnen de kwaliteit van de zorg (zie volgende paragraaf).

Tabel 1 Overzicht van de generieke clusters en onderliggende thema's in de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende sectoren van WVG vanuit het perspectief van de gebruiker (werkversie)

Toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid	
Tijdigheid	De mate waarin de zorg op een tijdige manier (zonder uitstel) kan worden verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg en ondersteuning zich aandient.
Rechtvaardigheid	Kwaliteit van de zorg die niet afhankelijk is van persoonlijke kenmerken van de cliënt zoals geslacht, etnische achtergrond, geografische locatie of socio-economische situatie.
Beschikbaarheid	De mate waarin er door de gebruiker beroep kan worden gedaan op de zorg, de mate waarin zorg wordt aangeboden met voldoende capaciteit op piekmomenten.
Betaalbaarheid	De mate waarin de zorg en ondersteuning betaalbaar is voor de gebruiker.
Bereikbaarheid	De mate waarin de zorg en ondersteuning geografisch toegankelijk is voor de gebruiker. Dit wordt meestal uitgedrukt als een afstand of tijd om tot de aanbieder te geraken.
Participatie, keuze, inspraak en gebruikersgestuurdheid	
Keuzevrijheid van zorgaanbieder	De mate waarin de gebruiker vrij is in de keuze voor de zorgaanbieder voor zijn/haar nood aan zorg en ondersteuning.
Keuzevrijheid van zorgmedewerker	De mate waarin de gebruiker binnen een zorgaanbieder kan kiezen met welke zorgmedewerker(s) hij/zij in contact komt en geholpen wordt.

Inspraak in eigen zorg & ondersteuning	De mate waarin de gebruiker mee kan beslissen over de aard en uitvoering van de zorg en ondersteuning. Dit kan gaan over behandeling, zorgplan, zorgafspraken, opvolging van de zorg en ondersteuning.
Inspraak op zorgaanbiedersniveau	De mate waarin een gebruiker mee betrokken wordt bij de kwaliteitsevaluatie van de zorgaanbieder. Dit kan gaan over de afhandeling van klachten, de mogelijkheid tot evaluatie van de zorg aangeboden door de zorgaanbieder alsook op welke manier er met deze opmerkingen wordt omgegaan.
Interpersoonlijke aspecten gebruiker-zorgmedewerker	
Luisterbereidheid & empathie	De mate waarin de zorgmedewerker naar het verhaal van de gebruiker luistert en empathie vertoont wat betreft het levensverhaal, de problemen en de preferenties en verwachtingen van de gebruiker.
Respect	De mate waarin de gebruiker met respect behandeld wordt, ongerelateerd aan zijn/haar problematiek. De mate waarin de gebruiker door de zorgmedewerker als een volwaardige partner wordt gezien.
Informatieverstrekking	
Informatie over de (zorg)situatie van de gebruiker	De mate waarin de zorgaanbieder informatie geeft aan de gebruiker over de inschatting van de hulpverlener van de zorgnood en zorgvraag van de gebruiker, zodanig dat de gebruiker op de hoogte is van alle informatie die over hem/haar werd verkregen via gesprekken en hulpverlening.
Informatie over het zorgaanbod van de zorgaanbieder	De mate waarin de zorgaanbieder zijn aanbod kenbaar maakt aan de gebruiker, en informatie geeft over de verschillende mogelijkheden qua zorg en ondersteuning die aan de noden en zorgvraag van de gebruiker voldoen.
Inzage in het dossier of zorgplan	De mate waarin de gebruiker toegang heeft tot zijn dossier en/of inzage heeft in het opgestelde zorgplan.
Duidelijkheid van de informatieverstrekking	De mate waarin er op een duidelijke, zichtbare en begrijpbare manier wordt gecommuniceerd met de gebruiker.
Privacy en vertrouwelijkheid	
	De mate waarin de privacy van de gebruiker wordt gerespecteerd, door zijn/haar gegevens en zorgplan op een vertrouwelijke manier te behandelen.
Ervaren effectiviteit	
	De mate waarin de gebruiker de aangeboden zorg en ondersteuning als een goede steun voor zijn dagelijkse leven ervaart, alsook de mate waarin de gebruiker vindt dat er aan zijn zorgnoden tegemoet is gekomen door de zorgaanbieder.

De mate waarin de gebruiker een positieve evolutie doormaakt in zijn situatie.

Zorgcoördinatie en -continuïteit

De mate waarin de zorg en ondersteuning wordt afgestemd zowel tussen verschillende zorgaanbieders als tussen zorgmedewerkers binnen eenzelfde zorgaanbieder. De mate waarin de verschillende deskundigheden en het aanbod van de verschillende zorgaanbieders wordt aangewend om vanuit de zorgnoden van de cliënt een geïndividualiseerd zorg- en ondersteuningstraject uit te werken.

We wensen hieraan nog **stigma als extra thema** toe te voegen. Het thema stigma kwam niet expliciet naar voor bij de besproken visienota's uit hoofdstuk 1, maar wordt besproken in de literatuur als een belangrijk aspect in de zorgverlening. Stigma is een van de drempels voor een zorggebruiker om al dan niet van deze zorg gebruik te maken (Epstein, Hall, Tognetti, Son, & Conant, 1989; Kissane, 2003; Mojtabai, 2010). In stigma onderscheiden we twee verschillende aspecten: (i) sociale uitsluiting en discriminatie en (ii) negatieve zelfwaardering.

Stigma

Sociale uitsluiting en discriminatie

De mate waarin gebruikers zich uitgesloten, gediscrimineerd of anders behandeld voelen omdat ze gebruik maken van de dienst van een zorgaanbieder.

Negatieve zelfwaardering

De mate waarin gebruikers zichzelf minder waard voelen of zich schamen omdat ze gebruik maken van de dienst van een zorgaanbieder.

3 Organisatie van een expertenpanel over generieke thema's van kwaliteit van de zorg

In eerste instantie stelden we een themalijst op met generieke thema's betreffende de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief (zie tabel 1). Hierbij baseerden we ons op het reeds bestaande werk dat uitgevoerd werd en waarbij de gebruikers en gebruikersorganisaties werden betrokken. Deze werkversie willen we vervolgens afdalen met diverse gebruikersorganisaties door middel van een expertenpanel. De doelstelling hierbij is enerzijds om na te gaan of deze werkversie voldoende uitgebreid is en de organisaties zich herkennen in de verschillende thema's, en anderzijds een eerste draagvlak te creëren voor deze Vlaamse CliëntZorgMonitor. De bedenkingen en opmerkingen uit een dergelijk expertenpanel zijn waardevol als input voor het verdere verloop van het project.

3.1 Deelnemers

De volgende organisaties werden aangeschreven om deel te nemen aan het expertenpanel op 13 maart 2014:

- De Vlaamse Ouderenraad
- Het Vlaams Patiëntenplatform
- Uilenspiegel
- Similes
- Vlaamse Kankerliga
- MS-liga
- Fevlado
- Inclusie Vlaanderen
- GRIP
- Gezin en Handicap
- POPANT
- Cachet
- Gezinsbond
- Vlaams Netwerk tegen Armoede
- Çavaria
- Minderhedenforum
- Ella

Uiteindelijk vertegenwoordigden de volgende experts de gebruikersorganisaties op het expertenpanel: Sanghmitra Bhutani (Minderhedenforum), Kris Clijsters (Cachet), Mieke Craeymeersch (Similes), Annick De Donder (Vlaamse Ouderenraad), Bernadette Rutjes (Inclusie Vlaanderen), Merel Terlien (Ella), Lief Van Bael (Gezin en Handicap), Rita Van Reempts (MS-liga) en Lutgard Vrints (Gezinsbond).

3.2 Methodiek

Alle uitgenodigde deelnemers kregen een week voor het expertenpanel een denkoefening opgestuurd, waarbij ze werden gevraagd om de werkversie van de themalijst met generieke thema's te prioriteren volgens 'cruciaal thema' en 'bijkomstig thema'. Daarnaast konden ze ook aangeven of er volgens hen nog thema's ontbraken.

Tijdens het expertenpanel gaf SWVG eerst een overzicht van het project, waarbij de deelnemers de gelegenheid kregen om hun vragen en opmerkingen omtrent het project te formuleren. Nadien werd de grotere groep opgedeeld om in kleinere groepjes te debatteren over de verschillende generieke thema's en deze te prioriteren volgens hun oordeel (cruciaal versus bijkomstig). Elk groepje stelde zijn voorbereiding in plenum voor, waarna alle deelnemers vragen en opmerkingen konden stellen.

Aan de afwezigen werd gevraagd om de denkoefening door te sturen naar de onderzoekers, dit om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de verschillende opinies in de sectoren. Tevens werden er met enkele gebruikersorganisaties individuele interviews georganiseerd, nl. POPANT, Fevlado, het Vlaams Patiëntenplatform en het Vlaams Netwerk tegen Armoede. Zowel de resultaten van het expertenpanel als de denkoefeningen en individuele interviews zijn in onderstaande resultatensectie verwerkt.

3.3 Resultaten

3.3.1 Algemene opmerkingen over het project

Na de algemene inleiding konden de deelnemers hun opmerkingen meegeven in verband met de algemene opzet van het project.

Men merkte op dat dit instrument niet als losstaand instrument kan gebruikt worden, maar dat het best ook wordt aangevuld met andere instrumenten of indicatoren voor **kwaliteitsmeting**. Vanuit SWVG werd benadrukt dat het hier echter gaat over het gebruikersperspectief over de ervaren kwaliteit van de zorg, dat een ander perspectief is dan bijvoorbeeld de geldende sectorale regelgeving waarop toegezien wordt door Zorginspectie.

Wat de **doelgroep** van dit project betreft, werd de vraag gesteld hoe men het perspectief van gebruikers met een beperking zal in kaart brengen. Op dit moment lijkt het om een instrument te gaan dat niet zal kunnen worden ingevuld door deze specifieke groep. Hetzelfde geldt voor kwetsbare ouderen. Daarnaast stelt men zich ook de vraag of het mogelijk is om een goed beeld te krijgen van bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de zorg, aangezien deze bevraging niet de mensen bereikt die geen toegang hebben tot de zorg. Ook is het hierbij belangrijk om te weten dat gebruikers die voortijdig uitvallen, wellicht moeilijk kunnen worden bereikt met dit instrument. SWVG verduidelijkte dat dit project zich in eerste instantie richt op gebruikers die zelfstandig een vragenlijst kunnen invullen. In een verdere fase van het project kan de monitor aangepast worden voor specifieke doelgroepen die nog niet bereikt kunnen worden.

Over de **modaliteiten** van de bevraging vindt men het belangrijk dat er op verscheidene momenten wordt bevraged, aangezien het inzicht van de gebruiker over de kwaliteit van de zorg evolueert. Gebruikers schatten soms de verkregen zorg positiever of negatiever in wanneer ze reeds uit de zorg zijn. Dit kan onder meer te maken hebben met een eerder negatieve ingesteldheid ten opzichte van de zorg wanneer die opgelegd wordt (bijvoorbeeld in de jeugdzorg), met de neiging tot positief of sociaal-wenselijk antwoorden omwille van de zorgafhankelijkheid op het moment van de bevraging of omwille van de zorgschaarste waardoor gebruikers niet kritisch durven zijn uit schrik om hun hulp te verliezen. Kwetsbare groepen zullen ook eerder geneigd zijn om sociaal-wenselijke antwoorden te geven. Bij deze groepen merkt men vanuit de gebruikersorganisaties op dat kwantitatieve bevragingen moeilijker zijn dan kwalitatieve methoden. Men suggereert dat men zou kunnen werken met een vertrouwenspersoon naar keuze van de gebruiker. Het is belangrijk om bij de keuze van de verschillende modaliteiten met deze opmerkingen in de mate van het mogelijke rekening te houden (zie ook hoofdstuk 7). Het is wellicht niet haalbaar om te werken met een kwalitatieve methodiek, gezien de omvang van deze bevraging. Het inschakelen van vertrouwenspersonen bij een kwantitatieve bevraging kan wel een goed alternatief bieden.

Daarnaast geeft men aan dat men tijdens de **ontwikkeling van een instrument** rekening moet houden met zwakkere doelgroepen, en de vragen zo eenvoudig mogelijk moet formuleren. Daarnaast is het belangrijk om op te letten dat je niet louter zaken bevrageet die het management van voorzieningen of diensten wil onderzoeken, maar dat het instrument specifiek gericht is op de gebruikers en wat zij belangrijk vinden. Deze opmerking is zeker relevant voor het werken met een sectorbreed instrument. Het is uiteraard het doel om te werken met een zo eenvoudig mogelijk instrument, om zoveel mogelijk gebruikers te betrekken bij de bevraging. Wat de laatste opmerking betreft, schakelen we net de hulp in van de gebruikersorganisaties om belangrijke generieke thema's in de kwaliteit van de zorg te kunnen

detecteren. Deze input zorgt ervoor dat we de relevante thema's voor de gebruikers kunnen identificeren en dat er niet louter wordt gekeken vanuit managementstandpunt.

3.3.2 Prioritering van de verschillende generieke thema's

De voornaamste vaststelling bij dit expertenpanel is dat alle gebruikersorganisaties wat betreft de generieke thema's van kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief op een zelfde lijn zitten. Een consensus kon snel bereikt worden, aangezien men quasi alle thema's uit **de werkversie met generieke thema's** als cruciaal beschouwt. De deelnemers vonden het niet opportuun om bepaalde thema's hieruit te schrappen, aangezien deze allemaal belangrijk zijn voor de gebruiker. Wel werd aangegeven dat er bij het thema 'veiligheid' de aspecten rond veiligheid van het gebouw eerder als bijkomstig worden gezien. Deze criteria worden reeds vastgelegd als erkenningsvereiste voor voorzieningen en diensten, en worden dus verondersteld in orde te zijn bij bestaande voorzieningen en diensten. Het subthema interpersoonlijke veiligheid overlapt met het thema 'interpersoonlijke aspecten cliënt-zorgmedewerker', en kan dus ook hierbij geformuleerd worden als subthema.

Het feit dat er zo snel een consensus over de voorliggende thema's kon worden bereikt, wijst er op dat de werkversie reeds bestaat uit cruciale thema's die voor alle sectoren relevant zijn. Dit was ook te verwachten, aangezien voorafgaande denkoefeningen van andere instanties hier reeds vele inspanningen rond hebben geleverd in het verleden en ook gebruikers(organisaties) mee hebben betrokken om deze thema's af te toetsen.

De deelnemers kregen ook de kans om de voor hen ontbrekende aspecten of thema's die belangrijk zijn voor een goede kwaliteit van zorg aan te halen. De volgende thema's werden hierbij vermeld:

- Het **intercultureel perspectief** ontbreekt op dit moment in de voorgelegde werkversie. Dit specifieke perspectief is belangrijk in onze hedendaagse maatschappij waar iedereen recht heeft op gelijkwaardige zorg. Een eerste thema waarbij dit verder kan uitgewerkt worden is toegankelijkheid en gebruikersvriendelijkheid, voornamelijk op het vlak van het onderliggende thema rechtvaardigheid. Hierbij is het belangrijk dat zorg voor iedereen toegankelijk is, zonder onderscheid. De deelnemers benadrukten vooral dat het belangrijk is dat er naar het verhaal van de gebruiker wordt geluisterd, zonder dat culturele aspecten (zoals religie en opvoeding) worden genegeerd of juist worden overdreven. Er mag geen overculturalisering plaatsvinden waarbij men cultuur als enige verklaring beschouwt voor gedragingen van mensen. Dit gaat namelijk gepaard met een simplificatie en misverstanden aangezien er niet naar het individu wordt gekeken als persoon met een eigen identiteit. Elke gebruiker heeft het recht om met zijn of haar persoonlijk verhaal bij een zorgmedewerker terecht te kunnen, zonder dat men op voorhand reeds vooroordelen maakt omdat een gebruiker bijvoorbeeld een hoofddoek draagt of de Nederlandse taal niet zo goed machtig is. Soms kan het echter juist wel belangrijk zijn om categoriale hulp aan te bieden. Dit hangt nauw samen met het thema stigma, waarbij men in de zorg dikwijls voorbijgaat aan het belang van religie voor sommige groepen gebruikers. De rol van religie is soms cruciaal voor de interpretatie van het persoonlijke verhaal van de gebruiker, maar hulpverleners kunnen op dit moment niet altijd even goed om met dit aspect. Als voorbeeld worden ervaringen uit de geestelijke gezondheidszorg aangehaald, waarbij gebruikers niet serieus genomen worden wanneer ze spreken over hun religieuze beleving en men uitingen van religie soms beschouwt als onderdeel van hun ziekte.

- **Diversiteit** omvat niet enkel personen met een migratieachtergrond, maar houdt ook in dat men rekening houdt met andere minderheidsgroepen. Hierbij denken de deelnemers aan gender, geaardheid en personen in kansarmoede. Deze diversiteit betrekken in een instrument kan op een aantal manieren. Het zou een optie kunnen zijn dat er eerst een algemene vraag gesteld wordt met verschillende categorieën (bijvoorbeeld migratieachtergrond, gender, geaardheid...) en dat men op basis van de antwoorden op deze vragen specifiekere vragen kan stellen aan bepaalde groepen. Hierbij zou men kunnen vragen of men op basis van deze achtergrondfactoren het gevoel had gediscrimineerd te zijn of anders behandeld te worden. Een andere optie is dat de hele vragenlijst door alle gebruikers ingevuld wordt. Dit houdt uiteraard in dat de vragen als dusdanig geformuleerd moeten worden dat de vragen voor iedere gebruiker relevant zijn, of dat men een antwoordcategorie heeft waarbij men kan aangeven dat deze vraag niet voor hem/haar van toepassing is. Het is ook belangrijk om bij kwetsbare groepen, zoals bijvoorbeeld personen in kansarmoede, gevoelsmatige vragen te stellen, eerder dan inhoudsvragen. De gebruikers-organisaties geven aan dat niet alle gebruikers mondig zijn. Bij deze groepen is het dikwijls zo dat men het moeilijk heeft om zelfstandig zijn weg te vinden in het uitgebreide en versnipperde zorg- en welzijnsaanbod. Het is belangrijker om te bevragen of ze uiteindelijk het gevoel hadden ergens terecht te kunnen met hun problemen, dan of voorziening X voldoende informatie heeft gegeven.
- Bij het **thema 'informatie'** vindt men dat er ook moet gepeild worden naar de redelijkheid van de persoonlijke informatie die aan de gebruikers wordt gevraagd. Is de hoeveelheid informatie die de zorgmedewerkers opvragen in overeenstemming met de zorgvraag? Men geeft aan dat er door zorgmedewerkers dikwijls heel veel vragen worden gesteld, ook bij 'eenvoudige' zorgvragen van gebruikers. Ook dit kan ertoe leiden dat mensen zorg mijden. Een ander aspect bij informatie dat ontbreekt, gaat over de rechten van de gebruiker. Er zou kunnen gevraagd worden aan de gebruikers "weet u dat u het recht hebt op...?". Andere deelnemers merkten op dat de belangrijkste rechten ook reeds in de verschillende generieke thema's aan bod komen. Gebruikers kunnen echter wel het gevoel hebben dat hen onrecht is aangedaan, en daar zou er meer naar gevraagd kunnen worden.
Daarnaast gaf een deelnemer ook aan dat men moet vragen naar de informatie die gegeven wordt over andere diensten naast het eigen zorgaanbod. Dit is belangrijk bij doorverwijzing, en ontslag of beëindiging van de begeleiding.
- Bij het **thema 'ervaren effectiviteit'** benadrukken de deelnemers dat dit een zeer cruciaal thema is, gezien deze vraag tot nog toe nooit werd gesteld aan gebruikers. Wel is er momenteel in de werkversie met generieke thema's nog geen aandacht voor de deskundigheid van de hulpverlener. De organisaties verstaan onder deskundig dat er voldoende aandacht is voor het persoonlijke verhaal van de gebruiker en dat hij/zij in de loop van zijn traject ook goed wordt opgevolgd aangezien de zorgnood- of vraag kan veranderen. Daarnaast valt onder deskundigheid ook dat hulpverleners kennis hebben over bepaalde kansengroepen zoals mensen in armoede, personen met een migratieachtergrond etc.
- Er wordt geopperd om ook te polsen naar **negatieve ervaringen** in de zorg. Dit kan dan gaan over straffen, dwangmaatregelen, gevoel om niet begrepen te worden, discriminatie... Dit kan geformuleerd worden als een open vraag op het einde van de vragenlijst.

- Over het **thema ‘stigma’** verschillen de meningen. Er wordt geopperd dat stigma een maatschappelijk probleem is, en dat voorzieningen hier weinig aan kunnen veranderen. Anderzijds wordt er ook geopperd dat dit op beleidsniveau zeker relevant is. Daarnaast geven sommige organisaties ook aan dat het wel mogelijk is om als voorziening of dienst hier bepaalde maatregelen in te nemen.

3.4 Conclusies en definitief overzicht van generieke criteria voor kwaliteit van de zorg

De voornaamste vaststelling bij dit expertenpanel is dat alle gebruikersorganisaties wat betreft de generieke thema's van kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief op een zelfde lijn zitten. Quasi alle thema's uit de werkversie met generieke thema's worden als cruciaal beschouwd en blijven behouden in de definitieve lijst. Enkel het aspect "veiligheid van gebouw en omgeving" wordt als minder belangrijk voor het instrument beschouwd. Het thema "interpersoonlijke veiligheid" wordt bij het overkoepelende thema "interpersoonlijke aspecten gebruiker – zorgmedewerker" geplaatst.

Daarnaast wordt de lijst uitgebreid met de volgende thema's:

1. **Deskundigheid van de hulpverlener:** hieronder verstaan we meerdere aspecten zoals die door de gebruikersorganisaties werden aangehaald. Dit gaat dan over de ervaring met en kennis over verschillende doelgroepen, aandacht hebben voor het persoonlijke verhaal van de gebruiker en een goede opvolging van zorgnood en –vraag van de gebruiker gedurende een begeleidingstraject. Aangezien deze aspecten reeds aan bod komen in het overkoepelende thema "interpersoonlijke aspecten gebruiker-zorgmedewerker", wordt hier enkel een subthema toegevoegd (Kennis en expertise).
2. **Redelijkheid van informatieverzameling:** dit thema handelt over de overeenstemming tussen gebruikersgegevens die een zorgaanbieder opvraagt en verzamelt in verhouding tot de zwaarte van de zorgvraag.
3. **Negatieve ervaringen in de zorg:** door dit thema toe te voegen, proberen we tegemoet te komen aan de vraag van de gebruikersorganisaties om meer aandacht te hebben voor diversiteit en de problemen die mensen uit verschillende groepen ervaren omwille van religie, huidskleur, cultuur, talenkennis, gender, geaardheid, armoede etc. We wensen dit aspect aan alle gebruikers te bevragen, aangezien negatieve ervaringen voor elke gebruiker van groot belang zijn.

Ook de interpretatie van sommige thema's werd gewijzigd op basis van de input van de gebruikersorganisaties. Onderstaande tabel geeft de definitieve criteria weer.

Tabel 2 Overzicht van de generieke clusters en onderliggende thema's in de kwaliteit van de zorg binnen de verschillende sectoren van WVG vanuit het perspectief van de gebruiker (definitieve versie)

Toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid	
Tijdigheid	De mate waarin de zorg op een tijdige manier (zonder uitstel) kan worden verstrekt op het ogenblik dat de nood aan zorg en ondersteuning zich aandient.
Rechtvaardigheid	Kwaliteit van de zorg die niet afhankelijk is van persoonlijke kenmerken van de cliënt zoals geslacht, leeftijd, etnische achtergrond, geografische locatie of socio-economische situatie. Hierbij wordt niet bedoeld dat er geen aandacht mag of kan zijn voor deze persoonlijke kenmerken in het traject van de gebruiker (soms is dit zelfs wenselijk), maar dat men mensen op basis van deze kenmerken niet discrimineert of minderwaardig behandelt.
Beschikbaarheid	De mate waarin er door de gebruiker beroep kan worden gedaan op de zorg, de mate waarin zorg wordt aangeboden met voldoende capaciteit op piekmomenten.
Betaalbaarheid	De mate waarin de zorg en ondersteuning betaalbaar is voor de gebruiker.
Bereikbaarheid	De mate waarin de zorg en ondersteuning geografisch toegankelijk is voor de gebruiker. Dit wordt meestal uitgedrukt als een afstand of tijd om tot de aanbieder te geraken.
Participatie, keuze, inspraak en gebruikersgestuurdheid	
Keuzevrijheid van zorgaanbieder	De mate waarin de gebruiker vrij is in de keuze voor de zorgaanbieder voor zijn/haar nood aan zorg en ondersteuning.
Keuzevrijheid van zorgmedewerker	De mate waarin de gebruiker binnen een zorgaanbieder kan kiezen met welke zorgmedewerker(s) hij/zij in contact komt en geholpen wordt.
Inspraak in eigen zorg & ondersteuning	De mate waarin de gebruiker mee kan beslissen over de aard en uitvoering van de zorg en ondersteuning. Dit kan gaan over behandeling, zorgplan, zorgafspraken, opvolging van de zorg en ondersteuning.
Inspraak op zorgaanbiedersniveau	De mate waarin een gebruiker mee betrokken wordt bij de kwaliteitsevaluatie van de zorgaanbieder. Dit kan gaan over de afhandeling van klachten, de mogelijkheid tot evaluatie van de zorg aangeboden door de zorgaanbieder alsook op welke manier er met deze opmerkingen wordt omgegaan.
Interpersoonlijke aspecten gebruiker-zorgmedewerker	
Luisterbereidheid & empathie	De mate waarin de zorgmedewerker naar het verhaal van de gebruiker luistert en empathie vertoont wat betreft het levensverhaal, de problemen en de preferenties en verwachtingen van de gebruiker. De mate waarin dit verhaal en bijhorende zorgvraag wordt opgevolgd gedurende het begeleidingstraject.
Respect	De mate waarin de gebruiker met respect behandeld wordt, ongerelateerd aan zijn/haar problematiek. De mate waarin de

	gebruiker door de zorgmedewerker als een volwaardige partner wordt gezien.
Interpersoonlijke veiligheid	De mate waarin de cliënt zich veilig voelt om een gesprek aan te gaan en over zijn/haar problemen te vertellen in de relatie met de hulpverlener of zorgmedewerker. De mate waarin een vertrouwensrelatie kan ontstaan met de zorgmedewerker.
Kennis en expertise	De mate waarin gebruikers aanvoelen dat de zorgmedewerker voldoende relevante kennis heeft van de problematiek van de gebruiker. Deze kennis handelt zowel over de achtergrondsituatie van de gebruiker (specifieke kansengroep, gebruiken en gewoonten) als kennis over het specifieke probleem en mogelijke oplossingsstrategieën hiervoor.
Informatieverstrekking	
Informatie over de (zorg)situatie van de gebruiker	De mate waarin de zorgaanbieder informatie geeft aan de gebruiker over de inschatting van de hulpverlener van de zorgnood en zorgvraag van de gebruiker, zodanig dat de gebruiker op de hoogte is van alle informatie die over hem/haar werd verkregen via gesprekken en hulpverlening.
Informatie over het zorgaanbod van de zorgaanbieder	De mate waarin de zorgaanbieder zijn aanbod kenbaar maakt aan de gebruiker, en informatie geeft over de verschillende mogelijkheden qua zorg en ondersteuning die aan de noden en zorgvraag van de gebruiker voldoen.
Inzage in het dossier of zorgplan	De mate waarin de gebruiker toegang heeft tot zijn dossier en/of inzage heeft in het opgestelde zorgplan.
Duidelijkheid van de informatieverstrekking	De mate waarin er op een duidelijke, zichtbare en begrijpbare manier wordt gecommuniceerd met de gebruiker.
Privacy en vertrouwelijkheid	
Omgaan met gebruikersgegevens	De mate waarin de privacy van de gebruiker wordt gerespecteerd, door zijn/haar gegevens en zorgplan op een vertrouwelijke manier te behandelen. De mate waarin de gebruiker op de hoogte is van wat er met de verzamelde gegevens gebeurt.
Redelijkheid van informatieverzameling	De mate waarin de gebruikersgegevens die een zorgaanbieder opvraagt en verzamelt in verhouding zijn tot de zwaarte van de zorgvraag.
Ervaren effectiviteit	
	De mate waarin de gebruiker de aangeboden zorg en ondersteuning als een goede steun voor zijn dagelijkse leven ervaart, alsook de mate waarin de gebruiker vindt dat er aan zijn zorgnoden tegemoet is gekomen door de zorgaanbieder. De mate waarin de gebruiker een positieve evolutie doormaakt in zijn situatie.
Zorgcoördinatie en -continuïteit	
	De mate waarin de zorg en ondersteuning wordt afgestemd zowel tussen verschillende zorgaanbieders als tussen zorgmedewerkers binnen eenzelfde zorgaanbieder. De mate

waarin de verschillende deskundigheden en het aanbod van de verschillende zorgaanbieders wordt aangewend om vanuit de zorgnoden van de cliënt een geïndividualiseerd zorg- en ondersteuningstraject uit te werken.

Negatieve ervaringen in de zorg

Negatieve ervaringen van gebruikers, zowel op het vlak van discriminatie (omwille van taalproblemen, religie, cultuur, huidskleur, gender, geaardheid, armoede,...) als het gevoel van onheus behandeld te zijn.

Stigma

Sociale uitsluiting en discriminatie

De mate waarin gebruikers zich uitgesloten, gediscrimineerd of anders behandeld voelen omdat ze gebruik maken van de dienst van een zorgaanbieder.

Negatieve zelfwaardering

De mate waarin gebruikers zichzelf minder waard voelen of zich schamen omdat ze gebruik maken van de dienst van een zorgaanbieder.

Hoofdstuk 3

Aandacht voor interculturaliteit bij het meten van de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief

Een van de belangrijke aandachtspunten die uit het expertenpanel naar voren kwam, is interculturaliteit. Dit perspectief is belangrijk in onze hedendaagse maatschappij waar iedereen recht heeft op gelijkwaardige zorg.

In dit hoofdstuk werken we dit thema verder uit en bespreken we allereerst wat we verstaan onder migratie. We bespreken enkele belangrijke cijfers voor Vlaanderen, aangezien het belangrijk is om een goed beeld te verkrijgen van deze groep.

In de tweede paragraaf bespreken we het belang van cultuursensitieve zorg. Hierbij geven we een kort overzicht van de verscheidene nota's en aanbevelingen op verschillende niveaus die spreken over gezondheidszorg zonder discriminatie. Daarnaast wordt ook de impact van migratie op de gezondheid van een persoon kort besproken, alsook de deelname van personen met een migratieachtergrond aan de gezondheidszorg.

De derde paragraaf bespreekt op welke mogelijke manieren dit perspectief kan geïntegreerd worden bij het gebruik en de ontwikkeling van meetinstrumenten.

1 Migratie in Vlaanderen

1.1 Migratie: omschrijvingen en definities

Migranten, allochtonen, etnisch-culturele minderheden, personen met een migratieachtergrond

Het blijkt niet zo eenvoudig om een eenduidige terminologie te gebruiken wanneer men het heeft over interculturaliteit. Verscheidene organisaties gebruiken andere termen, en men spreekt niet langer enkel en alleen over migranten en/of allochtonen. 'Migranten' zijn personen die naar België gemigreerd zijn vanuit een ander land. Dit gaat dan over eerstegeneratiemigranten en nieuwkomers¹. Met de term 'allochtonen' doelt men op een ruimere groep, aangezien ook de tweede- en soms derdegeneratiemigranten hierbij gerekend worden.

Onder invloed van belangengroepen en verscheidene verenigingen worden de termen 'etnisch-culturele minderheden' en 'personen met een migratieachtergrond' meer en meer gebruikt, aangezien deze minder stigmatiserend zouden zijn. Ook het Vlaamse integratiedecreet gebruikt de term etnisch-culturele minderheden. Hierbij gaat het voornamelijk over dezelfde groep als er bij allochtonen bedoeld wordt; zowel de migranten als hun nakomelingen in tweede en soms ook derde generatie.

Het blijkt echter geen simpele opdracht om deze groep exact te definiëren. Heel wat personen met een oorspronkelijk vreemde nationaliteit hebben in de voorbije decennia de Belgische nationaliteit

¹ Een nieuwkomer is een vreemdeling die niet het Nederlands als moedertaal heeft en maximaal één jaar ononderbroken in België verblijft. Dit gaat dan bijvoorbeeld over personen die in het kader van familiehereniging migreren naar België.

verworven. De kinderen van deze personen beschikken van bij hun geboorte automatisch over de Belgische nationaliteit. Ook een kind van ouders met een vreemde nationaliteit dat in België geboren wordt, kan onder bepaalde voorwaarden automatisch of na een nationaliteitsverklaring de Belgische nationaliteit verwerven (Noppe & Lodewijckx, 2012). In sommige definities wordt rekening gehouden met de huidige nationaliteit van de persoon zelf en met die van zijn ouders en grootouders. In het Vlaamse Integratiedecreet (origineel: 28 april 1998, wijzigingen 30 april 2009 en 6 juli 2012) spreekt men in artikel 3^o1 van *personen die legaal en langdurig in België verblijven en die bij hun geboorte niet de Belgische nationaliteit bezaten of van wie minstens een van de ouders bij geboorte niet de Belgische nationaliteit bezat*. Hierbij wordt er dus minder ver teruggegaan in de tijd en brengt men de nationaliteit van de grootouders niet in rekening.

Wanneer men cijfers over migratie bekijkt, is het dus belangrijk om ook de onderliggende operationalisering van herkomst te bekijken en niet zomaar bepaalde cijfers met elkaar te gaan vergelijken. In dit document gebruiken we bij het besproken cijfermateriaal de terminologie zoals vernoemd in de gerefereerde rapporten en literatuur zelf, aangezien deze vaak samenhangt met onderliggende operationalisering. Voorts kiezen we ervoor om consequent te spreken van ‘personen met een migratieachtergrond’, dit omwille van de eenduidigheid van het document.

1.2 Aandeel in de bevolking op Vlaams niveau

In het rapport van 2011 van de Studiedienst van de Vlaamse Regering (SVR) ‘de gekleurde samenleving – Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen’ komt de SVR tot bijna 924.000 personen van vreemde herkomst in het Vlaamse Gewest op 1 januari 2011² (Noppe & Lodewijckx, 2012). Dat komt overeen met bijna 15% van de totale bevolking in Vlaanderen. Er wonen iets meer mannen dan vrouwen van vreemde herkomst in Vlaanderen.

Opgesplitst naar herkomstgroep blijkt bijna 4 op de 5 personen van vreemde herkomst afkomstig uit een Europees land, Turkije of Marokko. Nederland scoort met bijna 18% het hoogst. Daarna volgen Marokko (15%), de landen van Oost-Europa (15%) en Turkije (12%). Net geen 10% van de personen van vreemde herkomst is afkomstig uit West- en Noord-Europa (zonder België en Nederland), een zelfde aandeel komt uit Zuid-Europa.

De dominantie van de Europese landen, Marokko en Turkije bij de personen van vreemde herkomst blijkt ook als gekeken wordt naar elk herkomstland afzonderlijk (zie tabel 3). De top 3-landen zijn Nederland, Marokko en Turkije. Het vierde land (Italië) volgt op een aanzienlijke afstand. De top 3 is samen goed voor 45% van de totale groep personen van vreemde herkomst. Het eerste herkomstland buiten Europa, Marokko of Turkije, is de Democratische Republiek Congo op de 12de plaats.

² Operationalisering van ‘personen met vreemde herkomst’ in het rapport van de SVR: Personen van vreemde afkomst hebben een niet-Belgische identiteit, hebben als oudste (eerste) identiteit een niet-Belgische identiteit of hebben als inwonend kind een moeder met als oudste (eerste) nationaliteit de niet-Belgische identiteit. Bij alleenstaande vaders werd gekeken naar de eerste nationaliteit van de vader.

Tabel 3 Top 10 van herkomstlanden van personen van vreemde herkomst volgens de SVR-operationalisering (2011)

	Herkomstland	Aantal	% ten opzichte van totale groep personen van vreemde herkomst
1	Nederland	162 132	17.6
2	Marokko	141 737	15.3
3	Turkije	111 513	12.1
4	Italië	48 129	5.2
5	Frankrijk	36 754	4.0
6	Sovjet-Unie (ex)	35 925	3.9
7	Polen	33 622	3.6
8	Joegoslavië (ex)	30 074	3.3
9	Duitsland	22 401	2.4
10	Spanje	19 752	2.1

Bron: Rijksregister, bewerking SVR

1.3 Aandeel in de bevolking in de grootstedelijke context van Antwerpen en Gent

De cijfers uit de grootstedelijke context geven een ander beeld dan wanneer men louter op Vlaams niveau kijkt. Via de Lokale Inburgerings- en integratiemonitor 2013 ("Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor," n.d.) zijn de cijfers uit elke gemeente in Vlaanderen verkrijgbaar als rapport.

In 2013 telde Antwerpen 98 113 personen met een vreemde nationaliteit³, dit is 19,3% van het totaal aantal inwoners van Antwerpen. In Gent gaat dit over 30 494 personen met een vreemde nationaliteit, of 12.3% van het totaal aantal inwoners. Wanneer men echter operationaliseert naar personen met vreemde herkomst⁴, gaat het in Antwerpen over 211 904 personen (41.9% van alle inwoners), en in Gent over 70 940 personen (28.5% van alle inwoners). Deze cijfers geven aan dat een aanzienlijk percentage inwoners in deze twee grootsteden tot de groep van personen met een vreemde herkomst behoren.

Qua afkomst verschillen de cijfers in Antwerpen en Gent, zowel onderling als met de cijfers op Vlaams niveau (zie tabel 3). Men ziet in tabel 4 en 5 de vijf voornaamste groepen van personen met vreemde nationaliteit voor Antwerpen en Gent. In beide steden behoren personen afkomstig uit Nederland en Turkije tot een van de vijf voornaamste groepen van personen met een vreemde nationaliteit. De andere drie afkomstlanden zijn verschillende voor beide steden.

³ Operationalisering van 'personen met vreemde nationaliteit': huidige niet-Belgische nationaliteit

⁴ Operationalisering van 'personen met vreemde herkomst': huidige of eerste nationaliteit van persoon zelf is niet-Belgisch of eerste nationaliteit van vader of moeder is niet-Belgisch.

Tabel 4 Top 5 van herkomstlanden van personen met vreemde nationaliteit* in Antwerpen (2013)

Herkomstland	ANTWERPEN	
	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners
1. Nederland	17 539	3.5
2. Marokko	12 113	2.4
3. Polen	9 176	1.8
4. Turkije	4 532	0.9
5. Spanje	3 773	0.7

* Vreemde nationaliteit: huidige niet-Belgische nationaliteit; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.

Tabel 5 Top 5 van herkomstlanden van personen met een vreemde nationaliteit* in Gent (2013)

Herkomstland	GENT	
	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners
1. Bulgarije	6 192	2.5
2. Turkije	4 387	1.8
3. Nederland	2 533	1.0
4. Slovakije	1 714	0.7
5. Polen	1 215	0.5

* Vreemde nationaliteit: huidige niet-Belgische nationaliteit; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.

Wanneer men de beschikbare cijfers over het aantal personen van vreemde nationaliteit bekijkt in deze twee steden, gerangschikt volgens leeftijdscategorie, valt het op dat vooral de jongeren sterk vertegenwoordigd zijn als groep. De verhouding van het aantal jonge personen met een migratieachtergrond ten opzichte van de volledige leeftijdsgroep in de stad is veel groter dan de verhouding van volwassenen met een migratieachtergrond.

Voor personen met vreemde nationaliteit gaat het in Antwerpen over respectievelijk 22.9%, 18%, 16.9% en 22.6% voor de groepen van 0-5 jaar, 6-11 jaar, 12-17 jaar en 18-24 jaar (zie ook tabel 6). In Gent is dit ook het geval, 12.8%, 11%, 10.5% en 17.6% zijn daar de aandelen van personen per leeftijdscategorie van 0-5 jaar, 6-11 jaar, 12-17 jaar en 18-24 jaar (zie ook tabel 7).

Tabel 6 Aantal en aandeel personen van vreemde nationaliteit* in Antwerpen, naar leeftijd (2013)

ANTWERPEN		
Leeftijd	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners per leeftijdsgroep
0-5 jaar	10 133	22.9
6-11 jaar	6 280	18.0
12-17 jaar	5 220	16.9
18-24 jaar	9 712	22.6
25-34 jaar	25 208	31.1
35-49 jaar	25 832	25.3
50-64 jaar	10 740	12.7
65-79 jaar	3 977	6.8
80 jaar en ouder	1 011	3.5

* Vreemde nationaliteit: huidige niet-Belgische nationaliteit; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.

Tabel 7 Aantal en aandeel personen van vreemde nationaliteit* in Gent, naar leeftijd (2013)

GENT		
Leeftijd	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners per leeftijdsgroep
0-5 jaar	2 356	12.8
6-11 jaar	1 652	11.0
12-17 jaar	1 531	10.5
18-24 jaar	3 837	17.6
25-34 jaar	9 233	20.7
35-49 jaar	7 385	14.7
50-64 jaar	3 105	7.3
65-79 jaar	1 150	4.0
80 jaar en ouder	245	1.8

* Vreemde nationaliteit: huidige niet-Belgische nationaliteit; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.

Dit komt echter nog veel sterker tot uiting wanneer men de operationalisering van personen met vreemde herkomst bekijkt, die breder kijkt dan enkel de eigen nationaliteit en ook de nationaliteit van de ouders mee in rekening brengt⁵. In Antwerpen stijgen de procentuele aantallen dan van ongeveer 20% (zie tabel 6) naar cijfers tot percentages tussen de 54.2% en 68.3% voor de groepen van 0-5 jaar, 6-11 jaar, 12-17 jaar en 18-24 jaar (zie tabel 8). In Gent stijgt dit van ongeveer 10% (zie Tabel 7) naar percentages tussen de 40.3% en 47.5% voor deze leeftijdscategorieën (zie Tabel 9).

⁵ Operationalisering van 'personen met vreemde herkomst': huidige of eerste nationaliteit van persoon zelf is niet-Belgisch of eerste nationaliteit van vader of moeder is niet-Belgisch.

Tabel 8 Aantal en aandeel personen van vreemde herkomst * in Antwerpen, naar leeftijd (2012)

ANTWERPEN		
Leeftijd	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners per leeftijdsgroep
0-5 jaar	29 156	68.3
6-11 jaar	22 029	64.9
12-17 jaar	17 878	57.8
18-24 jaar	23 397	54.2
25-34 jaar	42 845	52.9
35-49 jaar	47 241	46.2
50-64 jaar	20 803	24.6
65-79 jaar	7 158	12.1
80 jaar en ouder	1 397	4.9

* *Vreemde herkomst: huidige of eerste nationaliteit van persoon zelf is niet-Belgisch of eerste nationaliteit van vader of moeder is niet-Belgisch; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.*

Tabel 9 Aantal en aandeel personen van vreemde herkomst * in Gent, naar leeftijd (2012)

GENT		
Leeftijd	Aantal	% t.o.v. totaal aantal inwoners per leeftijdsgroep
0-5 jaar	8 684	47.5
6-11 jaar	6 999	47.0
12-17 jaar	6 000	41.3
18-24 jaar	8 771	40.3
25-34 jaar	16 215	36.5
35-49 jaar	15 272	30.4
50-64 jaar	6 487	15.3
65-79 jaar	2 146	7.5
80 jaar en ouder	366	2.7

* *Vreemde herkomst: huidige of eerste nationaliteit van persoon zelf is niet-Belgisch of eerste nationaliteit van vader of moeder is niet-Belgisch; BRON: Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor.*

Personen met een migratieachtergrond zullen in de toekomst in België een steeds grotere groep uitmaken van de bevolking. De jongste groepen in de bevolking bestaan nu reeds uit 40 à 60 % van personen met een migratieachtergrond (cfr. de cijfers van Gent en Antwerpen). Binnen 10 tot 20 jaar behoren deze jongeren tot de volwassen populatie, en zal ongeveer de helft van de inwonende bevolking (in deze grootsteden) uit personen met een migratieachtergrond bestaan. Dit impliceert dat men de nodige inspanningen zal moeten doen op beleidsniveau, en dat men ook op het vlak van gezondheidszorg hier in de toekomst meer en meer zal moeten rekening houden.

2 Belang van cultuursensitieve zorg

Zoals in de vorige paragraaf besproken, zal men in de toekomst de nodige inspanningen dienen te doen op beleidsniveau, om meer rekening te houden met cultuursensitieve zorg. Diverse (inter)nationale definities benadrukken ook het belang van cultuursensitieve zorg als een recht op gezondheidszorg zonder discriminatie. Hieronder geven we een kort overzicht van de verscheidene nota's en aanbevelingen van zowel de WHO als op Europees en Vlaams niveau die spreken over gezondheidszorg en diversiteit. Daarnaast wordt ook de impact van migratie op de gezondheid van een persoon kort besproken, alsook de deelname van personen met een migratieachtergrond aan de gezondheidszorg.

2.1 Gezondheidszorg zonder discriminatie

De **WHO** definieert gezondheid als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1946). Daarnaast beschrijft hetzelfde document dat elke persoon moet kunnen gebruik maken van de hoogst bereikbare standaard van gezondheid, en dat dit een fundamenteel recht is voor iedereen, onafhankelijk van ras, religie, politieke overtuiging en socio-economische status.

In Fact Sheet 31 spreekt de WHO expliciet over het belang van non-discriminatie in de context van gezondheidszorg:

“Health services, goods and facilities must be provided to all without any discrimination. Non-discrimination is a key principle in human rights and is crucial to the enjoyment of the right to the highest attainable standard of health.” (WHO, 2008)

De WHO bespreekt in deze fact sheet ook dat alle diensten beschikbaar, bereikbaar, acceptabel en van een goede kwaliteit moeten zijn. Alle groepen, ook kwetsbare groepen zoals personen met een migratieachtergrond, moeten toegang hebben tot de gezondheidszorg en hebben recht op informatie hierover in een voor hen toegankelijk formaat. Specifiek met betrekking tot cultuursensitiviteit vernoemt men het volgende: *“The facilities, goods and services should also respect medical ethics, and be gender-sensitive and culturally appropriate. In other words, they should be medically and culturally acceptable.”*

Op **Europees niveau** zijn er ook reeds diverse stappen gezet. In 2004 leidde het project “Migrant Friendly Hospitals” tot de Verklaring van Amsterdam: “Naar migrantvriendelijke ziekenhuizen in een etnisch-cultureel divers Europa” (“Verklaring van Amsterdam,” n.d.) worden vier belangrijke principes besproken die in alle gezondheidszorgsystemen moeten gelden: (i) De ontwikkeling van een migrantvriendelijk ziekenhuis is een investering in een meer geïndividualiseerde en persoonsgerichte dienstverlening voor alle patiënten en klanten evenals voor hun gezinnen, (ii) Meer aandacht voor ervaringen van migrantengroepen en voor bestaande verschillen en ongelijkwaardigheid op gezondheidsgebied (waaronder ongelijkheid op basis van geslacht) moet leiden tot veranderingen in communicatie, in organisatorische routines en in de toewijzingen van middelen, (iii) Concentratie op etnisch-culturele diversiteit houdt het risico in van stereotypering - maar migrantenstatus, etnische herkomst, culturele achtergrond en religieuze gezindheid zijn slechts enkele van de talrijke aspecten van de complexiteit van mensen en (iv) Partnerships met lokale buurtorganisaties en belangengroepen die goed op de hoogte zijn van de problemen van migranten en etnische minderheden kunnen belangrijke bijdragen leveren aan de ontwikkeling van een cultureel en op taalgebied aangepast dienstverleningssysteem.

Ook de Raad van Europa stelt in zijn rapport van 2006 als aanbeveling voor de verschillende lidstaten dat de optimalisering van de kwaliteit van en de toegang tot gezondheidszorg in multiculturele samenlevingen tot één van de prioritaire acties in het gezondheidsbeleid moet horen (*Recommendation 18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society*, 2006). Belangrijke strategieën zijn hier het promoten van non-discriminatie en respect voor mensenrechten, de toegankelijkheid van de zorg, het verbeteren van de kwaliteit van communicatie (met betrekking tot taalbarrières), aandacht voor de noden op het vlak van gezondheidszorg en socioculturele aspecten van multiculturele populaties en empowerment en participatie van patiënten. Dit impliceert volgens hen dat er effectieve strategieën moeten worden uitgedacht door beleid en zorgaanbieders.

Het **Vlaamse integratiedecreet** van 28 april 1998 (wijzigingen 30 april 2009 en 6 juli 2012) gaat verder in dezelfde lijn als de WHO (artikel 4, §1) en stelt dat het integratiebeleid een beleid is dat gericht is op (i) de evenredige participatie van personen, (ii) de toegankelijkheid van alle voorzieningen voor iedereen en (iii) het samenleven in diversiteit. Dit decreet schuift prioritair de menswaardige begeleiding en oriëntering met betrekking tot gezondheidszorg en onderwijs naar voor:

Artikel 4. § 1. Het integratiebeleid is een driesporenbeleid:

*1° een emancipatiebeleid dat gericht is op de **evenredige participatie van personen**, vermeld in artikel 3, eerste lid, 1° en 2°;*

*2° een beleid dat gericht is op de **toegankelijkheid van alle voorzieningen voor iedereen**, en meer specifiek voor personen als vermeld in artikel 3, eerste lid, 1° en 2°;*

*3° een beleid dat gericht is op het **samenleven in diversiteit**.*

*Daarnaast omvat het integratiebeleid ook een beleid dat gericht is op de menswaardige begeleiding en oriëntatie van personen als vermeld in artikel 3, tweede lid, **prioritair gevoerd met betrekking tot gezondheidszorg en onderwijs** en gericht op de oriëntering naar een zinvolle toekomstperspectief.*

De regels van het Vlaamse integratiebeleid staan in het Integratiedecreet, behalve het onderdeel ‘inburgering’, waarvoor een apart decreet bestaat; het inburgeringsdecreet. Het integratiebeleid richt zich op de hele samenleving maar benoemt ook twee bijzondere doelgroepen:

- Mensen die wettelijk en lange tijd in België wonen, maar die bij hun geboorte geen Belg waren of van wie minstens een van de ouders bij hun geboorte geen Belg was. Het decreet heeft bijzondere aandacht voor mensen uit deze doelgroep die in kwetsbare omstandigheden leven.
- Woonwagenbewoners

Het decreet heeft ook aandacht voor mensen zonder wettig verblijfsstatuut. Als zij wegens een noodsituatie hulp vragen, hebben ze recht op een menswaardige begeleiding, vooral in de gezondheidszorg en in het onderwijs. De Vlaamse overheid oriënteert hen naar een zinvolle toekomst.

Op **7 juli 2013** heeft de Vlaamse regering een **nieuw decreet over inburgering en integratie** goedgekeurd. Dat decreet komt in de plaats van de twee huidige decreten: het inburgeringsdecreet en het integratiedecreet.

Artikel 4 § 1 - § 3 vermeldt hier:

§ 1. Het Vlaamse integratiebeleid is een inclusief beleid. Het wordt gerealiseerd binnen het algemene beleid van de verschillende beleidsdomeinen, grotendeels via algemene maatregelen en alleen als dat nodig is via een specifiek aanbod. Het Vlaamse integratiebeleid is een onderbouwd, afgestemd en gecoördineerd beleid dat zich verhoudt tot de federale, Europese en internationale regelgeving en context.

*§ 2. Het Vlaamse integratiebeleid speelt in op de situaties en dynamieken die verbonden zijn met de gevolgen van migratie met als doel: 1° de **zelfstandige en evenredige participatie van de personen**, vermeld in artikel 3, eerste lid, 1° en 2°; 2° de **toegankelijkheid van alle voorzieningen voor iedereen**, en meer specifiek voor de personen, vermeld in artikel 3, eerste lid, 1° en 2°; 3° een actief en gedeeld burgerschap van eenieder; 4° het versterken van sociale samenhang.*

*Tot de doelstellingen van het Vlaamse integratiebeleid behoren ook de **menswaardige begeleiding en oriëntatie van de personen**, vermeld in artikel 3, tweede lid, **prioritair gevoerd met betrekking tot de gezondheidszorg**, het kleuteronderwijs en het onderwijs voor leerplichtigen, vermeld in de wet van 29 juni 1983 betreffende de leerplicht, en gericht op de oriëntering naar een zinvol toekomstperspectief.*

§ 3. Het Vlaamse integratiebeleid ondersteunt het proces van integratie en vertrekt daarbij van de volgende uitgangspunten: 1° gelijkwaardigheid van eenieder; 2° respect voor ieders eigenheid, competenties en ambities; 3° aandacht voor differentiatie; 4° migratie als opportuniteit voor de samenleving; 5° aandacht voor antidiscriminatie en racismebestrijding; 6° actief burgerschap van eenieder; 7° empowerment van de bijzondere doelgroepen; 8° een goede kennis van de omgevingstaal.

Ook hier komt dus duidelijk naar voor dat gezondheidszorg prioritair is in de doelstellingen van dit decreet. In concreto heeft men het over een evenredige participatie van personen met een migratieachtergrond en benadrukt dit decreet ook het belang van de toegankelijkheid van alle voorzieningen voor iedereen.

2.2 Migratie en de impact op gezondheid en welzijn

Ter volledigheid geven we hieronder een beknopt overzicht van beschikbare literatuur en rapporten betreffende migratie en de impact op de gezondheid. Het ligt niet binnen de doelstellingen van dit project om een omvattende studie te maken over dit thema, maar we wensen dit toch te bespreken gezien dit een indicatie geeft van het belang van migratie in de context van (psycho-)somatische aandoeningen, in de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg.

2.2.1 Impact op lichamelijke gezondheidsstatus

De typische **infectieziekten**, zoals TBC, die in Europa minder en minder voorkomen wegens steeds betere preventieve en curatieve gezondheidszorg, kennen een opmars door de migratiepatronen van personen uit economisch minder ontwikkelde regio's (Carballo, Divino, & Zeric, 1998). Ook ziet men hogere cijfers voor de incidentie van **cardiovasculaire aandoeningen** bij personen met een migratieachtergrond in vergelijking met de autochtone bevolking. Ook **perinatale en kindersterftcijfers** zijn hoger bij personen met een migratieachtergrond. Er is tevens sprake van een hoger aantal **werkgerelateerde ongevallen**

met verwondingen tot gevolg, aangezien men ziet dat personen met een migratieachtergrond (eerstegeneratie) initieel vaker werken in tijdelijke **jobs met slechtere werkomstandigheden**.

2.2.2 Impact op geestelijke gezondheidsstatus

Migratie zorgt ook voor een grote impact op persoonlijk vlak. Men ziet dat personen met een migratieachtergrond vaak te kampen krijgen met **psychosociale problemen** zoals stress, depressie en relatieproblemen. Dit zorgt op zijn beurt voor een toename in het aantal gevallen van alcohol- en druggebruik en zelfdoding (Carballo et al., 1998). Ook bij kinderen en jongeren met een migratieachtergrond beschrijft men een hoog risico voor het ontwikkelen van psychische problemen (Harttgen & Klasen, 2008). Dit wordt onder andere verklaard door de impact van het migratieproces zelf, wat stress veroorzaakt aangezien de kinderen en jongeren hun vertrouwde omgeving, familie en vrienden moeten verlaten. Daarnaast is er ook de stress dat men verplicht zal moeten terugkeren naar het thuisland. Ook discriminatie ten gevolge van het behoren tot een minderheidsgroep draagt mogelijk bij tot het ontwikkelen van psychische problemen. De trendrapportage van het Trimbosinstituut in Nederland (van 't Land, Grolleman, Mutsaers, & Smits, 2008), dat cijfers uit reeds gepubliceerd onderzoek samenvat, beschrijft ook enkele verschillen wat betreft het optreden van psychische aandoeningen en klachten bij allochtone groepen in Nederland. Zo stelt men vast dat er meer eenzaamheidsgevoelens optreden bij allochtone dan bij autochtone respondenten. Daarnaast ziet men dat sommige etnische groepen extra kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van psychische stoornissen: Surinamers, Antillianen en Marokkanen hebben vaker schizofrenie, en Surinamers hebben tevens een verhoogd risico op het ontwikkelen van angststoornissen. Het is onduidelijk wat de exacte risicofactoren zijn op het ontwikkelen van psychische stoornissen onder allochtonen.

2.2.3 Impact op welzijnsstatus

De **sociaaleconomische situatie** van bepaalde groepen personen met een migratieachtergrond is vaak ongunstig (Eurostat, 2011). Het **werkloosheidsniveau** van personen met een migratieachtergrond ligt hoger, en dit onafhankelijk van het opleidingsniveau van de persoon. Personen met een migratieachtergrond hebben het moeilijker om een job te vinden, en wanneer ze die vinden, ligt die vaak onder hun opleidingsniveau. Voor Vlaanderen was in 2012 was 43% van de niet-EU-burgers tussen 20 en 64 jaar aan het werk. Daarmee ligt de werkzaamheidsgraad van niet-EU-burgers 30 procentpunten lager dan bij Belgen en 28 procentpunten lager dan bij personen met een nationaliteit van binnen de Europese Unie (exclusief Belgen) (Vanduynslager, Wets, Noppe, & Doyen, 2013). Hierdoor ligt het inkomen lager, wat hand in hand gaat met **huisvestingsproblemen** en **armoede**. Al deze factoren beïnvloeden mee de gezondheidstoestand van de persoon. Ook de Vlaamse migratie- en integratiemonitor beschrijft deze problemen (Vanduynslager et al., 2013). Het aandeel personen dat leeft onder de armoededrempel verschilt sterk naar nationaliteit en geboorteland. Bij de personen met een niet-EU-nationaliteit ligt dat aandeel bijna 5 keer hoger dan bij personen met een Belgische nationaliteit. Ook bij de personen geboren buiten de EU ligt dat aandeel bijna 5 keer hoger dan bij personen geboren in België. Internationale vergelijking maakt duidelijk dat Vlaanderen op vlak van armoederisico bij de personen geboren buiten de EU27 een veertiende plaats haalt in de rangschikking van de EU15-landen en Belgische gewesten. Enkel het Waalse Gewest, België en Griekenland scoren lager. Ook de cijfers besproken in de studie van de Koning Boudewijnstichting bevestigen dat inkomensarmoede bij personen van buitenlandse afkomst hoger ligt dan bij autochtonen (Van Robaey, Vranken, Perrin, & Martiniello, 2007). Determinanten van een hoger armoederisico zijn onder andere het gemiddeld lagere opleidingsniveau van personen met een migratieachtergrond, een lagere

activiteitsgraad op de arbeidsmarkt en een lager aantal personen in het bezit van een eigen woning. Het rapport van Kind en Gezin met cijfers over kinderen in Vlaanderen wijst erop dat van de kinderen met een moeder geboren buiten de EU, 58,1% een verhoogd armoederisico kent. Dit in vergelijking met 8,9% bij kinderen met een moeder geboren in België (*Het kind in Vlaanderen*, 2012). Ook de kansarmoede-index van Kind en Gezin die in dit rapport wordt besproken (op basis van eerste nationaliteit) toont het probleem duidelijk aan: deze index lag in 2012 bij kinderen met een moeder van Belgische herkomst beduidend lager dan bij kinderen met een moeder die bij haar geboorte niet de Belgische nationaliteit had. Van alle kinderen die in kansarmoede worden geboren, heeft 62% een moeder van vreemde herkomst.

2.3 Migratie en de deelname aan gezondheids- en welzijnszorg

Voor de deelname aan gezondheidszorg is het plaatje divers. De literatuur beschrijft op dit vlak contrasterende resultaten. Zo toont de review over het gebruik van specifieke vormen van gezondheidszorg van Norredam, Nielsen en Krasnik (2010) aan dat personen met een migratieachtergrond minder gebruik maken van (of doorverwezen worden voor) mammografie en kankerscreening (Norredam, Nielsen, & Krasnik, 2010). Daarnaast zijn er meer contacten per patiënt met de huisarts en hetzelfde of een hoger gebruik van specialistische zorg in vergelijking met autochtonen. Voor spoedhulp zijn de cijfers van verschillende studies zowel hoger, gelijk als lager aan die van autochtonen. Hospitalisatie komt meer of in gelijke mate voor bij personen met een migratieachtergrond als bij autochtonen. De ETHEALTH-groep beschrijft in hun rapport dat de bevindingen inzake gezondheid erg uiteenlopend zijn tussen verschillende groepen van personen van vreemde herkomst. Zo hebben personen van Turkse en Marokkaanse herkomst minder vaak een referentiehuisarts nemen ze minder vaak deel aan screenings- en vaccinatiecampagnes. Daarnaast hebben zij ook minder toegang tot de gespecialiseerde geneeskunde (ETHEALTH, 2011).

Afzonderlijke studies en overzichtsstudies komen dus tot verschillende vaststellingen over de deelname van personen van vreemde herkomst aan de gezondheidszorg, en het is niet mogelijk om een eenduidig beeld hierover op te bouwen.

Ook de studie over het gebruik van geestelijke gezondheidszorg van Lindert et al. (2008) toont verschillen aan tussen verschillende landen in Europa en geeft geen eenduidig beeld over het gebruik (Lindert, Schouler-Ocak, Heinz, & Priebe, 2008). De volgende factoren zijn hiervoor verantwoordelijk: (i) De psychische gezondheidstoestand is verschillend tussen verscheidene migrantengroepen, (ii) de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg hangt af van het wettelijke kader in een bepaald land en (iii) de patronen van hulpzoekend gedrag zijn afhankelijk van het individu. De trendrapportage over de geestelijke gezondheidszorg van Trimbos stelt dat de ambulante geestelijke gezondheidszorg steeds meer bereikbaar lijkt voor allochtonen (van 't land et al., 2008). Er lijkt niet langer sprake van een onderconsumptie van bepaalde groepen. In sommige regio's in Nederland ziet men zelfs dat het aantal allochtone gebruikers hoger ligt dan autochtone gebruikers (afhankelijk van de regio, leeftijd en afkomst van de gebruikers).

Daarnaast zijn de resultaten in afzonderlijke studies ook beïnvloed door de socio-economische status en de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit maakt het moeilijk om een algemeen overzicht te verkrijgen van de mate waarin personen met een migratieachtergrond deelnemen aan de gezondheids- en welzijnszorg.

3 Aandacht voor cultuursensitieve meetinstrumenten

Experten uit verschillende gebruikersorganisaties wezen ook op het belang van interculturalisering bij de ontwikkeling van een cliëntenmonitor voor Vlaanderen. Daarom bespreken we hier reeds enkele aandachtspunten waar men mee rekening kan houden wanneer men in de loop van het traject de Vlaamse CliëntZorgMonitor wenst aan te passen aan een interculturele context.

3.1 Voorbeeld uit de praktijk: Culturele validatie van vier CQI instrumenten in Nederland

In Nederland kwam men tot de vaststelling dat in de ontwikkeling en de toepassing van de CQI-systematiek nog geen aandacht werd besteed aan het betrekken van niet-Westerse migrantengroepen bij de ontwikkeling van de CQI meetinstrumenten (Asmoredjo et al., 2013). Hierdoor was het onduidelijk of specifiek voor hen belangrijke kwaliteitsaspecten voldoende aan bod komen in de gebruikte instrumenten. Daarnaast merkte men op dat er bij deze groepen een hoge item non-respons is, waardoor de datakwaliteit voor niet-westerse respondenten niet optimaal is.

Vier van de in Nederland gebruikte CQI vragenlijsten werden onderzocht op validiteit, betrouwbaarheid, begrijpelijkheid en toepassingsmogelijkheden bij niet-westerse respondenten (CQI Huisartsenzorg, CQI Ziekenhuiszorg, CQI Thuiszorg en CQI Kraamzorg). Hiervoor voerden de onderzoekers focusgroepgesprekken met zowel experts (zorgprofessionals, onderzoekers en vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties) als met niet-westerse gebruikers die gebruik maken van huisartsenzorg, ziekenhuiszorg, thuiszorg of kraamzorg. Hierbij werd nagegaan of de CQI instrumenten voldoende belangrijke aspecten van kwaliteit bevragen. Daarnaast nam men ook cognitieve interviews met zorggebruikers af die recente ervaring hadden met de zorg bevestigd door het meetinstrument (Huisartsenzorg, Ziekenhuiszorg, Thuiszorg of Kraamzorg). Aan hen werd gevraagd de vragenlijst in te vullen terwijl ze de vragen hardop voorlezen en moesten redeneren waarom ze iets zouden invullen ('think-aloud' methode). Tussentijds werden de data geanalyseerd, en werd een nieuwe ronde interviews afgenomen na tussentijdse aanpassing van de vragenlijsten.

De volgende aandachtspunten werden als belangrijk bevonden wat betreft de vraagstelling en formulering. De manier waarop veel vragen werden geformuleerd, zorgde voor problemen. Men kende sommige woorden of zinsuitdrukkingen niet, en de uitleg bij de vragen werd niet altijd even goed begrepen. Hierdoor werden aanpassingen doorgevoerd door de onderzoekers: (i) er werd gewerkt met korte actieve zinnen, (ii) moeilijke woorden en specifieke uitdrukkingen worden zoveel mogelijk vermeden, (iii) een aantal 'weet niet' categorieën zijn toegevoegd en (iv) qua volgorde van vragen sluit men aan bij de logische gang van zaken bij contacten met zorgverleners.

Wat betreft de inhoud waren de voornaamste bevindingen dat de onderwerpen die nu reeds in de CQI meetinstrumenten aan bod komen, ook voor niet-Westerse migranten belangrijk zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld over bejegening, deskundigheid, communicatie en toegankelijkheid. Er werden wel enkele thema's genoemd die men miste in de vragenlijsten en die specifiek te maken hebben met het behoren tot een etnische minderheid (taalproblemen en cultuursensitiviteit). Daarnaast betreft het ook punten die waarschijnlijk voor etnische minderheden wat minder vanzelfsprekend zijn, zoals de eigen regie die van patiënten wordt verwacht, de taakverdeling arts versus assistent, het soms ontbreken van een feitelijke behandeling (in de ogen van de gebruikers) en het verwijzingsbeleid. Deze belangrijke vragen heeft men toegevoegd aan de vragenlijsten. Hieronder enkele voorbeelden van zulke vragen:

- Regelde de huisarts iemand die voor u kon tolken als u dat nodig vond?
- Was de schriftelijke informatie die u van de huisarts kreeg in uw eigen taal beschikbaar?
- Was u gerustgesteld aan het eind van een afspraak?
- Hield de huisarts voldoende rekening met uw culturele achtergrond?
- Had u het gevoel dat de huisarts u anders behandeld vanwege uw afkomst?
- Had u vertrouwen in de deskundigheid van de artsen?
- Was uw eten bereid volgens de dieet- en voedingsvoorschriften zoals u opgegeven had bij het opnamegesprek (bijvoorbeeld halal, voedselallergie)?
- Kon u kiezen op welke tijden de kraamverzorgende langs kwam?
- Kon u een kraamverzorgende met dezelfde culturele achtergrond als uzelf krijgen?
- ...

3.2 Interculturaliteit bij het ontwikkelen en uittesten van de Vlaamse CliëntZorgMonitor

- **Taal en formulering**

De bevindingen van de CQI-instrumenten op het vlak van taal en formulering nemen we alvast mee bij de ontwikkeling van de Vlaamse CliëntZorgMonitor, aangezien het gebruik van eenvoudige en begrijpbare taal noodzakelijk is voor alle beoogde doelgroepen.

Daarnaast kan er geopteerd worden om het instrument te laten vertalen in meerdere talen, in het bijzonder die talen van personen met een migratieachtergrond uit de 4 grootste herkomstlanden op Vlaams niveau en in de centrumsteden van Antwerpen en Gent. Dit gaat dan over vertaling in het Frans, Arabisch, Turks, Italiaans, Pools, Slovaaks en Bulgaars. Ook het Engels is aangeraden, aangezien dit de vragenlijst toegankelijk maakt voor een grote groep mensen.

- **Inhoudsniveau**

Nadat een gevalideerd instrument werd gekozen of ontwikkeld, is het belangrijk om gebruikers en gebruikersorganisaties die werken rond diversiteit mee te betrekken om ook op inhoudelijk niveau de vragenlijst op punt te stellen. De gebruikersorganisaties Ella en het Minderhedenforum waren nu reeds uitgenodigd op het expertenpanel van 13 maart 2014 en gaven reeds enkele belangrijke punten aan.

Bij uiteindelijke uitwerking van een cultuursensitief instrument zal het noodzakelijk zijn om na te gaan of dezelfde vragenlijst kan gebruikt worden of dat er geopteerd moet worden voor een aanpassing naargelang de doelgroep.

Hoofdstuk 4

Selectie van mogelijke generieke instrumenten: in- en exclusiecriteria

In de volgende hoofdstukken bespreken we de instrumenten uit de Vlaamse context en de internationale literatuur die het gebruikersperspectief van de kwaliteit van zorg meten. Vooraleer deze instrumenten geëvalueerd konden worden, stelden we in- en exclusiecriteria op om deze evaluatie te standaardiseren. Bij de evaluatie van deze instrumenten voor gebruik in dit project, werd telkens uitgegaan van dezelfde in- en exclusiecriteria. In de hoofdstukken 5 en 6 worden de praktische details van de instrumenten en onderzoeken beschreven, alsook de geëxcludeerde instrumenten opgesomd. In hoofdstuk 7 komen de geïnccludeerde instrumenten uitgebreid aan bod.

De instrumenten worden steeds als geheel bekeken, aangezien psychometrische eigenschappen van een instrument enkel gelden voor de volledige vragenlijst. Daarom zijn de in- en exclusiecriteria ook strikt opgevat, en moeten deze gelden voor de volledige vragenlijst. Het is namelijk niet mogelijk om bepaalde onderdelen uit een instrument te schrappen, aangezien de betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens dan niet meer gelden en er geen informatie meer is over de wetenschappelijkheid van het instrument. Voor vragenlijsten die opgesteld zijn met als doel om naast de kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief ook andere factoren te bevragen (bijvoorbeeld in het kader van onderzoek uitgevoerd door Steunpunt WVG), wordt er enkel gekeken naar het deel dat het gebruikersperspectief over de gekregen zorg en ondersteuning bevraagt. Dit gedeelte wordt dan als één geheel gezien.

Alle instrumenten die voldoen aan deze inclusie- en exclusiecriteria worden meegenomen in de selectie. De instrumenten worden in dit stadium nog niet beoordeeld op psychometrische kenmerken, financiële en praktische haalbaarheid.

1 Inclusiecriteria

- **Het instrument is een vragenlijst met voornamelijk gesloten (meerkeuze-) vragen die zelfstandig door de gebruiker kan ingevuld worden.**
- **Het instrument dient specifiek de kwaliteit van de zorg volgens het perspectief van de gebruiker te meten.** Het voornaamste doel van het instrument dient te zijn om de realisatie te meten van items die onder de generieke themalijst voor intersectorale kwaliteit van zorg vallen. Ook instrumenten waarbij de belangrijkheid van deze thema's naast de realisatie aan bod komt, worden geïnccludeerd. Instrumenten die Quality of Life (QOL), Health-Related Quality Of life (HRQOL), de algemene attitude van een bevolkingsgroep over welzijn of welzijnsgebonden diensten en dergelijke meten, worden bijgevolg uitgesloten.
- **Het instrument moet specifiek gericht zijn op het gebruikersperspectief en de gebruiker zelf bevragen.** Een instrument komt niet in aanmerking als het de personen rond de gebruiker bevraagt, ook niet indien het hierbij een inschatting betreft van de ervaren kwaliteit door de gebruiker. Een instrument dat bijgevolg enkel ingevuld dient te worden door de hulpverlener, wordt niet meegenomen. Indien er meerdere versies van hetzelfde instrument bestaan (voor

gebruiker, ouders, hulpverlener, ...) wordt enkel gekeken naar de versie voor de gebruiker. De gebruiker wordt hier wel in de brede context gezien, om de sectoren die werken met cliëntsystemen tegemoet te komen. Zo is een ouder van een kind dat van kinderopvang gebruik maakt, ook een gebruiker.

- **Het instrument moet, in zijn geheel, generiek toepasbaar zijn in de verschillende sectoren van WVG.** Dit wil zeggen dat de thema's die in het instrument aan bod komen, thema's zijn die deel uitmaken van de generieke themalijst zoals opgesteld met behulp van de vakliteratuur. Instrumenten die thema's bevatten die te specifiek zijn voor 1 bepaalde sector, worden bijgevolg uitgesloten. Instrumenten dienen niet alle thema's van de themalijst te bevragen om te worden geïnccludeerd. Wanneer een instrument geen gebruik maakt van verschillende schalen of domeinen, of wanneer er geen clusters werden opgesteld met behulp van factoranalyse, zijn de items door de onderzoeker onder de verschillende thema's gecategoriseerd.

Wanneer een of meerdere thema's van de themalijst aan bod komen, maar de formulering van de items sectorspecifiek is, wordt deze geïnccludeerd indien beperkte taalkundige wijzigingen ervoor kunnen zorgen dat de vragenlijst generiek toepasbaar is. Bv.: "Ik kan binnen het OCMW steeds beroep doen op dezelfde hulpverlener". Dit item is generaliseerbaar door de termen OCMW en hulpverlener aan te passen naar een brede context. Wanneer dit niet mogelijk is, wordt het instrument niet meegenomen.

2 Exclusiecriteria

- Het instrument voldoet niet aan de vier inclusiecriteria.
 - Is geen vragenlijst met voornamelijk gesloten (meerkeuze)-vragen die de gebruiker zelfstandig kan invullen
 - Meet niet de kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief
 - Bevraagt de gebruiker zelf niet
 - Is niet generiek toepasbaar in de sectoren van WVG of handelt niet over zorg en ondersteuning

Er is te weinig informatie beschikbaar of gevonden over het instrument om een oordeel te kunnen vormen over het gebruik ervan in dit project. Bij elk instrument werd geprobeerd om via wetenschappelijke databases informatie op te zoeken. Waar mogelijk contacteerden we auteurs en contactpersonen via email om verdere informatie te verkrijgen.

Belangrijk hierbij is om te vermelden dat het al dan niet excluderen van een welbepaald instrument niet inhoudt dat dit instrument (i) waardeloos is of (ii) niet kan gebruikt worden. Exclusie op basis van bovenstaande criteria houdt in dat het instrument in zijn geheel niet kan gebruikt worden als generieke cliëntzorgmonitor. Het is echter wel nog steeds mogelijk om een gedeelte ervan (zoals bepaalde items) te gebruiken voor de operationalisering van bepaalde generieke thema's van kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief, wanneer wordt geopteerd om een nieuw instrument te ontwikkelen.

Hoofdstuk 5

Overzicht van bestaande instrumenten voor zorgmonitoring in de sectoren van WVG (anno 2014)

Alle vertegenwoordigers van de agentschappen kregen de vraag om de instrumenten voor zorgmonitoring (vanuit een gebruikersperspectief) die in hun sector gehanteerd worden, te bundelen. Hierbij werd ook gevraagd of ze weet hebben van 'koplopers' in hun sector die gebruikersbevestigingen organiseren of op de een of andere manier het gebruikersperspectief in kaart wensen te brengen. Daarnaast werd ook aan hen gevraagd om andere initiatieven waarvan ze weet hebben door te sturen naar de onderzoekers.

De instrumenten die we op deze manier konden identificeren in januari 2014 worden hieronder per agentschap weergegeven. Een evaluatie naar hun bruikbaarheid als generiek instrument in de context van dit project gebeurde aan de hand van de in- en exclusiecriteria zoals hierboven beschreven.

1 VAZG

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is tot op heden niet vertegenwoordigd in de stuurgroep van dit project. Bijgevolg kon geen contactpersoon worden aangesproken met deze vraag en is de informatie over de gebruikte instrumenten binnen VAZG grotendeels onbekend. We bespreken hieronder de kwaliteitsprojecten van VAZG, die recent werden ingevoerd ("Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid - Kwaliteit en Indicatoren," n.d.).

1.1 Vlaams indicatorenproject kwaliteitszorg algemene ziekenhuizen

Om een zicht te krijgen op de resultaten en de kwaliteit van de zorg in de Vlaamse ziekenhuizen, werd er het Vlaams Indicatorenproject (afgekort VIP²) opgezet. In dat project zijn er een aantal kwaliteitsindicatoren afgebakend. Met een dergelijke indicator kan een ziekenhuis een welbepaald onderdeel van zijn kwaliteit meten en uitdrukken in een cijfer. En dat vergelijken met de resultaten van andere ziekenhuizen. De indicatoren werden geselecteerd door ontwikkelingsgroepen, samengesteld uit onder meer klinisch experts van de betrokken discipline, vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en wetenschappers.

Het project "Quality indicators databank" is een samenwerking tussen **de Vlaamse overheid, de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en de ziekenhuiskoepels Zorgnet en Icuuro**.

Een basisset van indicatoren die klinische processen en resultaten meten, wordt elk jaar door de ziekenhuizen gemeten. Deze indicatoren zijn ingedeeld in 5 domeinen:

- Moeder en kind: indicatoren over keizersneden, borstvoeding, opname van zuigelingen, heropnames en aanpak van kindermishandeling.
- Orthopedie (heup- en knieprothesen): indicatoren over transfusiegraad, verblijfsduur, revisies en tijdigheid van zorg.
- Cardiologie (hartinfarct): indicatoren over sterfte (mortaliteit), gebruik van ACEI-inhibitoren of ARB-therapie, gebruik van aspirine, gebruik van bètablokkers.

- Borstkanker (oncologie): indicatoren over overleving na 5 jaar, diagnose, behandeling en preventie.
- Een ziekenhuisbreed domein met een aantal ziekte-overkoepelende kwaliteitscriteria zoals heropnames, handhygiëne en de ervaring van patiënten.

Het is in het laatste domein dat een peiling naar patiënttevredenheid aan bod komt. Het instrument om de ervaringen van patiënten te meten, is ontwikkeld door het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en vertrekt vanuit het perspectief van de patiënt, dit in tegenstelling tot traditionele vragenlijsten die veelal uit een managementperspectief zijn opgesteld. Dit instrument is in 2012 verder geconcretiseerd, uitgewerkt en gevalideerd in samenwerking met het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen van de KU Leuven en heeft als naam: "Vlaamse Patiënten Peiling".

1.2 Referentiekader kwaliteit van wonen en zorg in de Vlaamse woonzorgcentra

Voor de woonzorgcentra zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld waarmee bepaalde aspecten van kwaliteit van zorg gemeten kunnen worden. Zo geven ze een indicatie over welke resultaten geboekt worden in dat welbepaalde kwaliteitsonderdeel. Het gaat om valide, meetbare en gestandaardiseerde informatie over kwaliteit van zorg. De woonzorgcentra meten deze indicatoren zelf en rapporteren ze 2 maal per jaar aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Elk woonzorgcentrum krijgt vervolgens een individueel rapport waarin het kan zien hoe het zich positioneert ten opzichte van andere woonzorgcentra. Door kwaliteitsindicatoren te formuleren en op gestandaardiseerde manier te meten, zijn er heel wat mogelijkheden op het vlak van kwaliteitsverbetering en transparantie. Op dit moment focust het project zich vooral op de zorginhoudelijke indicatoren. Die gaan over de kwaliteit van zorg en veiligheid en de kwaliteit van zorgverleners en zorgorganisaties. 21 objectieve indicatoren (waarvan 16 verplichte en 5 optionele indicatoren) zullen door de woonzorgcentra zelf geregistreerd worden. De tweede fase van het project wil ook de kwaliteit van leven in de woonzorgvoorzieningen in beeld brengen, waarbij uiteraard de beleving en de tevredenheid van de bewoners en hun familie op de voorgrond komt. In een eerste piloottest van dit project, uitgevoerd door LUCAS, werden de bewoners bevraagd door een onafhankelijke enquêteur over hun ervaringen in het woonzorgcentrum. Dit gebeurde aan de hand van het InterRAI 'Kwaliteit van Leven'-instrument. In dit instrument komen ook aspecten zoals informatie, respect, privacy en autonomie aan bod. Op termijn wordt dit referentiekader ingevoerd in alle Vlaamse woonzorgcentra (voorziene timing: 2014).

1.3 Kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg

Net als de algemene ziekenhuizen en de woonzorgcentra gaan ook de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de initiatieven voor beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen hun kwaliteit meten. Dat gebeurt aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Het nieuwe kwaliteitsindicatoren-project (QI-project) GGZ wil indicatoren uitwerken voor de brede geestelijke gezondheidszorg. Die metingen leveren nuttige informatie op voor de zorgverleners en de zorgvoorzieningen zelf, voor de overheid, en ook voor de patiënt.

- De voorzieningen kunnen de onderdelen van hun kwaliteit nauwgezet opvolgen en met elkaar vergelijken: op welke punten scoren ze goed, op welke minder. Dit is een belangrijke stimulans

om zichzelf te verbeteren en van elkaar te leren. Het maakt duidelijk waar er marge tot verbetering zit en het helpt om keuzes te maken bij het inzetten van de beschikbare middelen.

- Zowel voor de overheid als voor de patiënt zijn de kwaliteitsindicatoren een bruikbare bron van informatie over hoe het met de kwaliteit in de GGZ-sector in zijn geheel of in een bepaalde voorziening gesteld is.

De coördinatie en aansturing van het kwaliteitsindicatoren-project (QI-project) GGZ gebeurt door een kerngroep van initiatiefnemende actoren, het zogenaamde “bureau”. Naast de Vlaamse overheid (de agentschappen Zorg en Gezondheid en Zorginspectie) zijn ook volgende organisaties daarin vertegenwoordigd:

- De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
- Zorgnet Vlaanderen
- ICURO
- De Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
- De Belgische Federatie van Psychologen
- De Federatie Beschut Wonen
- De Vlaamse Verpleegunie

Alle partijen zijn ook vertegenwoordigd in een Forum. Het Forum wil tussentijds terugkoppelen naar de brede GGZ-sector en andere belanghebbende organisaties binnen het GGZ-werkveld. Het heeft als taak om inhoudelijke en methodologische expertise aan te leveren, kritisch te reflecteren op het verloop van het project, een draagvlak te creëren bij voorzieningen en zorgverleners en ondersteuning te bieden bij de implementatie van het QI-project.

Het forum wil volgende timing hanteren:

- 2013: Een eerste basisset aan proces- en outcome-indicatoren wordt gedefinieerd door de verschillende ontwikkelingsgroepen
- 2014: De indicatoren uit de basisset worden gevalideerd en er wordt nagegaan hoe de gegevens kunnen geregistreerd of geabstraheerd worden. Er wordt verder gewerkt aan de uitbreiding en/of aanpassing van de basisset. De indicatoren worden op een geconsolideerde wijze teruggekoppeld en de voorzieningen worden gestimuleerd om hun resultaten extern kenbaar te maken.

2 Jongerenwelzijn

Het agentschap Jongerenwelzijn voorzag een korte samenvatting voor elk van zijn afdelingen.

Voor de afdeling ‘voorzieningenbeleid’ geeft het agentschap aan dat voorzieningen verplicht een tevredenheidsmeting moet uitvoeren voor elke cliënt. Dit is een voorwaarde voor erkenning. De wijze van meting wordt niet opgelegd door de administratie, elke voorziening maakt hierin keuzes. De verschillende methodes worden niet geïnventariseerd en er is geen rapportering naar de overheid.

Bij de Comités Bijzondere jeugdzorg (CBJ) en de Sociale Diensten voor gerechtelijke jeugdhulp (SDJ) die onder de afdeling ‘Preventie en Verwijzersbeleid’ vallen, is er een registratie van de mening en de visie

van de cliënt op het hulptraject⁶. Deze registratiegegevens bevinden zich echter in de individuele cliëntdossiers. Een geaggregeerde gegevensverwerking wordt niet uitgevoerd hiervoor.

Voor de afdeling 'Gemeenschapsinstellingen en gesloten federale centra' gaf het agentschap aan dat er nog geen systematische gedocumenteerde bevraging georganiseerd wordt. Er wordt echter wel geëxperimenteerd met verschillende methoden. Zo is er in H!NT (vroeger t' Schip) een tevredenheidsvragenlijst voor de jongere en begeleider. Deze vragenlijsten worden gebundeld en besproken bij de evaluatie van de werking van H!NT. Bij het Geïndividualiseerd Residentieel Traject (GRT) wordt er gewerkt met een vrijwillige tevredenheidsvragenlijst voor de ouders, na afronding van de begeleiding. Binnen de sociale dienst is er nog geen gestructureerde invulling van een tevredenheidsmeting.

Voor de nieuwe entiteit 'Intersectorale Toegangspoort' werden tot op heden geen meetinstrumenten of cliëntbevragingen ontwikkeld of gebruikt.

Via de stuurgroepleden werden nog twee projecten in de sector Jongerenwelzijn aangehaald. Deze projecten worden hieronder besproken.

Daarnaast kwamen we via de stuurgroepleden in contact met het steunpunt Jeugdhulp en de koepels binnen jongerenwelzijn (Vlaams Welzijnsverbond, vzw PPJ en vzw Jongerenbegeleiding-Informant). Vanuit deze hoek kregen we ook enkele initiatieven doorgestuurd. Ook deze initiatieven worden hieronder besproken.

2.1 Bevraging naar participatie van jongeren door Zorginspectie

Zorginspectie inspecteert in de periode november 2013 tot september 2014 de organisaties voor Bijzondere Jeugdzorg met focus op de participatie van jongeren en hun context in de eigen hulpverlening (Zorginspectie, n.d.). Zorginspectie wil hiermee achterhalen of jongeren en hun context voldoende betrokken worden, inspraak krijgen en kunnen participeren doorheen het hulpverleningsproces. De volgende aspecten worden bevroegd in een gesprek met de inspecteur:

- Participatie bij het onthaal
- Participatie bij de opmaak van het handelingsplan en de evolutieverslagen
- Participatie in de concrete hulpverlening
- Hoe wordt de begeleiding ervaren door de jongere
 - Inspraak in de begeleiding (school, vrije tijd, weekends, vakantie...)
 - Het bepalen van de context (wie bepaalt dit en hoe?)
 - Het betrekken van de context (hoe wordt de context betrokken bij de begeleiding?)
- Het dossier
 - Weet de jongere dat dit dossier bestaat en waarvoor het wordt gebruikt?
 - Weet de jongere wat er in zijn/haar dossier staat?

⁶ Dit deel van het onderzoek gebeurde nog net voor de invoering van het Decreet Integrale Jeugdhulp. Ondertussen bestaat de Afdeling Preventie en Verwijzersbeleid niet meer en zijn de CBJ vervangen door de Ondersteuningscentra Jeugdzorg.

2.2 Een evaluatieonderzoek naar de crisisjeugdhulp vanuit een multi-actorperspectief

Recent bevroeg Kind en Samenleving jongeren in verschillende diensten voor crisisjeugdhulp in het kader van een evaluatieonderzoek van deze jeugdhulp (Piessens & Hillaert, 2013). Dit gebeurde onder de vorm van interviews met 12 jongeren tussen de 11 en 16 jaar. Ook werden er 12 ouders en/of opvoedingsverantwoordelijken geïnterviewd. De thema's die als resultaten besproken worden in het rapport van dit evaluatieonderzoek zijn de volgende:

- De aanleiding tot de crisishulp
- De aanmelding bij crisishulp en de ervaring van de jongere hierin
- Vrijwilligheid en acceptatie van hulp: hoe voelden jongeren en ouders zich bij de opstart van crisishulp?
- Het verloop van de crisishulp
- De positieve en negatieve ervaringen met de crisishulp
 - Opstart van de hulp
 - Lengte van hulpverleningsperiode
 - Continuïteit in de hulpverlening
 - Aandacht voor het verhaal van de jongere
 - Het respecteren van vertrouwelijkheid over het verhaal en de situatie van de jongere
 - Oplossingsgerichte aspecten van de hulp
 - De houding van de hulpverleners
- Uitkomsten van de crisishulp

2.3 Vragenlijsten gebruikt door diensten en voorzieningen vanuit de koepels

- Thuisbegeleidingsdienst De Cocon: de Cocon gebruikt de gevalideerde BESTE- en exit-vragenlijsten. Deze vragenlijsten kwamen ook in de literatuurstudie naar boven (zie verder).
- Thuisbegeleidingsdienst vzw de Touter-Terra: Terra gebruikt een eigen vragenlijst.
- Pleegzorg Limburg: Pleegzorg Limburg gebruikt een eigen vragenlijst.
- Dienst Ondersteunende Begeleiding Alba vzw: Alba werkt met twee eigen vragenlijsten.
- Dienst voor Begeleid Zelfstandig Wonen Den Engel: Den Engel gebruikt een eigen vragenlijst.
- Thuisbegeleidingsdienst Daidalos vzw: Daidalos gebruikt eigen vragenlijsten.
- Begeleidingscentrum vzw Wingerdbloei: Wingerdbloei gebruikt een eigen vragenlijst.

3 Kind en Gezin

Kind en Gezin gaf tijdens de stuurgroep van 22 oktober 2013 door middel van een powerpointvoorstelling een overzicht van bevragingen die het gebruikersperspectief meten. Voorlopig is er geen gestandaardiseerd instrument in gebruik. Er worden echter wel bevragingen georganiseerd waarbij het perspectief van de gebruiker ad hoc mee wordt opgenomen.

Hieronder het overzicht van de gebruikte instrumenten zoals besproken door Kind en Gezin.

3.1 Vragenlijst klantentevredenheid bij het gebruik van het opvoedingsprogramma Triple P

Ouders werden in 2013 gevraagd naar hun tevredenheid met het opvoedingsprogramma van Triple P. De bevraging gebeurde met behulp van een schriftelijke vragenlijst met een scoresysteem van 1 tot en met 7 (variabele antwoordcategorieën).

3.2 Onderzoek gebruik Kinderopvang bij kinderen jonger dan 3 jaar in Vlaams gewest

Het gebruikte instrument (2013) hiervoor is een schriftelijke vragenlijst met scoremogelijkheid, nadien telefonisch contact bij non-respons. Kwetsbare groepen worden face-to-face bevraged en er is tevens de mogelijkheid om de bevraging online in te vullen.

3.3 Möbius onderzoek over tevredenheid met K&G-lijn

Een externe firma nam een telefonische vragenlijst af over de tevredenheid van ouders met de Kind&Gezin-telefoonlijn. Hierbij werd gewerkt met een vaste vragenlijst met zowel open als gesloten vragen met verschillende antwoordcategorieën.

3.4 Tevredenheid van ouders over de brochures K&G: Voeding en Beweging

Door middel van focusgroepen werd de tevredenheid over de brochures 'voeding en beweging' van Kind en Gezin geëvalueerd bij zowel regioverpleegkundigen als bij ouders van kinderen tussen de 7 weken en 5 jaar. Zij kregen vragen over de rol van voeding en beweging binnen het gezin, en over de manier waarop Kind en Gezin het beste kan inspelen op de vragen die rond dit thema leven.

3.5 Onderzoek naar noden en preferenties in zake preventieve zorg bij gezinnen met jonge kinderen.

In 2010 werd een semi-gestructureerde vragenlijst gebruikt voor dit onderzoek. Dit onderzoek peilde naar de ondersteuningsbehoeften van de ouders, hun sociaal netwerk, de beschikbaarheid van zorgverleners en hun verwachtingen met betrekking tot de dienstverlening.

3.6 Censydiam studie

In 2003 werd met behulp van een standaardvragenlijst face-to-face interviews afgenomen bij ouders met jonge kinderen. Dit ging over huidige gebruikers van K&G, toekomstige gebruikers van K&G, vroegere gebruikers van K&G en kansarme en allochtone gebruikersgroepen. Deze vragenlijst peilde naar het imago en de identiteit van K&G, alsook de ervaringen met de dienstverlening van K&G.

4 VAPH

4.1 Oog voor kwaliteit

Vanuit het VAPH werd verwezen naar de publicatie “oog voor kwaliteit” van Bea Maes (Maes et al., 1997). Dit rapport handelt over de kwaliteit binnen de zorg voor personen met een handicap. De volgende belangrijke criteria worden vermeld:

- Eigenheid: zorg die past bij de persoon en aansluit op de zorgvraag.
- Betrokkenheid: cliënt betrekken bij de zorgverlening.
- Keuzevrijheid: rekening houden met de voorkeuren en wensen van de cliënt.
- Respect: respectvolle omgang met de cliënt.
- Sfeer
- Omgang: betrokkenheid, vertrouwen en respect.
- Ontwikkeling: zorgverlening is gericht op harmonische ontplooiing van de mogelijkheden van zorggebruikers.
- Onafhankelijkheid en ondersteuning: zorg wordt enkel aangeboden wanneer dit nodig is. De onafhankelijkheid van de cliënt wordt gestimuleerd.
- Structuur en flexibiliteit: duidelijke regels en grenzen, afgestemd op de eigenheid van cliënten en context.
- Planmatig of methodisch handelen: nadenken over wat er met de zorg wordt beoogd, zodat het handelen steeds kan verantwoord worden.
- Integratie: gebruikers moeten kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven.
- Perspectief: afspreken van toekomstperspectieven van de cliënt op korte en lange termijn.
- Participatie van belangrijke derden: informatie-uitwisseling en overleg met belangrijke derden over de zorg aan cliënten.

Deze publicatie geeft een opsomming van belangrijke criteria in een kwaliteitsevaluatie van de zorg voor personen met een handicap.

5 Welzijn en Samenleving

Het besluit van de Vlaamse regering van 21/06/2013 bepaalt dat de centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) en de centra voor Tele-Onthaal tegen 01/01/2015 een nieuw kwaliteitshandboek moeten af hebben en dat er daarnaast ook tegen dezelfde datum een zelfevaluatie-systeem moet operationeel zijn (referentie?). Deze zelfevaluatie heeft minstens betrekking op de onderstaande zorgaspecten. Op dit moment wordt dit zelfevaluatie-instrument ontwikkeld door het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk onder wetenschappelijke begeleiding van LUCAS KU Leuven.

1. De bereikbaarheid, beschikbaarheid, bruikbaarheid, bekendheid en begrijpbaarheid van het aanbod;
2. De transparantie en betrouwbaarheid van de hulpverlening;
3. De veiligheid van de gebruiker, rekening houden met diens kwetsbaarheid;
4. De continuïteit tijdens de overgangsfasen van het hulpverleningsproces;

5. De keuze voor de minst ingrijpende hulpverlening;
6. De actieve participatie van de gebruiker aan het tot stand komen van hulpverlening, zodat aan de gebruiker hulp op maat kan worden verstrekt;
7. De mogelijkheid voor gebruikers om op structurele wijze inspraak te hebben in en te participeren aan het hulp- en dienstverleningsbeleid van het centrum;
8. De doelbewuste inschakeling van vrijwilligers in de hulp en dienstverlening;
9. De deskundigheid en de methodische differentiatie in de uitvoering van het hulpaanbod;
10. De effectiviteit van de geboden hulp.

6 Zorginspectie

Zorginspectie geeft aan dat alle sectoren die gevat zijn door het vorige kwaliteitsdecreet, de dienstverlening dienen te evalueren op een systematische wijze. Dit kon door gebruikers te bevragen. Het nieuwe kwaliteitsdecreet spoort voorzieningen aan tot zelfevaluatie om zo tot verbeterprojecten te komen. Ook hier kunnen gebruikersbevragingen een belangrijke rol spelen.

Wanneer dit thema aan bod komt bij de inspecties wordt nagegaan of de gebruikersbevragingen verlopen zijn zoals bepaald door de voorziening en of ze daarmee aan de slag gaan in verbeterprojecten. Er wordt geen uitspraak gedaan over de kwaliteit/volledigheid van de bevragingen. Gebruikers worden globaal genomen nog niet systematisch bevraagd door Zorginspectie, maar het wordt wel al toegepast bij de Gemeenschapsinstellingen en de voorzieningen BJZ die de verblijfmodule en dagbesteding aanbieden en in enkele voorzieningen GHZ. De focus ligt hier toch enigszins anders en is bijvoorbeeld heel sterk gekoppeld aan de rechten van de minderjarige, die in alle sectoren waar minderjarigen worden begeleid, gelden.

7 Besluit

Van de instrumenten die in dit hoofdstuk geïdentificeerd werden, werd er geen enkel instrument geïncorporeerd als mogelijk generiek instrument bruikbaar voor dit project. In Bijlage A en B vindt u een overzicht met de verschillende instrumenten en de reden van uitsluiting. Waar mogelijk werd verwezen naar een referentie-rapport. Dit was niet altijd mogelijk aangezien de agentschappen en voorzieningen niet altijd verwezen naar een rapport, maar soms enkel de vragenlijst doorstuurden. Er bestaan enkele initiatieven om het gebruikersperspectief te meten, maar deze zijn nog niet algemeen in gebruik in alle sectoren en zijn te sterk gebonden aan één sector en doelgroep. De bekendheid hiervan is niet groot, en er wordt in geen enkele sector op een systematische wijze gemeten hoe het gesteld is met de kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens het gebruikersperspectief.

Deze lacune toont aan dat een meer gestructureerde aanpak noodzakelijk is indien men het gebruikersperspectief op een systematische manier en over alle sectoren heen in kaart wenst te brengen.

Hoofdstuk 6

Literatuurstudie naar mogelijke generieke instrumenten voor gebruik als Vlaamse CliëntZorgMonitor

Een eerste fase in dit project bestond erin om met behulp van een literatuurstudie mogelijke instrumenten te identificeren die kunnen gebruikt worden als Vlaamse CliëntZorgMonitor. Hieronder wordt de methodiek voor deze literatuurstudie verder toegelicht.

1 Werkwijze

1.1 Literatuuronderzoek

De internationale literatuur werd doorzocht via google scholar. Deze database levert verscheidene resultaten op die breder gaan dan louter wetenschappelijke publicaties, ook thesis- en doctoraatspublicaties, patenten, congresabstracts en publicaties uit universiteitsbibliotheken behoren tot de zoekresultaten. Op deze manier kan men via één zoekmachine toch verscheidene resultaten bekomen. Dit is belangrijk wanneer er over diverse sectoren heen informatie moet worden opgezocht.

Diverse sleutelwoorden in verband met gebruikerstevredenheid en het gebruikersperspectief werden gebruikt, o.a.: patient satisfaction instrument, client satisfaction instrument, customer satisfaction instrument, patient satisfaction measure, satisfaction with health care, satisfaction with services, patient participation, client participation, client evaluation, patient evaluation ...

Deze zoekopdrachten leverden zowel individuele instrumenten als reviews van instrumenten op. Ook de instrumenten beschreven in deze reviews zijn mee in kaart gebracht (de Silva, 2014; Debono & Travaglia, 2009; Garrat, Solheim, & Danielsen, 2008; Hawthorne, 2006; Mead & Bower, 2000; van Campen, Sixma, Friele, Kerssens, & Peters, 1995; Vrijhoef, Berbee, Wagner, & Steuten, 2009).

1.2 Vroegere onderzoeken uitgevoerd door LUCAS of het Steunpunt WVG

Enkele onderzoeken die in het verleden door LUCAS of het Steunpunt WVG zijn uitgevoerd en ook het gebruikersperspectief bevragen, werden opnieuw tegen het licht gehouden. Het gaat hierbij over de volgende projecten:

- KANS onderzoek (Steunpunt WVG, uitgevoerd door LUCAS KU Leuven) (Willems et al., 2011) : onderzoek naar het zorggebruik, de zorgtrajecten en zorgtevredenheid van welzijnszorggebruikers die psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid ervaren. Voor dit onderzoek werd een nieuwe vragenlijst ontwikkeld die onder andere peilt naar tevredenheid met de ontvangen zorg. Deze vragenlijst werd opgenomen in de selectie van mogelijke generieke instrumenten (zie verder).
- Onderzoek "Evaluatie Time-outprojecten Bijzondere jeugdbijstand" (Steunpunt WVG, uitgevoerd door vakgroep Orthopsychologie VUB i.s.m. vakgroep orthopedagogie KU Leuven) (Mommaerts, Vanderfaeillie, & Grietens, 2008): wetenschappelijke doorlichting van de

projecten in de bijzondere jeugdbijstand inzake processtappen, effectiviteit en een koppeling van de effectgegevens aan de ingezette middelen. Hierbij werd de c-toets gebruikt om het gebruikersperspectief te bevragen. De C-toets werd ook via de literatuurstudie opgepikt als mogelijk generiek instrument (zie verder).

- Onderzoek “Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning” (Steunpunt WVG, uitgevoerd door vakgroep Orthopsychologie VUB i.s.m. het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek KU Leuven en Kind & Gezin) (van den Berg, Vanderfaillie, & Grietens, 2009): een wetenschappelijke evaluatie van de implementatie van de Triple P methodiek (Level 3) in de grootstad Antwerpen in vergelijking met het bestaande Spreekuur Opvoedingsondersteuning. In dit onderzoek werd de c-toets gebruikt om gebruikerstevredenheid te bevragen. De C-toets werd ook via de literatuurstudie opgepikt als mogelijk generiek instrument (zie verder).
- Onderzoek “Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaams Gewest” (Steunpunt WVG, uitgevoerd door HIVA KU Leuven) (Hedebouw & Peetermans, 2009): de doelstelling van dit project was om een stand van zaken geven van de opvang van de kinderen beneden de 3 jaar in het Vlaams Gewest anno 2009 als trends en verschuivingen van de laatste jaren in kaart brengen. Voor dit onderzoek werd een nieuwe uitgebreide vragenlijst samengesteld.
- Visie op Zorg (Van Audenhove et al., 2001; Van Humbeeck et al., 1999): De doelstelling van dit onderzoek was om een instrument te ontwikkelen dat toelaat om de zorg voor chronische patiënten te individualiseren of op maat te snijden. Hiervoor werd een instrument ontwikkeld waarin men de noden en behoeften van de patiënten bevraagt. Tevens gaat dit instrument ook na of de aspecten in de zorg die patiënten als belangrijk beoordelen, ook feitelijk gerealiseerd zijn in de hulpverlening. Dit instrument werd gebruikt in enkele pilootprojecten in de psychiatrische thuiszorg.
- Onderzoek “JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment” (Steunpunt WVG, uitgevoerd door interdisciplinair samenwerkingsverband tussen U Gent en KU Leuven) (Grietens, Hoppenbrouwers, Desoete, Wiersema, & Van Leeuwen, 2010): De eerste doelstelling was om kencijfers over (problemen inzake de) gezondheid, gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen en jongeren te verzamelen en hun evolutie op lange termijn op te volgen. Een tweede doelstelling bestond erin de zorgbehoefte, het zorggebruik en de zorgtrajecten van kinderen, jongeren en hun gezin gerelateerd aan voornoemde levensdomeinen in kaart te brengen. Voor dit onderzoek werd een nieuwe vragenlijst samengesteld.

Hoofdstuk 7

Overzicht van generieke instrumenten voor het meten van kwaliteit van de zorg in Vlaanderen

1 Overzicht van geïncludeerde generieke instrumenten voor het meten van kwaliteit van de zorg in Vlaanderen

Er bestaan bijzonder veel meetinstrumenten voor het meten van het gebruikersperspectief in verschillende sectoren. Voor dit project selecteerden we echter enkel de instrumenten die aan de vooropgestelde in- en exclusiecriteria voldeden. Al de instrumenten die werden geïdentificeerd via de literatuur of via contact met agentschappen of organisaties werden geëvalueerd. Slechts enkele meetinstrumenten zijn mogelijks voor een generiek doel bruikbaar.

Voor elk instrument stelden we een **uniforme fiche** samen met kerngegevens over:

- Referentie meetinstrument
- Taal en toepassing in Vlaanderen
- Doelgroep
- Aantal items en afnameduur
- Vormelijke aspecten
- Inhoudelijke aspecten: welke domeinen?
- Afnamevereisten: methode van afname, kostprijs
- Wetenschappelijke onderbouwing
- Mogelijke problemen

De fiches van de volgende **generieke instrumenten** die werden geselecteerd, worden op de volgende pagina's weergegeven:

- De Client Satisfaction Questionnaire (CSQ): versies CSQ-8, CSQ18 A en CSQ 18B
- De Client-Centered Care Questionnaire (CCCQ)
- De Client Satisfaction Inventory (CSI)
- Een onderdeel van de vragenlijst gebruikt in het "KANS"-onderzoek
- De tevredenheidsmeting van OCMW Limburg
- De hefboom 'gebruikersparticipatie'
- De C-toets
- De Exit-vragenlijst

Naast deze fiches wordt ook een tabel weergegeven waarin de verschillende thema's die aan bod komen in de vragenlijst worden vergeleken.

In Bijlage A wordt een uitgebreide lijst weergegeven van de instrumenten die geëxcludeerd werden op basis van de boven besproken in- en exclusiecriteria.

1.1 Fiches van de generieke instrumenten

CLIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE (CSQ-8)

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Client Satisfaction Questionnaire (versie CSQ-8) • Nguyen, Attkisson and Stegner (Nguyen, Attkisson, & Stegner, 1983) • 1983
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nederlandstalige versie beschikbaar
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënten in het algemeen • Instrument is bedoeld om tevredenheid met diensten te meten
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 items
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesloten vragen • Te scoren op 4 puntenschaal (antwoordcategorieën variëren afhankelijk van de vraag)
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen
<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commercieel beschikbaar via: www.csqscales.com • Kostprijs: \$.60 voor eerste 500 formulieren, nadien \$.55 per formulier
<p>Wetenschappelijke onderbouwing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne consistentie: Cronbach's α bereik van 0.83 tot 0.93 in diverse studies, met waarden 0.86 en 0.87 in twee van de grootste steekproeven. ○ Split-half reliability: werd getest door de oorspronkelijke CSQ31 op te delen in 2 delen: CSQ 18A en CSQ18B. De gemiddelde scores voor beide delen verschilden niet significant ($p=.62$) en correleerden met elkaar ($p>.01$). • Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Content validity: (via factor analyse) 81 items werden opgesteld voor 9 dimensies die vooropgesteld werden als dimensies voor tevredenheid. Dit werd gereduceerd tot 31 items door expert-review. Deze items werden getest bij 248 cliënten in mental health care settings. De finale 8 items werden geselecteerd op basis van factor loadings. ○ Criterion validity: (Concurrent/construct validity) Hulpverleners maakten een inschatting van de tevredenheid van hun cliënten, dit was 0.56 ($p <.01$) gerelateerd met cliëntscore op CSQ8. Matige correlatie tussen Brief Psychiatric Scale en CSQ8. Positieve correlatie tussen symptoomreductie (Client Checklist) en CSQ 8. Demografische variabelen verklaren geen groot deel van de variantie in de CSQ schalen. • Normgegevens <ul style="list-style-type: none"> ○ Gemiddeldes en standaarddeviaties zijn beschikbaar voor de CSQ schalen (totale groep van ongeveer 8000 cliënten)

Mogelijke problemen

- Zeer beperkt in dekking van verschillende thema's, gaat eerder over algemene tevredenheid over de aangeboden dienst
- Belangrijkheid van de items voor de respondent wordt niet bevraagd
- Hoge kostprijs

CLIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE (CSQ18A en CSQ 18B)

Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld

- Client Satisfaction Questionnaire (versie CSQ-18 A en CSQ-18B)
- Nguyen, Attkisson and Stegner (Nguyen et al., 1983)
- 1983

Taal en toepassing in Vlaanderen

- Nederlandstalige versie beschikbaar

Doelgroep

- Cliënten in het algemeen
- Instrument is bedoeld om tevredenheid met diensten te meten

Aantal items en afnameduur

- 18 items (verschillende pool voor A en B)

Vormelijk: soort vragen en scoresysteem

- Gesloten vragen
- Te scoren op 4 puntenschaal (antwoordcategorieën variëren afhankelijk van de vraag)

Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?

- Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen

Afnamevereisten

- Commercieel beschikbaar via: www.csqgscales.com
- Kostprijs: \$.60 voor eerste 500 formulieren, nadien \$.55 per formulier (NOOT: 18A versie nog niet in NL vertaald, maar is wel mogelijk).

Wetenschappelijke onderbouwing

- **Betrouwbaarheid:**
 - Interne consistentie: Cronbach's α van 0.91 in twee studies.
 - Split-half reliability: werd getest door de oorspronkelijke CSQ31 op te delen in 2 delen: CSQ 18A en CSQ18B. De gemiddelde scores voor beide delen verschilden niet significant ($p=.62$) en correleerden met elkaar ($p>.01$).
- **Validiteit:**
 - De auteurs geven geen afzonderlijke informatie weer voor de CSQ-18 versies.
- **Normgegevens**
 - Gemiddeldes en standaarddeviaties zijn beschikbaar voor de CSQ schalen (totale groep van ongeveer 8000 cliënten)

Mogelijke problemen

- Minder psychometrische kenmerken beschikbaar dan bij de CSQ-8 versie
- De A- en B- lijst werden willekeurig samengesteld, niet onderbouwd door theorie
- Belangrijkheid van de items voor de respondent wordt niet bevraagd
- Hoge kostprijs

CLIENT-CENTERED CARE QUESTIONNAIRE (CCCQ)

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Client-Centered Care Questionnaire • de Witte, L., Schoot, T., & Proot, I. (de Witte, Schoot, & Proot, 2006) • 2006
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nederlandstalige versie beschikbaar • Ontwikkeld en gebruikt in Nederland
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met een chronische aandoening die thuiszorg ontvangen (maar de vragen zijn generiek opgesteld, en breed toepasbaar mits het woord 'zorg' uitgebreid wordt naar 'zorg en ondersteuning'). • Het instrument is bedoeld om inzicht te krijgen in de door de cliënt ervaren cliënt-gecentreerdheid van de zorg zoals geboden door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuissituatie.
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 items • Gemiddelde afnameduur: 15min
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellingen • Te scoren op 5 punten Likert-schaal (Helemaal niet mee eens, niet mee eens, weet niet/geen mening, mee eens, helemaal mee eens)
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen
<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijst is opvraagbaar bij expertisecentrum meetinstrumenten voor revalidatie • Vragenlijst is gratis te downloaden, maar copyright van Hogeschool Zuyd. Mits goede bronvermelding mag deze vrij gebruikt worden voor dit onderzoek.
<p>Wetenschappelijke onderbouwing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne consistentie: twee studies worden gerapporteerd ○ Cronbach's α: 0.94 (N = 107, P = cliënten van drie thuiszorg organisaties). ○ Cronbach's α: 0.9054 (N = 323, P = cliënten van twee thuiszorg organisaties) • Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Face validity: Het instrument is ontwikkeld op basis van kwalitatief onderzoek naar het cliëntenperspectief op zorg. In dit onderzoek werden enkele waarden geïdentificeerd die ten grondslag liggen aan de vraag van de cliënt en aan de door de cliënt gewenste zorgrelatie. Ieder item van het instrument verwijst naar enkele van de geïdentificeerde waarden. ○ Construct validity: Factoranalyse met Principale Componenten Analyse liet zien dat alle items van het instrument laadden op één factor. ○ Criterion Validity: Correlatie van totaalscore met algemene tevredenheid over de zorg: .81 ($p < 0.01$) (N= 107, P = cliënten van drie thuiszorg organisatie) (=convergent validity). Geen correlatie werd gevonden tussen het

<p>meetinstrument en cliëntkenmerken (leeftijd, opleidingsniveau, geslacht, burgerlijke staat).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normgegevens: In de studie van 3 thuiszorgorganisaties was het gemiddelde 59.0 met een standaarddeviatie van 10.0 (bereik 31-75)
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterk gefocust op patient-centredness: inspraak en manier van omgang van hulpverlener met patiënt • Belangrijkheid van de items voor de respondent wordt niet bevroegd

CLIENT SATISFACTION INVENTORY (CSI)

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Client Satisfaction Inventory • McMurtry en Hudson (McMurtry & Hudson, 2000) • 2000
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onbekend of er een Nederlandstalige versie bestaat
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënten van human services agencies
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25 items
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellingen • Te scoren op 7 punten Guttman-schaal (nooit → altijd) + NVT categorie
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen
<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Commercieel beschikbaar via http://www.walmyr.com/: 25\$ per 50 kopies. • Nog geen NL versie beschikbaar. Back translations + validatiestudie vereist (copyright blijft wel bij walmyr). Exemplaren voor de pilootstudie zijn gratis. Gegevens van pilootstudie mogen gebruikt worden voor validatie. • Geen toestemming voor computer of online toepassing!
<p>Wetenschappelijke onderbouwing</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne consistentie: Cronbach's α: 0.93 (N=329 uit 11 agencies zoals crisis counseling, kinder/familie counseling, ouderenprogramma, privepraktijk counseling, parent education, adolescent residential treatment) • Validiteit <ul style="list-style-type: none"> ○ Content validity: tevredenheid werd in deze studie benaderd als een enkelvoudig construct. Van elk item werd bekeken in hoeverre het significant bijdraagt tot de totale score. Er werd een corrected item-total correlation van gemiddeld 0.57 gevonden voor de CSI-items, elke correlatie significant op .01-level. Dit levert volgens de auteurs bewijs dat er slechts 1 construct is.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Criterion validity: de bewijzen voor convergente validiteit zijn eerder twijfelachtig. Voor divergente/discriminant validiteit is er een lage correlatie van de individuele items met totale scores op andere schalen (GCS; generalized contentment scale, ISE; index of self-esteem, IPR; index of peer relations) (=zelfde test als bij content validity) en totale score van CSI correleert laag met totale scores van GCS, ISE, IPR. ● Normgegevens <ul style="list-style-type: none"> ○ Beschikbaar: Gemiddelde 85.3; standaard deviatie 12.0
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Belangrijkheid van de items voor de respondent wordt niet bevestigd ● Hoge kostprijs ● Geen toestemming voor pc of online toepassing

KANS-VRAGENLIJST

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> ● KANS-vragenlijst, module welbevinden ● Ontwikkeld door het Steunpunt WVG voor het KANS-onderzoek (Willems et al., 2011) (2011)
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nederlandstalig ● Reeds gebruikt in België
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gebruikers van OCMW, CAW, ICAW ● KANS-onderzoek peilde naar zorggebruik, de zorgtrajecten en zorgtevredenheid van welzijnszorggebruikers die psychisch onwelbevinden en/of financiële kwetsbaarheid ondervinden
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 9 items + blokje over stigma (5 items)
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Stellingen ● Realisatie te scoren op 5 punten Guttmanschaal (nooit → altijd) ● Mate van belangrijkheid te scoren op 5 puntenschaal (zeer onbelangrijk → zeer belangrijk) ● Voor stigma: 5 puntenschaal (helemaal eens → helemaal oneens)
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen
<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gratis beschikbaar via SWVG, LUCAS
<p>Wetenschappelijke onderbouwing:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Betrouwbaarheid: Geen gegevens beschikbaar ● Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ opgesteld volgens het model van Andersen (Andersen, n.d.) met vragen gebaseerd op items uit gevalideerde vragenlijsten (Thornicroft & Tansella, 1999; Van Humbeeck et al., 1999; Verhaeghe & Bracke, 2007; Walburg, 2003) ● Normgegevens: Gegevens beschikbaar voor 700 gebruikers van OCMW/CAW/ICAW

Mogelijke problemen

- Verwoording 'hulpverlener' moet wellicht aangepast worden voor toepassing in elke sector (bv. K&G)
- Nog geen gegevens over betrouwbaarheid en validiteit beschikbaar

TEVREDENHEIDSMETING OCMW LIMBURG

Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld

- Tevredenheidsmeting OCMW-cliënten
- Ontwikkeld door Steunpunt Sociale Planning (toen nog Studiecel) in overleg met en in samenspraak met de werkgroep Dialoog Dynamo – LSO (*Rapport tevredenheidsmeting bij limburgse OCMW-cliënten.*, 2004)

Taal en toepassing in Vlaanderen

- Nederlandstalig
- Reeds gebruikt in België

Doelgroep

- Kwetsbare gebruikers van OCMW
- Meting van het OCMW Limburg bij de gebruikers met als doel om de kwaliteit van de OCMW dienstverlening te optimaliseren.

Aantal items en afnameduur

- 4 items over eerste gesprek
- 21 + 22 items over de dienst
- 16+27 items over de zorgmedewerkers

Vormelijk: soort vragen en scoresysteem

- Stellingen
- Beoordeling eerste gesprek: te beantwoorden op 10 puntenschaal (helemaal niet akkoord → helemaal akkoord)
- Beoordeling dienst: belangrijkheid (21) te beantwoorden op 5 puntenschaal (helemaal niet belangrijk → zeer belangrijk) + realisatie (22) te beantwoorden op 10 punten schaal (helemaal niet akkoord → helemaal akkoord)
- Beoordeling zorgmedewerkers van de dienst: belangrijkheid (16) te beantwoorden op 5 puntenschaal (helemaal niet belangrijk → zeer belangrijk) + realisatie (27) te beantwoorden op 10 punten schaal (helemaal niet akkoord → helemaal akkoord)

Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?

- Vragenlijst is niet opgedeeld in verschillende domeinen

Afnamevereisten

- Beschikbaar via OCMW Limburg
- Kostprijs? Gratis beschikbaar, mits vermelding van bron

Wetenschappelijke onderbouwing:

- **Betrouwbaarheid:** Geen gegevens over bekend
- **Validiteit:**
 - Face validity: De vragenlijst werd opgesteld samen met Dynamo (Limburgs samenwerkingsverband van verenigingen waar armen het woord nemen). Deze mensen dienden als klankbord doorheen het hele onderzoeksproces en gaven inhoudelijk mee richting bij de voorbereiding van het onderzoek. Er werd gewerkt

<p>met een logboek waarin de ervaringen van gebruikers in hun contacten met de hulpverlening werden neergeschreven. Op basis hiervan werden prioritaire onderzoeksthema's naar voor geschoven, waarvoor in samenspraak met Dynamo vragen werden geformuleerd, en nadien getest in proefinterviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normgegevens: ev. gegevens beschikbaar voor 775 gebruikers van OCMW/CAW/ICAW
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevat zeer veel items (eventueel keuze om te reduceren tot beoordeling dienst, heeft op zich ook reeds goede dekking van de thema's). • Aantal items van realisatie en belangrijkheid komt niet lijnrecht overeen • Nog geen gegevens over betrouwbaarheid en validiteit beschikbaar

HEFBOOM GEBRUIKERSPARTICIPATIE (ZORGINNOVATIE)

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hefboom gebruikersparticipatie • Onderzoek rond zorginnovatie door LUCAS • Ontwikkeld in 2010
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nederlandstalig • Reeds gebruikt in België
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeld als generiek instrument • Doel? De actieve deelname van gebruikers, familieleden en zorgaanbieders aan de organisatie van de zorg stimuleren. Instrument om als middel te gebruiken in een verbeter- of innovatietraject, oorspronkelijk niet ontwikkeld als meetinstrument.
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 45 items
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellingen • Beoordeling met + (ik ervaar dit ook zo) of – (ik ervaar dit niet zo)
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opgedeeld in thema's, cave: geen gevalideerde schalen! • Dialoog als vertrekpunt: dit thema handelt over de tijd en moeite die een team neemt om de zorgnoden en –vragen van de cliënt in kaart te brengen op een duidelijke manier, in dialoog met de cliënt zelf. • Toegang tot informatie: krijgt de cliënt antwoord op zijn vragen en wordt hij geïnformeerd over zijn rechten? • Gebruiksvriendelijke procedures: bereikbaarheid van de hulpverleners en gebruiksgemak voor de cliënt. • Respect, privacy en deskundigheid: wordt de cliënt op een respectvolle manier behandeld? • Overleg en samen beslissen: krijgen de cliënten inspraak in de zorg en ondersteuning die ze ontvangen? • Feedback gezocht: wordt de cliënt mee betrokken in de evaluatie van de zorg en wordt de feedback aangewend voor verbeteringen?

<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaar via LUCAS • Kostprijs? Gratis beschikbaar, mits vermelding van bron
<p>Wetenschappelijke onderbouwing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: Geen gegevens over bekend • Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Face validity: De instrumenten en de methodiek van zorginnovatie zijn ontwikkeld en getest in samenwerking met directies, leidinggevendenden, teamleden, gebruikers en bestuursleden van welzijnsvoorzieningen uit zes sectoren: de kinderopvang, de bijzondere jeugdzorg, de zorg voor personen met een handicap, het vrijwilligerswerk, de gezinsondersteuning en de ouderenzorg. • Normgegevens: Geen gegevens over bekend
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werd ontwikkeld als dialoog-instrument tussen de verschillende partijen (gebruikers, familie, organisatie). • Antwoordcategorieën zijn beperkt, zijn onvoldoende kwantificeerbaar • Nog geen gegevens over betrouwbaarheid en validiteit beschikbaar

C- TOETS

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • C-toets • Ontwikkeld door Stichting Alexander in opdracht van het landelijk programma kwaliteitszorg in de jeugdzorg II (Nederland, 2004).
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nederlandstalig • Reeds gebruikt in Nederland en België
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouders en jongeren die gebruik maken van multifunctionele organisaties van jeugdzorg (ambulant, dagbehandeling, residentieel), bureaus jeugdzorg (vrijwillig ambulant, jeugdbescherming, jeugdreclassering), kinder- en jeugdpsychiatrie en orthopedagogische behandelcentra • Doel: Hoofdlijnen signaleren van wat de gebruikers vinden van belangrijke aspecten in de jeugdzorg. Uitkomsten gebruiken als basis voor interactieve cliëntenfeedback en verbeteringen van de jeugdzorg in cliëntperspectief
<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21 items + 6 instellingsspecifieke stellingen (keuze) + rapportcijfer
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellingen • Beoordeling op 4 puntenschaal (Helemaal niet mee eens → helemaal mee eens)
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact, Deskundigheid, Verloop van de hulp, Informatie, Doel en resultaat (maar: niet gevalideerde schalen)

<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaar via Stichting Alexander. Wanneer deze vragenlijst zal worden gebruikt, wil men overleg met SWVG/LUCAS om de voorwaarden te bespreken. De voornaamste idee is dat de vragenlijst moet gebruikt worden voor het doel waar het oorspronkelijk voor ontwikkeld werd. • Kostprijs: nog onbekend
<p>Wetenschappelijke onderbouwing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Interne consistentie: 2 pilootstudies gedaan ○ Cronbach's α: 0.94 (ouders) en 0.91 (jongere). • Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Face validiteit: inhoud, begrijpelijkheid en gebruikersvriendelijkheid werd getest in de pilootstudies. Cliëntenpanels (hulpverleners en gebruikers) beoordeelden de stellingen voor bruikbaarheid en relevantie. ○ Construct validity: factoranalyse (PCA met varimax rotatie) wees op 4 schalen. Deze schalen zijn niet toegepast in de vragenlijst door de onderzoekers, aangezien ze niet overtuigend waren voor coherente samenhang (hoewel factor loadings en α wetenschappelijk gezien wel voldoende bewijs hiervoor aanleverden). Er werd gekozen om te werken met tussentiteltjes (zie domeinen) voor het gebruiksgemak van de respondenten. ○ Met Pearson correlaties werd aangetoond dat de meeste stellingen positief met elkaar correleren (dit is echter louter een indicatie voor vergelijkbare populaties, is niet generaliseerbaar). Dit werd gebruikt in vragenlijstopbouw, om aantal stellingen te beperken die sterk correleerden. ○ Pearson correlatie toonde ook aan dat alle stellingen significant correleren met de gemiddelde score op de gehele vragenlijst. ○ Rapportcijfer is geen goede indicator voor de hele vragenlijst, want slechts 6 à 7 stellingen hebben voorspellende waarde op het rapportcijfer • Normgegevens: Potentieel gegevens beschikbaar van de piloottesten, alsook van de Nederlandse instellingen die sinds 2004 gebruik maken van de c-toets (in overleg).
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toestemming om vragenlijst op een generieke manier te mogen gebruiken? • Aanpassing van sommige bewoordingen in stellingen nodig voor generieke context

EXIT-VRAGENLIJST

<p>Naam, auteurs en jaartal waarin het is ontwikkeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exit vragenlijst • Ontwikkeld door Stichting Alexander Nederland ("Kennisbank Jeugdzorg Nederland," n.d.)
<p>Taal en toepassing in Vlaanderen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nederlandstalig • Reeds gebruikt in Nederland en België
<p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren en ouders bevragen aan het eind van hun traject in de bureaus jeugdzorg (jeugdbescherming, jeugdreclassering)

<p>Aantal items en afnameduur</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 items en 3 kwalitatieve vragen
<p>Vormelijk: soort vragen en scoresysteem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stellingen (10): beoordeling op 4 puntenschaal (Helemaal niet mee eens → helemaal mee eens) • Rapportcijfer: punt tussen 1 en 10 • Open vragen (3): ruimte om vrij antwoord te formuleren
<p>Inhoudelijk: welke domeinen komen aan bod?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Twee factoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ Verloop ○ Resultaat en toekomst
<p>Afnamevereisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaar via Stichting Alexander. Wanneer deze vragenlijst zal worden gebruikt, wil men overleg om de voorwaarden te bespreken. De voornaamste idee is dat de vragenlijst moet gebruikt worden voor het doel waar het oorspronkelijk voor ontwikkeld werd. Copyright wordt gedeeld met Jeugdzorg Nederland. • Kostprijs: nog onbekend
<p>Wetenschappelijke onderbouwing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betrouwbaarheid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cronbach's α: 0.93 en 0.94 voor de twee schalen (ouders) en 0.89 en 0.90 (jongere). • Validiteit: <ul style="list-style-type: none"> ○ Face validity: hulpverleners werden betrokken bij de ontwikkeling van het instrument. Bij piloottest kregen respondenten ook de kans om de vragenlijst te beoordelen. ○ Construct validity: confirmatieve factoranalyse model fit (via RMSEA) leverde een score van 0.045 en 0.031 (ouders vs jongere). Dit is een adequate fit met het vooropgestelde model. De onderzoekers concluderen dat er twee factoren zijn (zie boven). • Normgegevens: beschikbaar (piloottest)
<p>Mogelijke problemen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er komen slechts een beperkt aantal thema's aan bod • Toestemming om vragenlijst op een generieke manier te mogen gebruiken?

1.2 Overzicht van de kenmerken van de verschillende generieke instrumenten

De onderstaande tabel geeft een algemeen overzicht van de verschillende generieke instrumenten. In dit overzicht worden de belangrijkste criteria waar men rekening mee zal moeten houden bij een uiteindelijke selectie, weergegeven:

- **Kostprijs van het instrument:** hierbij geldt dat een vragenlijst die niet commercieel in gebruik is de voorkeur wegdraagt. Dit wil daarmee niet zeggen dat er geen toestemming moet worden gevraagd voor het gebruik, aangezien op de meeste vragenlijsten een copyright rust.
- **Wetenschappelijke onderbouwing:** zijn er over de vragenlijst voldoende gegevens bekend qua betrouwbaarheid en validiteit? Alle instrumenten werden opgesteld op een wetenschappelijke

manier, maar voor alle vragenlijsten zijn alle psychometrische parameters voor validiteit en betrouwbaarheid gekend.

- **Taal:** is het instrument reeds beschikbaar in het Nederlands? Indien niet, dan dienen er nog vertalingen en back-translations te worden uitgevoerd, wat meer tijd en kosten vraagt.
- **Generieke thema's:** worden er voldoende thema's bevraagd in het instrument? Aangezien gebruikersorganisaties tijdens het expertenpanel aangaven dat geen enkel thema kan worden weggelaten uit het definitieve instrument, streven we hier naar een dekking van minstens 19 van de 22 thema's (=80% dekking).
- **Lengte:** als afkappunt hebben we hier 30 items gehanteerd, gezien we wensen te komen tot een vragenlijst die alle aspecten omvat. De vragenlijst mag echter niet te belastend zijn voor de gebruikers, aangezien er anders meer kans is op non-respons of op onnauwkeurig invullen van de vragenlijst. Met 30 items is het mogelijk om alle 22 thema's te bevragen, en is er tevens nog extra speling om voor enkele thema's meerdere items te formuleren indien noodzakelijk.

Tabel 10 Overzicht van de voornaamste kenmerken van de geselecteerde generieke instrumenten

Modaliteiten	Kostprijs	Wetenschappe -lijke onderbouwing	Taal (NL)	Generieke thema's ⁷ (>19/22)	Lengte (max. 30)
CSQ8	-	+	+	1	+
CSQ18A/B	-	+	+/-	5/6	+
CCCQ	+	+	+	6	+
CSI	-	+	-	9	+
KANS	+	To do	+	9	+
Tevredenheidsmeting OCMW	+	To do	+	16	Lang
Hefboom participatie	+	To do	+	14	Lang
C-toets	? (+)	+	+	14	+
Exit	? (+)	+	+	6	+

Een aantal van deze instrumenten zijn bedoeld voor commercieel gebruik, hier hangt dan ook een prijskaartje aan vast (zie ook afzonderlijke fiches per instrument bij paragraaf 1.1 hierboven. De meerderheid is echter vrij te gebruiken, wat uiteraard de voorkeur wegdraagt.

Qua wetenschappelijke onderbouwing zijn bij bijna alle instrumenten psychometrische gegevens beschikbaar. Bij de vragenlijsten gebruikt bij het KANS-onderzoek, de tevredenheidsmeting van het OCMW Limburg en de Hefboom participatie zijn hierover nog geen studies gepubliceerd. Het is echter wel mogelijk om de gegevens en resultaten van deze instrumenten op te vragen, gezien ze alle drie al

⁷ In Bijlage C achteraan vindt u een volledig overzicht van de verschillende thema's die in de generieke instrumenten kunnen geïdentificeerd worden. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat bij de geïdentificeerde instrumenten geen afzonderlijke domeinen of schalen vermeld zijn. Deze tabellen zijn dan ook geen overzicht van psychometrisch gevalideerde domeinen, maar dient om meer inzicht te scheppen in de themadekking van de verschillende instrumenten. Het al dan niet aanwezig zijn van een bepaald thema werd op een pragmatische manier bepaald door de onderzoeker.

werden gebruikt in de praktijk. Op basis van deze resultaten kan er ook een psychometrische analyse worden uitgevoerd.

De beschikbaarheid in het Nederlands blijkt vooral een struikelblok te zijn bij de commerciële betalende instrumenten. Hierbij is het echter wel een optie om deze (tegen een meerprijs) te laten vertalen door het bedrijf. Het nadeel hiervan is dat er opnieuw een validering dient te gebeuren, wat extra werk met zich meebrengt.

Het voornaamste struikelblok bij al deze instrumenten is echter de dekking van het aantal generieke thema's over kwaliteit van de zorg. Zoals in voetnoot 6 besproken, streven we naar een dekking van minstens 80% (i. e. minstens 19 van de 24 thema's uit de generieke themalist zoals in tabel 2 besproken). Het instrument met het meeste aantal thema's is deze die in het verleden gebruikt werd door het OCMW Limburg (16 bevraagde thema's), maar uit het expertenpanel bleek duidelijk dat er geen enkel generiek thema kan worden weggelaten uit een instrument; alle thema's zijn cruciaal. Daarnaast zorgt dit bij deze vragenlijst voor een te groot aantal items (veel meer dan 30 items). Ook bij de hefboom participatie is het aantal items te lang.

1.3 Besluit: keuze voor een bestaand instrument of nieuw te ontwikkelen instrument voor verder gebruik als Vlaamse Clientzorgmonitor?

De geselecteerde generieke instrumenten zijn in theorie allen bruikbaar als monitor van het gebruikersperspectief over de kwaliteit van zorg. Wanneer men echter kijkt naar de themadekking van de verschillende instrumenten, valt het meteen op dat er geen enkel instrument is dat alle thema's van de vooropgestelde generieke themalist bevraagt. Het meeste aantal thema's komt voor in de vragenlijst die in het verleden gebruikt werd door het OCMW Limburg (16 bevraagde thema's), maar uit het expertenpanel bleek duidelijk dat er geen enkel generiek thema kan worden weggelaten uit een instrument; alle thema's zijn cruciaal. Daarnaast beschikken we niet over psychometrische gegevens van dit instrument en is het in zijn geheel veel te uitgebreid om te gebruiken als algemene monitor.

We opteren dus voor de ontwikkeling van een nieuw instrument als Vlaamse CliëntZorgMonitor, waarbij de literatuurstudie van deze fase samen met de input van de experten aan de basis zal liggen van een nieuwe vragenlijst.

2 Overzicht van instrumenten die niet weerhouden werden

Naast de geïncludeerde generieke instrumenten beschreven in de vorige sectie, werden ook een groot aantal instrumenten gevonden die niet in aanmerking komen voor gebruik in dit project. In de tabellen in Bijlage A en B worden deze ter informatie weergegeven. Zowel de doelgroep of het doel van het instrument als de reden van uitsluiting voor dit project worden op een beknopte wijze weergegeven in deze tabellen. Er wordt telkens slechts één referentie gegeven per instrument, omwille van de leesbaarheid van de tabellen en de referentielijst. Wanneer het instrument werd geïdentificeerd via een databank of review, wordt de referentie van deze secundaire bron weergegeven.

De belangrijkste redenen om instrumenten uit te sluiten waren de volgende (zie ook in- en exclusiecriteria):

- Het instrument is geen vragenlijst die zelfstandig door de gebruiker kan ingevuld worden
- Het instrument is niet generiek toepasbaar in de verschillende sectoren van WVG
- Het instrument meet niet de kwaliteit van de zorg (volgens het gebruikersperspectief)
- Het instrument peilt niet naar het perspectief van de gebruiker maar bevraagt een andere groep
- Er is te weinig informatie gevonden over het instrument om een oordeel te kunnen vormen over het gebruik ervan in dit project

Het is belangrijk om op te merken dit geen exhaustieve lijst is van alle bestaande metingen waarin het gebruikersperspectief op de kwaliteit van de zorg aan bod komt, dit is namelijk onmogelijk te realiseren binnen de onderzoekstermijn van dit project. Wel geeft het een overzicht van verscheidene instrumenten die geïdentificeerd werden naar aanleiding van de zoektocht naar generieke instrumenten. Indien men voor een bepaalde sector alle instrumenten betreffende de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikers-perspectief zou willen identificeren, zijn gerichtere zoektermen noodzakelijk.

**FASE 2: EEN PILOOTONDERZOEK NAAR DE EIGENSCHAPPEN EN HET
GEBRUIK VAN EEN VCZM**

Hoofdstuk 8

Opzet van het pilootonderzoek

Zoals in hoofdstuk 7 besproken, voldoet geen van de instrumenten op de shortlist van instrumenten aan de vooropgestelde criteria. Dit is in het bijzonder het geval voor het criterium betreffende de themadekking van de generieke thema's: geen enkel van deze instrumenten bevraagt meer dan 66% van de thema's uit de themalijst die werd opgesteld na input van het expertenpanel met gebruikersorganisaties. Aangezien alle generieke dimensies van kwaliteit zoals in deze themalijst weergegeven voor deze experts cruciaal en prioritair zijn, wensen we voor een algemene Vlaamse monitor te werken met een instrument dat al deze generieke dimensies bevat.

Vanuit deze vaststelling, besluiten we in een tweede fase van dit project een nieuw instrument te ontwikkelen, voortgaande op de bevindingen van deze eerste fase. Hieronder wordt het onderzoeksopzet voor deze fase meer in detail besproken. We belichten achtereenvolgens de doelstelling, methode, steekproef en geplande analyses van dit pilootonderzoek.

1 Doelstelling

Om de eigenschappen van een finale VCZM in kaart te kunnen brengen, verspreiden we in dit pilootonderzoek de ontwerpversie van de VCZM een eerste maal onder een steekproef van gebruikers uit Vlaanderen en Brussel.

Hierbij stellen we voor elke vraag uit de ontwerpversie, een analoge vraag die verwijst naar dezelfde dimensie. Op die manier kunnen we nagaan in welke mate de twee analoge vragenlijsten hetzelfde meten. Hiermee beogen we om één vorm van betrouwbaarheid na te gaan, nl. de *paralleltestbetrouwbaarheid*⁸. Daarnaast onderzoeken we ook de *interne consistentie* van de schaal, wat een tweede vorm van betrouwbaarheid is die weergeeft hoe sterk de items onderling samenhangen.

⁸ We overwogen oorspronkelijk eveneens de *convergente validiteit* na te gaan van het instrument door een kleine groep gebruikers uit de jeugdzorg (20-tal) aan te spreken om zowel de ontwerpversie van de VCZM als de C-toets in te vullen. De C-toets werd opgenomen in de shortlist (zie Bijlage C) en meet het cliëntperspectief over de kwaliteit van de jeugdzorg. Aangezien zowel de VCZM als de C-toets in zekere mate hetzelfde concept meten, verwachten we hoge significante correlaties tussen beide instrumenten. Door een nieuw instrument (VCZM) met een reeds gevalideerd instrument (C-toets) te vergelijken, zouden we kunnen nagaan of de VCZM in staat is om de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief te meten. Echter, het nagaan van de *paralleltestbetrouwbaarheid* van de VCZM impliceert reeds dat het dubbele aantal items van de test wordt afgenomen. Het afnemen van een bijkomende C-toets, betekent dat de respondent driemaal gelijkaardige vragen zou invullen wat deze dermate zou kunnen enerveren zodat dit tot vertekende resultaten leidt. Echter, indien de finale VCZM ontwikkeld wordt, kan uiteraard nadien wel een volgende stap zijn om de convergente validiteit van deze finale VCZM alsnog te testen.

2 Methode

Tijdens deze pilootfase maken we een vergelijking tussen de voor- en nadelen van een papieren en elektronische afname van het instrument (mixed-method benadering). We bespreken hier deze twee methodes achtereenvolgens.

2.1 Methode schriftelijke bevraging

2.1.1 Steekproef

We wensen het ontwerp van het instrument te onderzoeken op de haalbaarheid ervan. Dit gebeurt via een steekproef die bestaat uit 300 gebruikers die gebruik maken van de zorg/hulp/ondersteuning van een representatief staal van 100 voorzieningen uit de WVG-sectoren.

2.1.1.1 Toevalsgewijze steekproeftrekking van voorzieningen

Bij de bepaling van de steekproef van voorzieningen streefden we naar representativiteit t.a.v. het type zorg of ondersteuning dat de dienst of voorziening aanbiedt (ambulant en/of (semi)residentieel). Daartoe baseerden we ons op een lijst met alle actieve en erkende Vlaamse diensten en voorzieningen binnen het beleidsdomein WVG (bron: CoBRHA – 8 juni 2015). Dit zijn er 15.959. We categoriseerden de voorzieningen volgens voorzieningstype en activiteitstype in de categorieën ‘residentieel’, ‘ambulant’, ‘semi-residentieel’, ‘flexibel’⁹ of combinaties hiervan. In het geval van twijfel zochten we naar de website van de voorziening om te achterhalen welk type zorg deze aanbiedt.

We kozen ervoor om de ‘pleegzorgvoorzieningen’ eruit te laten aangezien bij dit type zorg de gebruiker (het kind) niet begeleid wordt door professionals maar door zijn/haar pleegouders. Ook ‘ondersteuningsstructuren en steunpunten’ lieten we uit de populatie omdat zij geen rechtstreekse hulp aan cliënten bieden (wel aan professionals). Aangezien sommige combinaties van voorzienings- en activiteitstypes meermaals voorkomen (bv. de combinatie van voorzieningstype ‘Zorginstelling’ en activiteitstype ‘Dienst inclusieve ondersteuning’ komt 64 keer voor; het voorzieningstype ‘Gezinsopvang’ zonder een activiteitstype komt zelfs 6123 keer voor), kozen we ervoor om maximaal 10 voorzieningen op te nemen in onze populatie met eenzelfde combinatie van voorzienings- en activiteitstype. Deze 10 voorzieningen werden telkens toevallig geselecteerd. Zo werd uitgesloten dat er een oververtegenwoordiging is van specifieke voorzienings-/activiteitstypes (bv. het grote aantal onthaalouders) en werd de diversiteit van de steekproef gewaarborgd.

Op deze manier bestaat onze populatie uit 932 voorzieningen, waaronder 441 (semi)residentiële voorzieningen, 454 ambulante voorzieningen en 37 voorzieningen met andere types van zorg (waaronder 2 flexibele voorzieningen en 35 ambulante én (semi)residentiële voorzieningen).

Daarnaast wensten we de bruikbaarheid van de monitor te toetsen over alle Vlaamse provincies (met inbegrip van de Nederlandstalige voorzieningen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) heen. Aangezien zich in de provincie Vlaams Brabant geen ‘grote stad’ bevindt en het aantal Nederlandstalige voorzieningen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beperkt is, besloten we deze twee regio’s samen te voegen en verder te beschouwen als 1 provincie.

⁹ Flexibele voorzieningen bieden meer mogelijkheden om vlotter over te schakelen tussen ambulante, semi-residentieel en residentieel zorg en ondersteuning.

Daardoor selecteerden we aan de hand van SPSS 22 toevalsgewijs 20 voorzieningen per ‘provincie’, waaronder telkens 10 ambulante voorzieningen en 10 (semi)residentiële voorzieningen.

2.1.1.2 *Wijzigingen aan de steekproef na toevalsgewijze trekking*

Omdat een toevalsgewijze trekking van de voorzieningen per definitie ook kan leiden tot een over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde sectoren en het belangrijk is dat de diversiteit van onze steekproef zo groot mogelijk is, besloten we enkele wijzigingen door te voeren na de trekking van de steekproef. Bovendien besloten we om voorzieningen die we oorspronkelijk buiten de steekproeftrekking lieten wegens het kleine aantal (de categorie ‘voorzieningen met andere types van zorg’) ditmaal wel op te nemen als alternatief voor bepaalde voorzieningen die oververtegenwoordigd waren in de steekproef. Zo bieden voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg (meer bepaald OOC met verblijf en zonder verblijf) en centra voor kindercare & gezinsondersteuning vaak een combinatie aan van residentiële en ambulante zorg. Daardoor viel deze sector oorspronkelijk buiten de steekproeftrekking. Om hiervoor te compenseren, besloten we de voorzieningen die oververtegenwoordigd waren in de steekproef (i.e. ‘borstkankerscreening’ en ‘gemandateerde voorzieningen’), te vervangen door voorzieningen uit de bijzondere jeugdzorg en centra voor kindercare & gezinsondersteuning. Zo werden twee borstkankerscreeningsvoorzieningen vervangen door jeugdvoorzieningen: we kozen daarbij voor één voorziening uit Antwerpen aangezien daar borstkankerscreening tweemaal was vertegenwoordigd, de andere werd op toevallige wijze getrokken uit de diverse Vlaamse provincies. Een Limburgse gemandateerde voorziening werd vervangen door een Limburgs centrum voor kindercare en gezinsondersteuning. Daarnaast was er een oververtegenwoordiging van psychiatrische instellingen ten nadele van ouderenvoorzieningen (woonzorgcentra). Ook dit pasten we aan via een toevalsgewijze steekproeftrekking. Tot slot bleek er één LOGO geselecteerd te zijn. Aangezien deze vragenlijst echter niet gericht was op louter preventieve gezondheidszorg, vervingen we deze organisatie door een organisatie in dezelfde provincie die zowel preventie als terreinwerking/individuele zorg verrichtte.

2.1.2 Datacollectie

Om de respondenten te bereiken, verzonden we op 15 september 2015 een brief aan de directeurs van de 100 geselecteerde voorzieningen met een omschrijving van het onderzoek (zie Bijlage E). Daarnaast stelden we de vraag om de vragenlijst telkens te verspreiden onder drie van hun gebruikers en hen te vragen om ons de vragenlijst via een briefomslag (port aan bestemming) terug te bezorgen vóór 15 oktober 2015. We vermeldden hierbij dat de bedoeling in dit stadium van het onderzoek niet is om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg die de centra momenteel aanbieden. Wel wensten we na te gaan in welke mate deze monitor een bruikbaar meetinstrument kan zijn. De gegevens m.b.t. de voorzieningen worden anoniem verwerkt en worden niet teruggekoppeld. Bovendien blijft door de aard van de procedure van het onderzoek, de identiteit van de gebruiker onbekend voor de onderzoeker. Met andere woorden wordt ook de anonimiteit van de gebruiker gewaarborgd.

Bij de contactopname wordt voor jongeren onder de 16 jaar toestemming gevraagd aan de ouders/voogd (zie Bijlage G) voor de medewerking van hun zoon of dochter aan het onderzoek. We lieten ook een informed consent invullen door de jongere onder de 16 jaar (waarin we diens naam vroegen om zo de toestemming te kunnen matchen met deze van de ouders die de naam van de jongere eveneens invulden)(Bijlage H). Opnieuw worden deze gegevens anoniem verwerkt.

Aangezien de respons op de schriftelijke bevraging oorspronkelijk vrij laag bleef, telefoneerden we naar de directie van elke voorziening uit de steekproef. We legden het doel van de studie uit en stimuleerden hen tot medewerking. Indien de vragenlijsten verdwenen of weggegooid waren of het adres verkeerd bleek te zijn, stuurden we een nieuw pakket met alle informatie (naar het juiste adres). Tijdens deze telefoongesprekken bleek dat één ambulante dienst voor gezinsopvang uit ons adressenbestand niet langer bestond en één basisschool niet langer vakantieopvang voorzag. We vervingen deze twee organisaties door twee andere analoge voorzieningen uit dezelfde provincie. Verder was er één residentiële gemeenschapsinstelling die niet binnen WVG viel (een Vlaams detentiecentrum voor jongeren). Ter vervanging daarvan selecteerden we een andere voorziening uit de jeugdzorg uit dezelfde provincie.

Na ongeveer één maand (28/10/2015) verzonden we een reminder in de vorm van een kaart naar de voorzieningen waarvan we nog geen ingevulde vragenlijsten ontvingen. We stelden daarbij de deadline voor het bezorgen van de vragenlijsten uit tot 16 november 2015.

2.1.3 Vragenlijst

Voor de constructie van de vragenlijst wordt de lijst met generieke dimensies van kwaliteit van zorg volgens het gebruikersperspectief als vertrekbasis gebruikt. Voor elk van deze generieke dimensies wordt een item bepaald door de onderzoekers, zodanig dat alle dimensies vertegenwoordigd zijn in het instrument. Enkel wanneer strikt noodzakelijk, worden er 2 items voor een dimensie geformuleerd. Er wordt op toegezien dat de uiteindelijke vragenlijst maximaal 30 items bevat. Meer dan 30 items bevragen in een dergelijk instrument zou de gebruiker teveel belasten en de praktische haalbaarheid van het werken met het instrument in het gedrang kunnen brengen door een langere afnameduur, waardoor het minder gemakkelijk in een normale hulpverleningssetting kan worden afgenomen en ook kan zorgen voor een lagere responsgraad bij de gebruikers.

Voor de itemformulering bouwen we tevens op de vaststellingen van de eerste fase van het onderzoek. Door deze eerste fase beschikken we namelijk over een breed gamma aan bestaande, gevalideerde instrumenten die de kwaliteit van de zorg volgens het gebruikersperspectief in kaart brengen. Allereerst zijn hier de instrumenten van de shortlist ter beschikking. Daarnaast zijn er ook nog de instrumenten die werden geëxcludeerd uit deze shortlist, omwille van diverse redenen zoals bijvoorbeeld “het instrument kan niet generiek gebruikt worden”. Daarnaast kunnen we ook gebruik maken van de items van de CQ-index uit Nederland, die verzameld terug te vinden zijn in een online databank data (CKZ, n.d.).

De ontwerpversie van de vragenlijst bestaat uiteindelijk uit twee parallelle tests (basistest + parallelle test) met telkens 22 stellingen die beoordeeld worden op de mate van belangrijkheid en de mate van realisatie, in lijn met andere studies (Benbenishty & Shul, 1987; C. Van Audenhove, Carlassara, De Brouwere, & Vijverman, 1996; Van Humbeek et al., 1999; Van Mechelen, 1989). Op deze manier kan nagegaan worden of de kwaliteitsaspecten van zorg, die de gebruikers als belangrijk beoordelen, ook feitelijk gerealiseerd zijn in de zorg. De focus ligt dan op de discrepantiescores waarbij er twee belangrijke kwadranten zijn:

- De items die gebruikers (zeer) belangrijk vinden, maar die zelden of nooit werden gerealiseerd volgens hen (i.e. onderrealisatie van de hulp)
- De items die gebruikers (zeer) onbelangrijk vinden, en in meestal of altijd gerealiseerd werden (i.e. overrealisatie van de hulp).

Enkel voor stelling 18 (i.e. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect) en stelling 40 (i.e. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten) werd telkens het item dat het belang van deze stelling meet, niet opgenomen aangezien de negatieve verwoording van deze items mogelijks tot interpretatie problemen leidt.

Specifiek voor deze pilootfase werd het instrument aangevuld met achtergrondkenmerken van de cliënt (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en provincie), vragen over de aard van de zorg/hulp/ondersteuning (voor wie?, welk type zorg?) en de vraag of men de vragenlijst al dan niet voor een andere persoon invult. Op het einde van de vragenlijst stellen we een open vraag waarbij de gebruikers eventuele opmerkingen over de vragenlijst kwijt kunnen (zie Bijlage D).

2.2 Methode online bevraging

2.2.1 Steekproef

De steekproef van de online bevraging beoogt een representatief staal te zijn van de huidige gebruikers van zorg, dienstverlening of ondersteuning. De bedoeling is dus dat deze steekproef divers is wat betreft een aantal achtergrondkenmerken (bv. geslacht, leeftijd, scholing).

2.2.2 Datacollectie

Deze elektronische versie werd eveneens op 15 september 2015 gelanceerd. Hiertoe werd de medewerking gevraagd van de vertegenwoordigers van de gebruikersorganisaties uit het expertenpanel van de voorgaande studiefase (zie Bijlage F). In deze e-mail vroegen we om de hyperlink naar de vragenlijst online beschikbaar te stellen via hun Facebookpagina, Twitter, ... Tegelijkertijd werd via enkele professionele kanalen van de onderzoekers de vragenlijst verspreid via Facebook en Twitter.

Daarnaast werd na onvoldoende respons een nieuwsflits verstuurd naar alle emailadressen uit het adressenbestand van LUCAS KU Leuven. Twee weken later volgde opnieuw een nieuwsflits ter herinnering aan het onderzoek. De dataverzameling werd beëindigd op 23 november 2015.

We kozen er niet voor om de persoonlijke netwerken van de onderzoekers te gebruiken omdat deze wellicht niet helemaal representatief zijn voor alle opleidingsniveaus.

2.2.3 Vragenlijst

De vragen uit deze vragenlijst zijn analoog aan deze van de schriftelijke bevraging. Vooraleer de vragenlijst kan worden ingevuld, dient de respondent te bevestigen dat deze ouder dan 12 jaar is, het doel van de bevraging begrijpt en er vrijwillig aan deelneemt. Wat betreft de stellingen, werd ditmaal wel voor stelling 18 (i.e. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect) en stelling 40 (i.e. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten) het belang gemeten. Op deze manier kunnen we testen of men deze items daadwerkelijk als een probleem ervaart. Tot slot wordt de vraag of men de vragenlijst al dan niet voor een andere persoon invult, hier weggelaten (wegens niet van toepassing).

3 Finale steekproef

Een overzicht van de voorzienings- en activiteitstypes van de 46 voorzieningen waarvan minstens één respondent aan de schriftelijke bevestiging deelnam, vindt u in Bijlage I.

In totaal beantwoordden 204 respondenten minstens één vraag uit de vragenlijst. Onder hen, bleken er 5 hulpverleners of directeurs te hebben deelgenomen. Hun gegevens werden verder uit de analyses geweerd aangezien de VCZM juist de kwaliteit van zorg vanuit het gebruikersperspectief (en dus niet het hulpverlenersperspectief) wenst te meten. Onder de 199 overige respondenten waren er 103 respondenten die de vragenlijst schriftelijk invulden en 96 die de vragen online beantwoordden.

Het aantal respondenten dat de vragenlijst volledig invulde, is 29. Dit betekent dat 170 respondenten dus minstens één item niet invulden waaronder 101 respondenten drie of minder items oningevuld lieten. Om factoranalyses te kunnen uitvoeren, dienen we echter een beroep te doen op volledig ingevulde vragenlijsten. Naast de verdeling voor de gehele steekproef, geven we daarom ook nu alvast de verdeling weer van een selecte steekproef waarbij aan de hand van EM-imputatie (o.b.v. het Expectation Maximization algoritme) waarden worden geïmputeerd voor de ontbrekende waarden. EM-imputatie gebruikt andere variabelen om een waarde te imputeren (Expectation) en checkt vervolgens of de waarde het meest aannemelijk is (Maximization). Indien dat niet het geval is re-imputeert deze de meer aannemelijk waarde. Zo gaat het proces verder totdat de meest aannemelijke waarde wordt bereikt.

Deze selecte steekproef bestaat enkel uit die respondenten die zowel minder dan 10 ontbrekende waarden (hetzij niet ingevuld, hetzij niet van toepassing) hadden voor de items die de realisatie van de zorg meten alsook minder dan 10 ontbrekende waarden hadden voor de items die het belang van het item in kaart brachten. Op die manier krijgen we een selecte steekproef van zij die een voldoende substantieel aantal vragen invulden. Respondenten die meer dan 10 ontbrekende waarden hadden, lieten deze items meestal 'leeg' (d.w.z. ze kruisten dus niet 'niet van toepassing' aan).

Wanneer binnen één specifieke sector vaker 'niet van toepassing' wordt geantwoord dan binnen andere sectoren, kan een imputatietechniek mogelijks een artificiële invloed hebben op de resultaten uit de factoranalyse wanneer deze 'niet van toepassing' antwoorden een verschillende onderliggende dynamiek kennen in de verschillende sectoren. We geven via onderstaande tabel een eerste indruk over de verdeling van respondenten per sector die geen enkele keer 'niet van toepassing' aanduiden. Gezien het beperkte aantal respondenten per sector, kunnen we hieruit echter geen harde besluiten trekken. Voor de sectoren die beter vertegenwoordigd waren, treden er geen duidelijke verschillen op wat ervoor zorgt dat imputatie op dat vlak de resultaten wellicht niet zal beïnvloeden.

Tabel 11 Het aantal respondenten per sector dat geen enkele keer 'niet van toepassing' aanduidde

	Aantal respondenten in de steekproef	Aantal respondenten dat nergens 'niet van toepassing' invulde
Adoptie	4	1
Algemeen welzijnswerk (bv. CAW, teleonthaal, schuldbemiddeling, slachtofferhulp, vrijwilligerswerking...)	3	0
Jongerenwelzijn (bv. begeleidingstehuizen, dagcentra, BZW, crisishulp aan huis, OOCC, thuisbegeleiding...)	9	2
Eerstelijnsgezondheidszorg (bv. huisartsen)	13	4
Geestelijke gezondheidszorg (bv. centra voor geestelijke gezondheidszorg, beschut wonen, PVT...)	15	9
Kinderopvang (bv. onthaalouders, kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang...)	13	3
Ouderenzorg (bv. woonzorgcentra, rust- en verzorgingstehuizen, kortverblijf, assistentiewoningen...)	24	11
Palliatieve zorg	1	0
Preventieve gezondheidszorg	4	1
Thuiszorg (bv. gezinszorg en aanvullende thuiszorg, logistieke hulp, oppashulp, thuisverpleging, dienstencentra...)	24	9
Ziekenhuizen (bv. algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen)	41	19
Zorg voor personen met een beperking (bv. tehuizen (niet)werkenden, dagcentra, kortverblijf...)	42	20
Andere	6	2
Totaal	199	81

We houden verder uiteraard rekening met de non respons in de totale steekproef bij de beoordeling van de te selecteren items. Wanneer een item bv. een opvallend groot aantal ontbrekende waarden heeft, overwegen we om dat specifieke item ofwel weg te laten uit de Vlaamse CliëntZorgMonitor ofwel te plaatsen aan het einde van de vragenlijst.

Een overzicht van de achtergrondkenmerken van de respondenten vindt u in Tabel 11, 12 en 13. Tabel 12 geeft weer tot welke sectoren de voorziening behoort waarvoor de respondent de kwaliteit van zorg beoordeelt. In eerste instantie stellen we vast dat vooral gebruikers van voorzieningen uit de (semi)residentiële sector deelnamen aan de schriftelijke bevraging (69%). Daarnaast zien we dat gebruikers uit voornamelijk ziekenhuizen (23%), ouderenzorg (17%), eerstelijnsgezondheidszorg (14%) en thuiszorg (14%), goed vertegenwoordigd zijn in de online bevraging.

Tabel 13 geeft drie vragen weer die we stelden op het einde van de bevraging. Hieruit blijkt opnieuw dat de meeste respondenten uit de (semi)residentiële sector komen waar men ofwel verblijft in de voorziening (40%), ofwel de ondersteuning plaatsvindt in het centrum (49%). Uiteraard includeert de laatste categorie niet enkel voorzieningen uit de (semi)residentiële sector en mogen we dus niet gewoon een optelsom maken. Toch lijken ook deze cijfers evidentie te bieden voor een oververtegenwoordiging van de gebruikers van de (semi)residentiële sectoren. Op de tweede vraag over de persoon voor wie men ondersteuning zocht, verwijst men meestal naar zichzelf (72%). Daarnaast is ongeveer 15% mantelzorger¹⁰ (zorg voor een volwassene of oudere) en ongeveer 16% zoekt ondersteuning voor een

¹⁰ Voor de online bevraging stijgt dit percentage tot 33%.

kind of jongere. Tot slot vult 78% de schriftelijke vragenlijst voor zichzelf in, de overige 22% vult deze voor iemand anders in (waarbij 16% de wettelijke vertegenwoordiger is van de cliënt).

Tabel 14 geeft een overzicht van de karakteristieken van de respondenten uit de bevraging. We merken hierbij op dat er een aantal verschillen bestaan tussen een bevraging aan de hand van een schriftelijke vragenlijst en een online bevraging. Daar waar het aantal respondenten over de diverse leeftijdscategorieën voor de schriftelijke bevraging redelijk gespreid is, merken we bij de online bevraging een groter aantal respondenten op in de middelste categorie (van 31 tot 75 jaar), ten nadele van het aantal jongere (30-) en oudere (75+) respondenten. Ook wat betreft het geslacht en opleiding zien we een opvallende scheeftekening. Aan de schriftelijke bevraging participeren bijna 4 op 10 mannen, terwijl slechts 2 op 10 mannen participeert aan de online bevraging. Daarnaast heeft 88% van de respondenten die online de vragenlijst invulden een diploma hoger onderwijs, terwijl dit het geval is voor 29% van diegenen die de vragenlijst schriftelijk invulden. Uiteraard dienen we hierbij in het achterhoofd te houden dat voor de schriftelijke bevraging expliciet werd gevraagd aan de directie van de voorzieningen om een zo divers mogelijke groep van drie respondenten te selecteren. Dit kan één van de mogelijke verklaringen zijn voor de vastgestelde verschillen tussen deze twee steekproeven. Wat betreft de provincie zien we in de gehele steekproef een evenredige verdeling over de provincies heen. Merk daarbij op dat Brussel en Vlaams Brabant daarbij samengeteld dienen te worden aangezien we deze ook samentelden bij de selectie van de voorzieningen uit de steekproef.

Tabel 12 Percentage respondenten per sector

		Gehele steekproef (n=199)		Steekproef met enkel cases met minder dan 10 missings (n = 123)	
		Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings
Sector schriftelijke bevraging (n= 103)	Ambulant	31.1%	0	27.8%	0
	Residentieel	68.9%		72.2%	
Sector online bevraging (n= 96)	Adoptie	1.0%	0	0%	0
	Algemeen welzijnswerk	1.0%		0%	
	Jongerenwelzijn	3.1%		4.5%	
	Eerstelijnsgezondheidszorg	13.5%		6.8%	
	Geestelijke gezondheidszorg	7.3%		13.6%	
	Kinderopvang	4.2%		2.3%	
	Ouderenzorg	16.7%		11.4%	
	Palliatieve zorg	1.0%		0%	
	Preventieve gezondheidszorg	1.0%		0%	
	Thuiszorg	13.5%		18.2%	
	Ziekenhuizen	22.9%		34.1%	
	Zorg voor personen met een beperking	9.4%		6.8%	
	Andere	5.2%		2.3%	

Tabel 13 Karakteristieken van de respondenten (1)

		Gehele steekproef (n=199)		Schriftelijke bevraging (n=103)		Online bevraging (n=96)		Steekproef met enkel cases met minder dan 10 missings (n = 123)	
		Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings
Welk type van ondersteuning krijgt u van dit centrum?	Ik verblijf in het centrum	40.1%	52	49.5%	4	20.8%	48	41.2%	4
	De ondersteuning vindt plaats in het centrum	49.0%	(26.1%)	43.4%	(3.9%)	60.4%	(50%)	52.1%	(3.3%)
	Het personeel van het centrum komt tot bij mij	24.5%		23.2%		27.1%		26.1%	
	Andere (bv. Kinderopvang, dagopvang)	11.1%		11.1%		0%		6.6%	
Voor wie zocht u ondersteuning bij dit centrum?	Voor mezelf	72.3%	52	76%	4	64.6%	48	75%	4
	Voor iemand anders: een kind/jongere (tot 18 jaar)	16.3%	(26.1%)	16.2%	(3.9%)	16.7%	(50%)	14.3%	(3.2%)
	Voor iemand anders: een volwassene	7.5%		6.1%		10.4%		8.4%	
	Voor iemand anders: een 65-plusser	8.2%		1.0%		22.9%		8.4%	
	Andere (bv. hele gezin)	4.7%		7.0%		0%		3.3%	
Vult u deze vragenlijst voor een andere persoon in? (schriftelijke bevraging)	Nee, ik vulde deze vragenlijst voor mezelf in			78.4%	6			80.0%	4
	Ja en ik ben de wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon (bvv. familielid)			15.5%	(5.8%)			14.7%	(5.1%)
	Ja, maar ik ben geen wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon			6.2%				5.3%	

Tabel 14 Karakteristieken van de respondenten (2)

	Gehele steekproef (n=199)		Schriftelijke bevraging (n=103)		Online bevraging (n=96)		Steekproef met enkel cases met minder dan 10 missings (n = 123)		
	Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings	Percent	Aantal missings	
Leeftijd (gemiddelde gehele steekproef: 48.7 jaar; SD gehele steekproef: 18.8)	13 - 18 jaar	8.2%	53	12.2%	5	0%	48	9.8%	0
	18 - 30 jaar	10.3%	(26.6%)	12.2%	(4.9%)	6.3%	(50%)	10.6%	(0%)
	31 - 45 jaar	25.3%		26.5%		22.9%		22.0%	
	46 - 55 jaar	17.8%		10.2%		33.3%		19.5%	
	56 - 75 jaar	29.5%		27.6%		33.3%		29.3%	
	> 75 jaar	8.9%		11.2%		4.2%		8.9%	
Geslacht	Mannelijk	32.7%	49	39.2%	1	18.8%	48	30.6%	2
	Vrouwelijk	67.3%	(24.6%)	60.8%	(1%)	81.3%	(50%)	69.4%	(1.6%)
Scholing	Diploma lager onderwijs	19.4%	60	27.8%	13	4.1%	47	20.4%	10
	Diploma middelbaar onderwijs	30.9%	(30.2%)	43.3%	(12.6%)	8.2%	(49%)	29.2%	(8.1%)
	Diploma hoger onderwijs	49.6%		28.9%		87.8%		50.4%	
Provincie	Antwerpen	18.5%	48	20.6%	1	14.3%	47	17.4%	2
	Brussel	0.7%	(24.1%)	0%	(1%)	2.0%	(49%)	0.8%	(1.6%)
	Limburg	22.5%		30.4%		6.1%		22.3%	
	Oost-Vlaanderen	21.2%		15.7%		32.7%		21.5%	
	Vlaams-Brabant	15.2%		6.9%		32.7%		15.7%	
	West-Vlaanderen	21.9%		26.5%		12.2%		22.3%	

4 Analyses

In deze paragraaf beschrijven we de keuzes van de onderzoeksequipe, in afstemming met de leden van de stuurgroep (18/12/2014), omtrent de stappen die we nemen tijdens de analyses. We voegen de data van de schriftelijke en online bevraging samen om een voldoende grote steekproef te verkrijgen zodat bepaalde kwantitatieve analyses (bv. factoranalyses) gemakkelijk kunnen worden uitgevoerd. We maken bij de analyses een onderscheid tussen de kwantitatieve en kwalitatieve data analyse.

4.1 Kwantitatieve data analyse¹¹

4.1.1 Non respons analyse

Eerst analyseren we de non respons om zicht te krijgen op de items die moeilijker in te vullen zijn voor de respondenten.

4.1.2 Factoranalyse en interne consistentie

Vervolgens analyseren we de data -na een check voor de normaalverdeeldheid ervan- in functie van schaalconstructie. Daartoe starten we met exploratieve factoranalyses van de basisset (test 1) en de parallelle test (test 2) voor de items die de mate van 'realisatie' van kwaliteitsvolle zorg meten. We kiezen bij deze exploratieve factoranalyses voor principale componenten analyse (PCA) -naar analogie van bestaande studies die schaalconstructie beogen (bv. de visie op zorg; Van Humbeeck et al., 1999)- om het grote aantal geobserveerde variabelen te reduceren tot een beperkt aantal componenten. De component of factor verklaart zoveel mogelijk variantie van deze variabelen. Iedere bijkomende component probeert dan op zich ook zoveel mogelijk variantie te verklaren. We kiezen ervoor om geen varimaxrotatie uit te voeren aangezien het mogelijk is dat het instrument slechts één factor meet en bij deze theoretische verwachting het niet aangewezen is om een varimaxrotatie te doen.

Vervolgens bepalen we de interne consistentie van de schalen op een iteratieve wijze. We doen dit voor zowel de gehele schaal, als voor de schalen die we verkorten a.d.h.v. de resultaten uit de exploratieve factoranalyses (waarbij we enkel die items weerhouden met een lading groter dan 0.60).

Met de items uit deze verkorte schaal gaan we over tot confirmatorische factoranalyse op de items die het 'belang' van kwaliteitsvolle zorg meten. Dit eventueel ter bevestiging van de gevonden schaal.

Merk op dat we in deze analyses dus vooral kiezen voor de items die de mate van realisatie meten als uitgangspunt van onze analyses. Dit omwille van zowel inhoudelijke als statistische redenen. Inhoudelijk gezien wenst het instrument in eerste instantie te meten welke de kwaliteit van zorg is en pas in tweede instantie wat men daarbij echt belangrijk vindt. Statistisch gezien stellen we vast dat de items die de mate van belang meten weinig variantie kennen aangezien de respondenten vooral gezamenlijk hoog scoren op deze items. Dit toont enerzijds het belang aan van de bevroegde items voor de gebruikers. De

¹¹ Aangezien we in deze pilootfase ervoor kozen het aantal items zo beperkt mogelijk te houden en dus geen extra variabele toevoegden om kwaliteit van zorg te meten, zijn we niet in staat om de specificiteit en sensitiviteit (het discriminerend vermogen) van het instrument na te gaan. Dit kan een piste zijn voor toekomstig onderzoek op voorwaarde dat een grotere steekproefomvang kan worden nagestreefd om dergelijke statistische analyses te kunnen doen (ROC-analyses).

psychometrische eigenschappen van de schalen die het belang van kwaliteitsvolle zorg meten, blijven dus uiteraard eveneens relevant. Anderzijds, gezien de lage variantie van de scores op deze ‘belang’ items, spelen de psychometrische eigenschappen van deze schalen een ondergeschikte rol ten opzichte van de eigenschappen van de schalen die de realisatie van kwaliteitsvolle zorg meten.

4.1.3 Paralleltestbetrouwbaarheid

Dit onderzoek wenst eveneens de paralleltestbetrouwbaarheid van de monitor na te gaan. Naast het instrument werd een tweede, analoog testinstrument opgesteld. Onze bevraging bevat dus exact dezelfde vragen uit het instrument (i.e. de basisset, test 1), aangevuld met bijkomende vragen (de parallelle test, test 2) die analoog zijn geformuleerd met aangepaste formuleringen. Voor ieder inhoudelijk thema werden dus twee gelijkaardige formuleringen bedacht (tijdens de focusgroep bestaande uit vertegenwoordigers van gebruikers en gebruikers zelf). De antwoorden op de basisset van vragen (test 1) worden nadien vergeleken met de extra, parallelle vragenset (test 2). Een hoge correlatie (in absolute waarde) tussen beide sets van vragen toont betrouwbaarheid aan, aangezien verschillende test-items die een vergelijkbaar construct meten, gelijkaardige resultaten bewerkstelligen. We berekenen zowel de paralleltest betrouwbaarheid voor de gehele test als voor de verkorte test.

4.2 Kwalitatieve data analyse

De procesinformatie die we bekomen in de pilootfase komt zowel van de geselecteerde directieleden van de voorzieningen als van de gebruikers zelf. Op het einde van de vragenlijst krijgen deze gebruikers namelijk plaats om hun opmerkingen te noteren over de vragenlijst. Zo kunnen we eventuele moeilijkheden met de vragenlijst snel opsporen. Ook kan vergeleken worden of er meer, minder of andere moeilijkheden zijn bij de papieren versus elektronische afname.

Hoofdstuk 9

Eigenschappen van de VCZM

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de analyses. Deze betreffen zowel de psychometrische eigenschappen van de ontwerpversie van de VCZM als de kwalitatieve informatie die we erover verzamelden.

1 Psychometrische eigenschappen van het instrument

De exploratieve factoranalyses wijzen telkens op het bestaan van 1 generieke factor die de kwaliteit van zorg meet (zie Bijlage M)¹². Daarnaast zijn er nog vier andere factoren met een eigenwaarde groter dan 1. De verklaarde variantie van de eerste, algemene factor bedraagt 40%, deze van de tweede factor verklaart nog slechts 6.9%, de derde 6.5%, de vierde 5.4% en de vijfde 5.1%. Daarnaast stellen we vast dat enkel factor 1 meer dan één item telt met een lading groter dan 0.60. Item 19 laadt op factor 2 en item 6 op factor 3. Bij de andere factoren zijn er geen items met een lading groter dan 0.60. Omwille van deze laatste vaststelling besluiten we in de verdere analyses voort te bouwen op één generieke factor.

De uiteindelijke keuze voor de definitief te gebruiken schaal gaat uit naar de basisset (test 1) omwille van een hogere interne consistentie, van zowel de gehele als de verkorte versie en hogere parallelbetrouwbaarheid (van de verkorte versie) voor de meest cruciale schaal in deze vragenlijst, nl. de schaal met de items die meten in welke mate kwaliteitsvolle zorg wordt *gerealiseerd* (zie Bijlage N). Merk op dat de items die achterwege gelaten worden bij de verkorte versie, overeenkomen met de items die op basis van non respons analyse best eruit gelaten zouden kunnen worden (zie Bijlage J en Bijlage K).

1.1 Psychometrische eigenschappen van de gehele versie

1.1.1 Interne consistentie

De interne consistentie van de gehele schaal uit de basisset (test 1) is (zeer) goed en bedraagt 0.90 voor de items die meten in welke mate waarin kwaliteitsvolle zorg wordt geleverd en 0.83 voor de items die meten welk belang¹³ gebruikers hechten aan de aspecten van kwaliteitsvolle zorg.

1.1.2 Parallelttestbetrouwbaarheid

Vervolgens berekenden we (1) de totaalscores op de twee parallelle testen en (2) de correlatie tussen deze totaalscores. We doen dat zowel voor de scores voor realisatie als voor belang. Voor de schalen

¹² De indices voor de confirmatorische factoranalyses bevestigen echter geen fit voor het model bestaande uit één factor voor de items die belang meten. Een fit zou veronderstellen dat een groot aantal items geweerd worden uit het model. Echter, gezien de voldoende hoge interne consistentie en paralleltestbetrouwbaarheid voor de belang items van deze ene schaal, besluiten we verder te werken met deze ene factor.

¹³ Bij de berekening van de interne consistentie van de schaal die het *belang* van kwaliteitsvolle zorg meet, kozen we ervoor om het item 'Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect' niet te includeren aangezien we hiervoor over te weinig data (enkel de online data) beschikken.

die meten in welke mate kwaliteitsvolle zorg wordt gerealiseerd, bedraagt de paralleltestbetrouwbaarheid 0.89; voor de schalen die meten welk belang¹⁴ de gebruiker hecht aan kwaliteitsvolle zorg, bedraagt de paralleltestbetrouwbaarheid 0.79.

1.2 Psychometrische eigenschappen van de verkorte versie

Op basis van exploratieve factoranalyses, trachten we de oorspronkelijke schaal te verkorten door enkel items te includeren in de interne consistentie- en paralleltestbetrouwbaarheidsanalyse met een factorlading groter dan 0.60.

1.2.1 Interne consistentie

De interne consistentie van de verkorte schaal uit de basisset (test 1) is (zeer) goed en bedraagt 0.93 voor de items die meten in welke mate waarin kwaliteitsvolle zorg wordt geleverd en 0.83 voor de items die meten welk belang gebruikers hechten aan de aspecten van kwaliteitsvolle zorg.

1.2.2 Paralleltestbetrouwbaarheid

Vervolgens berekenden we (1) de totaalscores op de twee parallelle, verkorte testen en (2) de correlatie tussen deze totaalscores. We doen dat zowel voor de scores voor realisatie als voor belang. Voor de schalen die meten in welke mate kwaliteitsvolle zorg wordt gerealiseerd, bedraagt de paralleltestbetrouwbaarheid 0.91; voor de schalen die meten welk belang de gebruiker hecht aan kwaliteitsvolle zorg, bedraagt de paralleltestbetrouwbaarheid 0.78.

2 Kwalitatieve informatie

2.1 De non respons van voorzieningen aan de schriftelijke bevraging

Enkele directeurs van de geselecteerde voorzieningen wensten niet deel te nemen aan de schriftelijke bevraging omwille van diverse redenen.

Zo gaven de directieleden van voorzieningen uit de *ambulante* sector aan overspoeld te worden door de vraag om deel te nemen aan kwaliteitsbevragingen, terwijl de werkdruk voor het personeel hoog is. Eén voorziening gaf aan dat hun cliënten de taal niet spreken en dat hun centrum tegelijk federale materie betrof (en dus niet louter Vlaams). Ook een andere voorziening sprak over het taalprobleem en de moeite die hun specifieke doelgroep en hun naasten hebben om zo een vragenlijst naar behoren in te vullen. Een externe dienst preventie en bescherming op het werk gaf aan dat zij zich richten op werknemers en dus geen echt 'medisch centrum' zijn. Tot slot bleek dat de vragen soms niet specifiek genoeg waren. Zo wordt in de vragenlijst gesproken over een centrum, wat weinig toepasselijk is in de thuiszorg.

Ook de directeurs van de voorzieningen in de *residentiële* sector gaven aan dat er teveel bevragingen gebeuren. Bovendien zijn volgens hen niet alle vragen relevant. Daarnaast haalden ze aan dat de

¹⁴ Bij de berekening van parallelbetrouwbaarheid van de schaal die het belang van kwaliteitsvolle zorg meet, kozen we ervoor om het item 'Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect' (test 1) en het parallelle item 'Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten' uit test 2 niet te includeren aangezien we hiervoor over te weinig data (enkel de online data) beschikken.

doelgroep en/of hun naasten niet altijd even bekwaam zijn om de vragenlijst in te vullen¹⁵. Volgens een ander directielid zouden de vragen ook te abstract zijn voor mensen met bv. NAH.

2.2 De feedback van gebruikers

Op het einde van de vragenlijst werd gevraagd aan de respondenten om feedback te geven op de vragenlijst. Naast feedback op de vragenlijst, gaven sommigen ook hun mening weer over de aangeboden kwaliteit van zorg (bv. te weinig personeel, goede hulp maar onkosten wegen te zwaar, geen keuze, tevreden, ...).

Wat betreft de bevraging, zijn de belangrijkste voordelen volgens de respondenten dat het een overzichtelijke vragenlijst betreft waarvan de items begrijpbaar en eenvoudig geformuleerd zijn. Iemand merkt daarbij op dat het tweede deel gemakkelijker te begrijpen is dan het eerste deel. Ook haalt iemand aan dat deze op deze vragen een eerlijk antwoord kan geven. Twee andere positieve reacties zijn:

Zeer interessant. Je leert er zelf veel over, het helpt me denken of ik hier tevreden ben of niet.

Ik heb het invullen van deze lijst graag gedaan.

Daarnaast gaven ook heel wat respondenten aan dat er nog ruimte voor verbetering mogelijk is. De meest voorkomende bemerking (n=13) die logischerwijs uit het opzet van de studie volgt, is dat de vragenlijst dubbele vragen bevat waardoor ze te lang wordt en men gedemotiveerd geraakt om deze nog verder in te vullen. Uiteraard verdwijnt dit probleem wanneer de vragenlijst slechts uit één testvorm zal bestaan. Enkelen gaven eveneens aan dat de vragenlijst niet gemakkelijk in te vullen is voor de sector 'thuiszorg', omdat er bv. in wordt verwezen naar het woord 'centrum' (wat lijkt op een fysieke locatie te wijzen). Daarbij geeft men meteen ook als oplossing weer dat het woord 'centrum' in de realiteit kan vervangen worden door de concrete naam van de organisatie. Op die manier wordt de bevraging ook wat persoonlijker. Ook staat thuiszorg in de online bevraging niet gecategoriseerd onder 'eerstelijnsgezondheidszorg' terwijl dat er wel toe behoort. Een andere sector waarvoor de bevraging minder geschikt is, is de preventieve gezondheidszorg vermits de vragen handelen over de kwaliteit van ervaren zorg.

Andere moeilijkheden had men met woorden zoals ondersteuningsplan en ondersteuningsmogelijkheden. Voor het eerste woord stelt men voor de woorden dossier, hulpverleningsplan of begeleidingsplan te hanteren.

Eén van de vragen gaat over 'mijn dossier of mijn ondersteuningsplan'. Niet in elk centrum heeft het 'plan' de naam 'ondersteuningsplan'. Ik meen dat dit eigen is aan de diensten ondersteuningsplan. Ik vermoed dat deze term niet door iedereen gekend zal zijn. Ik zou dus beperken tot 'mijn dossier', of anders een meer generieke term kiezen zoals hulpverleningsplan of begeleidingsplan?

Daarnaast is één vraag (item 25: 'Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) kan bereiken') niet altijd even ondubbelzinnig te interpreteren. Zo kan dit volgens een respondent betekenen dat men bv. wel weet hoe men de hulpverlener kan telefoneren, maar daarom niet zeker is dat de hulpverlener de

¹⁵ Ook de directie van één ambulante voorziening wees op dit probleem.

telefoon zal opnemen. Twee respondenten gaven aan dat item 24 'Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen' beter positief geformuleerd kan worden (Dit centrum maakt onderscheid tussen de mensen). Ook vraag 7 'Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt' is moeilijk te beantwoorden door een vertegenwoordiger die bv. de vragen voor een kind met een mentale handicap invult. Iemand sloot daarbij aan door meer in het algemeen te stellen dat de vragenlijst niet is opgesteld voor wanneer je de lijst voor je kind invult.

De vragen zijn niet altijd ondubbelzinnig te beantwoorden. Sommige vragen keren terug. Wat met vraag 7 van deze bladzijde indien je deze bladzijde invult voor je mentaal gehandicapte zoon?

Verder geeft iemand aan dat bij de vraag naar het geslacht best wordt gevraagd met wat men zich het meest identificeert en ook een derde antwoordcategorie 'andere' wordt mee opgenomen.

Andere items waarmee enkelen moeilijkheden ervaren zijn item 18 ('Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect'), 19 ('Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twijfelen aan mezelf'), 40 ('Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten') en 41 ('Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum'). Deze zijn volgens een respondent van de online bevraging niet mogelijk om in te vullen voor 'belang'. Ook een respondent van de schriftelijke bevraging gaf aan dat deze vragen moeilijker zijn aangezien ze een bepaald niveau van metadanken veronderstellen en niet altijd eenvoudig zijn om ja op te antwoorden wegens de loyaliteit van de cliënt naar de begeleider toe.

Om de overzichtelijkheid van de vragenlijst te verbeteren, suggereert men om ja/nee (vooral voor de vraag of het 'waar' is) of lachebekjes (smilies) te gebruiken als antwoordcategorieën. Ook de 'weet niet' optie ontbreekt momenteel. Voor de schriftelijke bevraging raadt men aan om de bladindeling duidelijker te maken door een duidelijke scheidingslijn te maken tussen waar de vraag start en eindigt. Voor de online bevraging geeft men aan dat het visueel moeilijk in te vullen is, dat het voortgangpercentage van de webpagina's misleidend is en dat het te lang duurt voordat een volgend blad komt.

Een andere meer inhoudelijke bemerking was de vraag waarom niet gewerkt wordt met de kwaliteitsindicatoren.

Tot slot merkt iemand op:

De tweede kolom geeft zo goed als altijd logischerwijs een maximale score.

Dit wijst er enerzijds op dat er weinig variatie bestaat in deze antwoorden en anderzijds dat alle items voldoende relevant zijn om mee op te nemen in de vragenlijst volgens deze persoon.

Op basis van de resultaten uit de analyses van de proefdraai van de VCZM, opteren we voor het instrument dat u op in Bijlage P terugvindt (i.e. de basisset uit de ontwerpversie maar met een andere volgorde van de items).

Er kan gekozen worden om hiervan een verkorte versie te gebruiken door zich te beperken tot de eerste 13 items. Daardoor verliest men echter wel cruciale informatie m.b.t. belangrijke knelpunten zoals toegankelijkheid van het dossier of de mogelijkheid om een eigen keuze te maken wat betreft de hulpverlener. Daarom bevelen we aan om toch de gehele versie te gebruiken en de items die het best de kwaliteit van zorg in kaart brengen (de verkorte versie), vooraan te plaatsen zodat deze zeker ingevuld worden.

Hoofdstuk 10

Het gebruik van de VCZM

De gebruiker van de VCZM kan het instrument inzetten om:

1. Per item inzicht te krijgen over de realisatie en het belang ervan voor de gebruikers
2. Een gemiddelde score te berekenen over de waargenomen kwaliteit van zorg, hulp of ondersteuning.
3. De aspecten in kaart te brengen die men (zeer) belangrijk vindt maar zelden of nooit gerealiseerd worden.
4. Een benchmarking te doen met andere organisaties of sectoren.
5. Evoluties in de waargenomen kwaliteit van zorg over de tijd in kaart te brengen.

1 Itemscores: % per antwoordcategorie voor elk item

De gemiddelde scores op elk item afzonderlijk kunnen in kaart worden gebracht en onderling worden vergeleken om te weten op welk item de organisatie hoog, middelmatig of laag scoort (zie Tabel 15).

De spreiding (SD) geeft weer hoe verschillend de respondenten antwoorden (een grote spreiding betekent dat respondenten sterk verschillend antwoorden).

Een bevinding uit de pilootfase is dat de gemiddelde scores¹⁶ op de 'realisatie items' over het algemeen lager zijn dan deze op de 'belang items'. Het gemiddelde van de gemiddelde scores op de items die de mate van realisatie meten, bedraagt 4 op 5. Het gemiddelde van de gemiddelde scores op de items die de mate van belang meten, bedraagt 4.4 op 5. Deze hoge score op belang wijst er dus op dat bijna alle items relevant zijn voor de gebruikers om hun mening over te kunnen geven. Deze vaststelling vloeit logisch voort uit de selectie van de items in de eerste fase van het onderzoek. Daarbij werd zorgvuldig uitgezocht welke de belangrijkste aspecten zijn van kwaliteit van zorg en ondersteuning voor gebruikers.

Belangrijke sterktes hebben veeleer te maken met de respectvolle houding van hulpverleners en hun bereikbaarheid.

¹⁶ We berekenden hier het gemiddelde van alle items behalve van item 18 en 19, omdat die moeilijker te interpreteren zijn.

Tabel 15 Gemiddelde en standaarddeviatie per item van de VCZM-basisset¹⁷: een 5-puntenschaal (gehele steekproef, n= 199)

	Realisatie: Gemiddelde (standaard- deviatie)		Belang: Gemiddelde (standaard- deviatie)	
11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.	4.5	(0.8)	4.8	(0.5)
20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.	4.4	(0.9)	4.6	(0.7)
1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.	4.3	(0.9)	4.1	(1.0)
12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.	4.3	(0.9)	4.6	(0.6)
3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.	4.3	(0.8)	4.6	(0.6)
2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.	4.3	(0.8)	4.7	(0.5)
13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.	4.2	(0.8)	4.7	(0.6)
21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.	4.2	(0.8)	4.6	(0.6)
5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.	4.2	(1.0)	4.3	(0.8)
17. Het team legt alles begrijpelijk uit.	4.2	(0.9)	4.5	(0.6)
10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.	4.2	(0.8)	4.6	(0.5)
4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.	4.1	(1.0)	4.6	(0.7)
15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.	4.0	(1.0)	4.4	(0.6)
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	3.8	(1.1)	4.3	(0.8)
8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.	3.8	(1.0)	4.3	(0.8)
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	3.6	(1.3)	4.3	(0.8)
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	3.5	(1.0)	4.2	(0.8)
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	3.5	(1.4)	4.2	(0.9)
14. Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	2.9	(1.6)	4.0	(1.0)
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	2.9	(1.3)	4.0	(1.0)
19. Doordat ik naar dit centrum kom, ben ik gaan twijfelen aan mezelf.	1.8	(1.0)	3.8	(1.2)
18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen me met minder respect.	1.8	(1.0)	3.6	(1.3)

2 Gemiddelde score: “Waargenomen kwaliteit van zorg/hulp/ondersteuning”

De gemiddelde score van de VCZM kan eenvoudigweg worden berekend door de scores van alle respondenten op de verschillende items op te tellen en te delen door het aantal items dat werd ingevuld en dit vervolgens te delen door het aantal respondenten. Deze gemiddelde score dient dan geïnterpreteerd te worden op een **vijf puntenschaal** (van 1 tot 5). Daarbij veronderstelt een score 1 dat een bepaald aspect van de zorg niet gerealiseerd werd (en dus een 0 op 10 zou krijgen).

¹⁷ De gemiddelde scores op de vragen die het belang meten van item 18 en 19 verwijzen bij deze twee items enkel naar de resultaten van de online bevraging.

Bv. voor realisatie items van de gehele VCZM (behalve item 18 en 19) in de proefdraai¹⁸ is dit 4 op 5:

$$9866/(20*123)= 4 \text{ op } 5$$

3 Werkpunten in de zorg, hulp of ondersteuning

Bovendien kunnen de gecombineerde scores van ‘realisatie’ en ‘belang’ in kaart worden gebracht via het berekenen van het % van voorkeursdisconfirmaties van de respondenten (zie Tabel 16). Voorkeursdisconfirmaties van het type 1 verwijzen naar aspecten die wel (zeer) belangrijk worden geacht, maar die zelden of nooit worden gerealiseerd. Deze aspecten verwijzen dus naar de werkpunten. Voorkeursdisconfirmaties van het type 2 verwijzen naar aspecten die (zeer) onbelangrijk zijn, maar wel meestal of altijd worden gerealiseerd.

Tabel 16 Een illustratie van de voorkeursdisconfirmaties Type 1 en Type 2

Belang	Realisatie				
	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
Zeer onbelangrijk				Type 2	
Onbelangrijk					
Niet onbelangrijk, niet belangrijk					
Belangrijk	Type 1				
Zeer belangrijk					

Tabel 17 geeft een overzicht van de zes grootste voorkeursdisconfirmaties (type 1). Opvallend is hier de vaststelling dat deze vooral terug te vinden zijn bij items die polsen naar de beschikbaarheid van een dossier of de mogelijkheid om een eigen keuze te maken wat betreft de hulpverlener/centrum. De voorkeursdisconfirmaties type 2 zijn (gezien de hoge scores op de belang items) in onze steekproef dusdanig klein waardoor ze verwaarloosbaar zijn.

Tabel 17 Grootste voorkeursdisconfirmaties Type 1

	% '(zeer)belangrijk maar zelden/ nooit gerealiseerd'
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	22.7%
14. Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	22.1%
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	19.7%
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	15.6%
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	15.0%
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	13.7%

¹⁸ We baseren ons hier op de beperktere, geïmputeerde steekproef met 123 respondenten.

4 Benchmarking

Indien een voldoende grote steekproef voorhanden is met diverse organisaties uit diverse sectoren, kan er eventueel tot benchmarking worden overgegaan op organisatie- of (deel)sectoraal niveau. Daarbij dient dan een totaalscore te worden berekend voor de respondenten van de organisatie of (deel)sector en deze dient vervolgens vergeleken te worden met de individuele score van een organisatie of (deel)sector.

5 Evoluties

Naast een vergelijking met andere organisaties of (deel)sectoren, is het vaak ook interessant om scores van eenzelfde organisatie of (deel)sector over de tijd te vergelijken. Dit geeft een indicatie weer van de mate waarin de acties die zijn genomen naar aanleiding van de knelpunten (die resulteerden uit een eerdere afname van de VCZM), effectief zijn en tot een betere kwaliteit van zorg hebben geleid op een later moment in de tijd.

FASE 3: DE IMPLEMENTATIE VAN DE FINALE VCZM

Hoofdstuk 11

Voorbeelden uit andere Europese landen

Indien de Vlaamse overheid wenst om de kwaliteit van zorg vanuit het gebruikersperspectief te meten en te monitoren, dan zijn meerdere implementatiescenario's denkbaar. Zowel op het vlak van afnamemethode, steekproeftrekking, verwerking, data-analyse en rapportering zijn er meerdere mogelijkheden voor een bevraging, mede afhankelijk van wat precies de doelstellingen zijn van de monitor en tot op welk niveau de gegevens veralgemeenbaar moeten zijn. De haalbaarheid van een bevraging hangt sterk af de keuzes die op deze vlakken worden gemaakt.

Eerst bespreken we de hoe in een aantal Europese landen het gebruikersperspectief wordt gemeten. We selecteren Nederland, Zweden, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk die elk een eigen monitoringsinstrument en methode hebben ontwikkeld.

1 CQ-index in Nederland

De CQ-index is een verzameling meetinstrumenten. De index bestaat onder andere uit schriftelijke vragenlijsten die de concrete ervaringen van patiënten en cliënten met de zorg meten. Deze vragenlijsten gaan zowel over zorg van beroepsbeoefenaars als instellingen. Sommige vragenlijsten zijn specifiek voor bepaalde aandoeningen en polsen naar de zorg bij deze aandoeningen.

De verschillende vragenlijsten meten de ervaringen van de patiënten met de zorg alsook het belang dat zij aan de verschillende kwaliteitsaspecten hechten.

De resultaten van de CQ-index worden in Nederland gebruikt voor het bijsturen van het zorgproces van de zorginstellingen, op initiatief van deze instellingen zelf en de maatschappelijke verantwoording via onder andere de Zorgbalans ("Zorgbalans Nederland," n.d.). De Zorgbalans wordt opgemaakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en vormt een fundament voor de beleidsagenda. De Zorgbalans bevat bijdragen van diverse wetenschappelijke instituten en organisaties. De gegevens zijn gebaseerd op meer dan 65 gegevensbronnen, waaronder de CQ-index.

Iedereen die klantervaringen in de zorg wil meten, kan daarvoor de vragenlijsten van de CQ-index gebruiken. Aan het gebruik daarvan zijn geen kosten verbonden. Er moet echter wel aan de CQI-voorwaarden worden voldaan wanneer resultaten van een CQI-meting moeten worden gebruikt voor maatschappelijke verantwoording en/of voor KiesBeter ("KiesBeter," n.d.). KiesBeter hoort sinds 1 januari 2014 bij het Kwaliteitsinstituut en bevat informatie over aandoeningen, behandelingen en kwaliteit van de zorg. De meting moet zijn uitgevoerd door een CQI-geaccrediteerde meetorganisatie en de richtlijnen in het Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen moeten worden opgevolgd.

Dit wordt opgevolgd door het kwaliteitsinstituut, dat de kennis en ervaring integreert van zes organisaties die zich bezighouden met het verbeteren van de kwaliteit van de zorg ("Kwaliteitsinstituut Nederland," n.d.). Deze organisaties zijn: Centrum Klantervaring Zorg, Zorginstituut Nederland, Coördinatieplatform Zorgstandaarden, kiesBeter.nl, Regieraad Kwaliteit van Zorg en Zichtbare Zorg. De taken die dit kwaliteitsinstituut opneemt zijn onder andere: de kwaliteitsgegevens over de zorg kenbaar te maken na aanleveren van de data aan het instituut door de verschillende voorzieningen,

kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen, de richtlijnen en standaarden omtrent kwaliteit van de zorg kenbaar te maken en projecten omtrent kwaliteit uit te voeren.

Onderstaande paragrafen bespreken kort de verschillende instrumenten, afnamemethoden, steekproeftrekking, verwerking en data-analyse, rapportering en kostprijs van de CQ-index. Deze informatie werd hoofdzakelijk overgenomen uit de verscheidene CQI Bijsluiters en het Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen (“Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen,” n.d.).

1.1 De verschillende CQ instrumenten

CQI vragenlijsten die ontwikkeld werden kunnen gebruikt worden voor publieke of private metingen (“Website zorginstituut Nederland: CQI vragenlijsten,” n.d.). Bij elke uitontwikkelde CQI-vragenlijst wordt een vragenlijst-specifieke werkinstructie opgesteld die precies aangeeft hoe het meetinstrument moet worden gebruikt (dataverzamelmethode, inclusiecriteria). Zoals reeds hierboven aangegeven, dient men aan de richtlijnen van zowel het Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen als de vragenlijst-specifieke werkinstructie te volgen om aan de resultaten de tekst “Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de CQ-index” toe te mogen voegen. Ook mag een CQI-vragenlijst in dit geval alleen worden afgenomen door één of meerdere geaccrediteerde meetbureaus met de juiste scope.

Onderstaande CQI-vragenlijsten werden reeds ontwikkeld:

- CQI Audiciens
- CQI Audiologische centra
- CQI CVA
- CQI Diabetes
- CQI Dialyse
- CQI Eerstelijns Verloskunde
- CQI Gehandicaptenzorg Verstandelijk Gehandicaptten
- CQI Gehandicaptenzorg Lichamelijk Gehandicaptten
- CQI Gehandicaptenzorg Zintuiglijk Gehandicaptten
- CQI GGZ en Verslavingszorg (Klinisch)
- CQI GGZ en Verslavingszorg (Kortdurend ambulantly)
- CQI GGZ (Begeleid zelfstandig wonen)
- CQI GGZ (Beschermd wonen)
- CQI Hartfalen
- CQI Heup-/Knieoperaties
- CQI Huisartsenposten
- CQI Huisartsenzorg overdag
- CQI Hulp bij het Huishouden
- CQI Indicatiestelling AWBZ
- CQI Jeugdgezondheidszorg
- CQI Kraamzorg
- CQI Mammacare
- CQI Opvang
- CQI Palliatieve Zorg

- CQI Poliklinische Zorg
- CQI Revalidatiecentra Kinderen en Jongeren
- CQI Revalidatiecentra Ouders van kinderen en Volwassenen
- CQI Reumatoïde Artritis
- CQI Rughernia
- CQI Spataderzorg
- CQI Spierziekten
- CQI Staaroperaties
- CQI Verpleging, Verzorging & Thuiszorg
- CQI Ziekenhuisopname
- CQI Zorg en Zorgverzekeringen

Al deze vragenlijsten meten de kwaliteit van de zorg volgens het perspectief van de gebruiker. In Nederland werd ervoor gekozen om te werken met zowel vragenlijsten over verschillende soorten zorg (Palliatieve zorg, Kraamzorg, etc) als met vragenlijsten voor bepaalde aandoeningen (diabetes, rughernia, etc).

1.2 Afnamemethoden bij de CQ index

Er zijn meerdere methoden van dataverzameling mogelijk, zoals beschreven in het Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen.

Bij een **schriftelijke dataverzameling** worden mensen schriftelijk benaderd met een brief en een schriftelijke vragenlijst. Middels de brief worden zij uitgenodigd om mee te doen aan CQI onderzoek en wordt hen gevraagd om een CQI vragenlijst in te vullen en te retourneren. Na één week wordt een herinnering in de vorm van een bedankkaartje gestuurd. Na 4 en 6 weken volgt er nog een 2^e en 3^e herinneringsbrief naar non-respondenten.

Bij een **online dataverzameling** kunnen mensen via een (schriftelijke) brief worden uitgenodigd om deel te nemen aan CQI onderzoek en wordt hen gevraagd online een CQI vragenlijst in te vullen. In de brief wordt het webadres en een persoonlijke inlogcode vermeld. Na een week volgt nog een herinnering via een bedankkaartje (met webadres en persoonlijke inlogcode). Na 4 en 6 weken volgen er nog een 2^e en 3^e herinneringsbrief. Bij een online dataverzameling kunnen mensen ook via een e-mail worden uitgenodigd om deel te nemen aan CQI onderzoek. In de e-mail is een persoonlijke link naar de online vragenlijst opgenomen. Na een week volgt nog een herinnering via de e-mail (inclusief persoonlijke link). Bij e-mail uitnodigingen hoeft er geen 2^e en 3^e herinnering te worden verstuurd.

Bij **mixed mode dataverzameling** worden mensen in eerste instantie schriftelijk uitgenodigd om online een CQI vragenlijst in te vullen. Bij de 2^e herinnering krijgen non-respondenten de mogelijkheid om alsnog een schriftelijke vragenlijst in te vullen.

Bij een **mondelijke dataverzameling** worden CQI vragenlijsten mondeling afgenomen door getrainde interviewers. Mensen worden meestal via bekende zorgverleners (bv. persoonlijke begeleider) benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Mondelinge dataverzameling wordt voornamelijk ingezet onder doelgroepen met een cognitieve beperking (zoals ouderen, verpleeghuisbewoners, verstandelijk, lichamelijk, en zintuiglijk gehandicapten) waarvan bekend is dat zij moeite hebben met of niet in staat zijn om een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Mondelinge dataverzameling wordt dan ingezet om de betrouwbaarheid van de data te verhogen.

1.3 Steekproeftrekking bij de CQ index

Voor er steekproeftrekking kan plaatsvinden, wordt een cliëntenbestand opgemaakt met de benodigde gegevens van de cliënten voor de steekproeftrekking. Nadien worden alle cliënten die voldoen aan bepaalde exclusiecriteria verwijderd. Dit resulteert in het populatiebestand waaruit de steekproef wordt getrokken. Nadien gebeurt de steekproeftrekking uit dit populatiebestand op een random manier: het totaal aantal cliënten wordt gedeeld door het aantal benodigde personen in de steekproef (dit is X, afgerond naar beneden tot een geheel getal). Het cliëntenbestand wordt geordend volgens volgorde van unieke cliëntenummers, waarbij telkens de Xste persoon wordt geselecteerd.

De representativiteit van de steekproef wordt gecontroleerd door het achtergrondbestand van de steekproef op een aantal punten te vergelijken met het populatiebestand. Hiervoor bekijkt men het aantal cliënten, hun gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen in beide bestanden. De representativiteit wordt gecontroleerd door te kijken of de populatiewaarden (bijvoorbeeld percentage mannen) vallen binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de steekproefwaarden. Hierbij wordt dus een significantieniveau van $p < 0.05$ gehanteerd.

Indien de steekproef niet representatief is, wordt een nieuwe steekproef uitgevoerd.

1.4 Verwerking en data-analyse bij de CQ index

De data worden opgeleverd aan de opdrachtgever, op zo een manier dat deze niet naar individuele personen kunnen herleid worden. Als een vraag door minder dan 10 personen wordt ingevuld, worden de antwoorden niet teruggekoppeld aan de opdrachtgever, om de anonimiteit van de respondenten te kunnen garanderen. Na opschoning van de data volgens vooraf vastgelegde procedures, worden deze geanalyseerd door de meetorganisatie. Er gebeurt een hercodering van de antwoorden en per schaal worden de CQI scores berekend. Casemix-correctie gebeurt voor de kenmerken die verschillen tussen zorgaanbieders en van invloed kunnen zijn op de resultaten, maar niet te maken hebben met de kwaliteit van zorg (bv. leeftijd, opleiding, algemeen ervaren gezondheid).

1.5 Rapportering bij de CQ index

Er zijn drie verschillende soorten rapporteringen voor verschillende gebruikersdoelen:

- Consumentenrapportage met daarin keuze-informatie voor (toekomstige) zorggebruikers.

De CQI-rapportage voor consumenten is een neutrale weergave van de onderzoeksresultaten. Er wordt geen waardeoordeel uitgesproken over de resultaten. Ook worden geen aanbevelingen gedaan welke zorgaanbieder consumenten het beste kunnen kiezen.

- Zorginkooprapportage voor zorgverzekeraars.

Het doel van de rapportage voor de zorgverzekeraars is informatie te leveren die gebruikt kan worden voor de zorginkoop¹⁹. De rapportage geeft een algemeen beeld van de klantervaringen in de sector; thema's die door verzekerden als positief worden ervaren alsook thema's die minder positief worden

¹⁹ Ieder jaar ontvangt elke zorgverzekeraar in Nederland van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een budget waarmee alle zorg binnen een regio moet worden ingekocht. Er worden afspraken gemaakt met gecontracteerde zorgaanbieders in de regio over de aard, de omvang, de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg.

ervaren. Deze informatie kan door zorgverzekeraars worden gebruikt om prioriteiten testellen in het inkoopbeleid. De CQI-rapportage is een neutrale weergave van de onderzoeksresultaten. Er wordt geen waardeoordeel uitgesproken over de resultaten. Ook worden geen aanbevelingen gedaan voor de zorginkoop.

- Kwaliteitsrapportage voor zorgaanbieders bedoeld voor interne sturing.

De rapportage voor de zorgaanbieders heeft als doel spiegelinformatie op te leveren die de zorgaanbieder kan gebruiken om de eigen zorgverlening te verbeteren. De rapportage laat de zorgaanbieder zien op welke thema's hij relatief hoog scoort ten opzichte van andere aanbieders en op welke thema's hij relatief laag scoort. Deze informatie kan door aanbieders worden gebruikt om prioriteiten te stellen voor verbeterpunten. Verder geeft de rapportage informatie over de prestaties op individuele vragen binnen een thema. Door de resultaten ter beschikking te stellen op dit niveau zijn de voorzieningen gemotiveerder om mee te werken aan een bevraging en is er de mogelijkheid om concrete verbeteracties op te starten.

De resultaten van de CQ-index worden in Nederland ook gebruikt voor maatschappelijke verantwoording via onder andere de Zorgbalans ("Zorgbalans Nederland," n.d.). De Zorgbalans wordt opgemaakt in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en vormt een fundament voor de beleidsagenda. De Zorgbalans bevat bijdragen van diverse wetenschappelijke instituten en organisaties. De gegevens zijn gebaseerd op meer dan 65 gegevensbronnen, waaronder de CQ-index.

2 Zweden

In Zweden bevaart men patiënten via een nationale patiëntenbevraging sinds 2009 (OECD, 2013b). Elke 2 jaar bevaart men gedurende een periode van 3 maand patiënten uit de volgende sectoren:

- Eerstelijnsgezondheidszorg
- Ambulante en residentiële specialistische zorg
- Spoedhulp in het hospitaal
- Ambulante psychiatrische zorg

Zowel de houding van het personeel als participatie in zorgbeslissingen en de verstrekte informatie aan de patiënt en familie worden bevaart.

Enkel patiënten ouder dan 16 jaar die minstens 1 nacht in residentiële zorg verbleven, kunnen deelnemen aan de bevraging (in het geval van residentiële zorg). In elk hospitaal worden 100 personen per afdeling uitgenodigd tot deelname via een postenquête met retourenveloppe, een maand na hun verblijf in het hospitaal. Na enkele weken krijgen zij een herinneringsbrief.

Het doel van de bevraging is om de verschillende voorzieningen van de bevaarde sectoren de mogelijkheid te geven om hun kwaliteit van de zorg te meten en te verbeteren. Geaggregeerde data worden gebruikt om te benchmarken tussen verschillende zorgaanbieders en regio's.

De rapportering van deze patiëntenbevraging past in het kader van rapportering van de kwaliteit en efficiëntie van de Zweedse gezondheidszorg. Dit is een jaarlijks terugkerende rapportering die vergelijkende data publiceert over de performantie van de gezondheidszorg. De doelstellingen zijn om het publieke debat te stimuleren en te informeren over kwaliteit en efficiëntie, alsook om de lokale en regionale initiatieven te steunen om de gezondheidszorg te verbeteren. Het rapport geeft een overzicht

van verscheidene indicatoren maar interpreteert de resultaten niet en geeft geen suggesties voor mogelijke verschillen in resultaten. Het wordt gezien als de taak van de verschillende ontvangers van het rapport om de resultaten te interpreteren met inachtneming van de relevante factoren die zouden kunnen meespelen bij de resultaten.

3 Denemarken

Op initiatief van de vijf verschillende regio's en het ministerie van Gezondheid, wordt in Denemarken sinds 2000 een nationale survey georganiseerd om patiëntervaringen te meten (OECD, 2013a). Jaarlijks worden in heel Denemarken de ervaringen van patiënten in ambulante en residentiële ziekenhuiszorg onderzocht. Dit gaat zowel over somatische gezondheidszorg, als psychiatrie en materniteit. De resultaten worden verwerkt op meerdere niveaus: per unit, per hospitaal, per medische specialiteit regionaal en nationaal. De resultaten worden met elkaar vergeleken en over de tijd heen gemonitord. Elk jaar worden ongeveer 240 000 vragenlijsten met 30 tot 50 vragen uitgedeeld aan patiënten volgend op hun ontslag uit het ziekenhuis. De resultaten zijn beschikbaar voor het algemene publiek via de website sundhed.dk, waar per ziekenhuis informatie te vinden is over de wachttijden en de ratings op basis van de patiëntenmetingen.

Vanuit de OECD ziet men hier ook opportuniteiten om deze systematische metingen op termijn uit te breiden naar eerstelijnszorg en langdurige zorg.

4 Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk werd vanaf 2002 het NHS National Patient Survey Programme ontwikkeld om op landelijk niveau een beter beeld te krijgen van de ervaringen van patiënten in de ontvangen zorg ("NHS Surveys," n.d.). Dit gaat over acute zorg, eerstelijnszorg, huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, zowel bij ambulante als residentiële patiënten. Op lokaal en nationaal niveau kunnen de resultaten met elkaar vergeleken worden door de voorzieningen en de inspectie (Care Quality Commission; CQC). Elke organisatie krijgt ook zijn eigen resultaten in een rapport. Op de website van de CQC kunnen individuele gebruikers ook de inspectieverslagen en resultaten van de surveys bekijken per zorgaanbieder ("Care Quality Commission," n.d.). Voor deze bevraging wordt er gewerkt met een survey coordination centre dat gerund wordt door het Picker Instituut namens de CQC. De rol van dit coördinatiecentrum is om de vragenlijsten en bijhorende documentatie te ontwikkelen, te adviseren over het uitvoeren van de bevraging en het verzamelen, controleren en analyseren van de data.

Voor de steekproef wordt door de voorzieningen een lijst opgemaakt van patiënten die gedurende een bepaalde periode (bv. 1 maand) zorg hebben ontvangen. Op deze lijst kunnen sommige gebruikers meerdere keren voorkomen indien ze gedurende deze periode meerdere malen zorg hebben ontvangen. Deze lijst excludeert al een aantal personen: overleden personen, gebruikers jonger dan 16 jaar, gebruikers die op het moment van het opmaken van de lijst een patiënt zijn, gebruikers zonder postadres in de UK, en dergelijke. Een steekproef van een vooraf bepaald aantal personen wordt genomen op basis van de inclusielijst met gebruikers. Deze lijst wordt opgestuurd naar de Demographics Batch Service, waar wordt nagegaan of deze personen nog in leven zijn op basis van nationale registers. Na schrappen van de overleden personen, wordt het aantal gebruikers gereduceerd (of aangevuld) tot het gewenste aantal voor de steekproef. De verdeling van leeftijden wordt nagegaan. Daarna wordt de lijst doorgestuurd naar het coördinatie centrum dat een finale controle uitvoert. De groep van

gebruikers op deze lijst krijgt per post een vragenlijst opgestuurd en worden gevraagd de vragenlijst te retourneren, waarna de gegevens worden verwerkt door het coördinatiecentrum.

Per bevraging wordt een bepaalde steekproefgrootte vooropgesteld. Elke voorziening dient dan een lijst op te maken van X aantal personen (bijvoorbeeld bij maternity care survey: 300 personen, inpatient survey: 850 personen). Door de grote steekproef van enkele honderden gebruikers per voorziening (afhankelijk van het soort zorg), komt men op nationaal niveau aan een zeer grote groep respondenten, wat bij lage responsgraad nog steeds een grote groep ingevulde bevragingen oplevert. Voor de bevragingen rond maternity care gaat het bijvoorbeeld over 137 aanbieders, waarbij met een responsgraad van 46% meer dan 23000 bevragingen werden ingevuld ("Maternity Services NHS Survey 2013," n.d.). Bij de inpatient surveys gaat dit over 156 aanbieders, waarbij 62400 bevragingen werden ingevuld (i.e. een responsgraad van 49%) ("Inpatient NHS Survey 2013," n.d.).

Hoofdstuk 12

Scenario's ter implementatie van de VCZM

In dit hoofdstuk onderscheiden we vier vragen waarvoor we achtereenvolgens telkens een scenario zullen uitwerken ter implementatie van de VCZM:

- 1) Wat is de kwaliteit van zorg van alle WVG-voorzieningen?
- 2) Wat is de kwaliteit van zorg volgens de Vlaamse gebruiker?
- 3) Wat is de kwaliteit van zorg per sector/doelgroep?
- 4) Wat is de kwaliteit van zorg per voorziening?

Per scenario kan er worden geopteerd om aan de slag te gaan met een steekproef van een beperkt aantal gebruikers (bv. 3 tot 5 gebruikers) of een steekproef met een relatief groot aantal gebruikers (bv. 30 à 60). Het voordeel van een beperkte steekproefgrootte is dat dit kosten bespaart, het voordeel van een grotere steekproef is dat deze feedback op het niveau van de voorziening mogelijk maakt. Bij een steekproeftrekking van de gebruikers door de voorzieningen zelf is het steeds van belang om representativiteit na te streven naar de verdeling van leeftijd, geslacht en scholingsgraad van de gebruikers binnen hun voorziening.

1 Wat is de kwaliteit van zorg van alle WVG-voorzieningen?

1.1 Doelstelling

Het doel van dit scenario is om een zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg geleverd door *alle* WVG-voorzieningen.

1.2 Uitwerking

Bijgevolg trachten we bij alle WVG-voorzieningen de VCZM te verspreiden onder al hun gebruikers of een steekproef van hun gebruikers. De kost van dit scenario hangt af van het aantal gebruikers dat men bevraagt per voorziening.

Wenst men een globaal beeld te krijgen over de gemiddelde kwaliteit van zorg geleverd door alle WVG-voorzieningen, is het niet noodzakelijk om meer dan 3 gebruikers per voorziening te bevragen.

Indien echter een terugkoppeling per voorziening gewenst is, zal dit aantal stijgen naar +/- 60 gebruikers (of alle gebruikers indien dit er minder zijn dan 60)(naar analogie van de InterRAI bevraging rond kwaliteit van leven in woonzorgcentra, LUCAS 2014-2016).

1.3 Voor- en nadelen

Het belangrijkste voordeel van dit scenario is dat het een breed beeld geeft over de kwaliteit van zorg geleverd door alle voorzieningen in Vlaanderen. Op die manier komen we o.a. te weten wat de gemiddelde ervaren kwaliteit van zorg van de voorzieningen is en hoe sterk deze kwaliteit van zorg varieert over voorzieningen heen en eventueel over sectoren of doelgroepen heen.

Het belangrijkste nadeel van dit scenario is dat het tijdrovend en kostelijk is aangezien +/- 16 000 WVG-voorzieningen worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze kost en investering verschillen echter wel naargelang het aantal gebruikers dat per voorziening wordt bevestigd.

Zeker indien voor een terugkoppeling op het niveau van de voorzieningen wordt gezorgd, lijkt ons dit onhaalbaar om dit bv. binnen één jaar te laten plaatsvinden. Er zou in dat laatste geval bv. wel geopteerd kunnen worden om over 5 jaar elk jaar een bevestiging te organiseren op grotere schaal per agentschap (+ 1 jaar verwerking/rapportering). Bij de bevestiging van 'kwaliteit van leven' in de Vlaamse woonzorgcentra wordt er bijvoorbeeld elk jaar één derde van alle woonzorgcentra bevestigd (zie hoofdstuk 6, §1.2). Na 3 jaar zijn alle woonzorgcentra aan bod gekomen en begint de cyclus opnieuw. Op deze manier hebben individuele woonzorgcentra elk minstens 2 jaar de tijd om verbetertrajecten op te starten en heeft het beleid toch elk jaar cijfers over de kwaliteit van leven. Wel dienen we dan in rekening te nemen dat (1) jaarlijks nog steeds gemiddeld ongeveer 4000 voorzieningen bevestigd dienen te worden en dat (2) de resultaten over de agentschappen heen niet 100% vergelijkbaar zijn gezien het verschillend tijds kader waarmee gewerkt wordt.

De ervaring uit de pilootfase van dit onderzoek leert ons dat een schriftelijke bevestiging het meest effectief was in het behalen van een goede respons bij de gebruikers, maar ook meer kost dan bv. een online bevestiging. Eén manier om de kosten van het scenario met een schriftelijke bevestiging te drukken is door slechts één exemplaar van de vragenlijst naar de voorzieningen te sturen en deze zelf kopies ervan te laten nemen. Dit komt wellicht de respons niet ten goede aangezien het een extra actie en investering van de voorziening vraagt. Bovendien dient (1) er per gebruiker nog steeds een enveloppe te worden voorzien met port betaald door bestemming, (2) er een nauwe opvolging te zijn en (3) een instantie, bv. een onafhankelijk kwaliteitscentrum, deze gegevens manueel in te geven en de resultaten terug te koppelen aan de voorziening in het geval feedback mogelijk en gewenst is. Verder kan er een vertekening optreden wanneer de voorzieningen zelf de gebruikers selecteren die worden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek aangezien voorzieningen vooral deze gebruikers kunnen selecteren waarvan men verwacht dat ze een positieve beoordeling zullen geven van de door hen ervaren kwaliteit van zorg. Omwille van deze laatste reden lijkt het beter dat de overheid rechtstreeks gebruikers aanschrijft om bias te voorkomen. Maar dit is niet enkel duurder, het veronderstelt ook dat de overheid een adressenbestand beschikbaar heeft van de gebruikers van alle voorzieningen (wat niet het geval is volgens ons). Dit bestand kan ze eventueel opvragen bij de voorzieningen maar deze kunnen dit bestand wellicht niet steeds doorgeven omwille van privacy redenen.

Een andere, goedkopere optie is om via een online bevestiging te werken en een aparte login code te creëren per voorziening. De overheid kan deze code rechtstreeks bezorgen aan de gebruikers op voorwaarde dat ze ook een databestand heeft van de emailadressen van de gebruikers (wat wellicht niet het geval is). Daarnaast kan ze deze individuele code ook bezorgen aan elke voorziening die deze op haar beurt verspreidt onder haar gebruikers. Dit kan echter opnieuw tot een bias leiden indien de voorziening enkel die gebruikers de code meegeeft waarvan men verwacht dat ze een positieve beoordeling zullen geven van de kwaliteit van zorg. Ook heeft een online bevestiging enkele andere nadelen (grotere uitval, vertekeningen in de steekproef) ten opzichte van een schriftelijke bevestiging. De voor- en nadelen van beide soorten bevestigingen (of een mix ervan) staan verder beschreven in het volgende hoofdstuk (Hoofdstuk 13, §1.1 Afnamemethode).

2 Wat is de kwaliteit van zorg volgens de Vlaamse gebruiker?

2.1 Doelstelling

Via dit scenario kan de overheid de mening van de Vlaamse gebruiker leren kennen over de kwaliteit van zorg van een *steekproef* van WVG-voorzieningen.

2.2 Uitwerking

Dit scenario is analoog aan het scenario dat tijdens de pilootfase van het onderzoek werd getest. Per geselecteerde voorziening wordt een beperkte steekproef (bv. n=5) van gebruikers getrokken die gevraagd worden om de vragenlijst in te vullen. Een andere optie is om deze steekproef niet beperkt te houden tot slechts 5 respondenten maar bv. 60 gebruikers per voorziening te bevragen.

Bij de selectie van de voorzieningen is het zinvol om representativiteit na te streven wat betreft de volgende kenmerken:

- Zorgregio en/of provincie
- Type zorg (ambulant/residentieel)
- (Deel)Sector (voorzienings- + activiteitstype)
- Grootte van de voorziening (bv. aantal FTE)
- Behoort de voorziening al dan niet tot een ruimere groep van voorzieningen?

Om een voldoende grote steekproef van voorzieningen te verkrijgen, zijn er minstens 400 voorzieningen nodig die de vragenlijsten verspreiden. Aangezien niet alle voorzieningen deze vragenlijsten zullen verspreiden, is het wellicht nodig om de directies van ongeveer 1200 voorzieningen aan te schrijven en hen te motiveren om deel te nemen aan de studie.

2.3 Voor- en nadelen

Opnieuw heeft ook dit scenario als voordeel dat het een breed beeld geeft over de kwaliteit van zorg in (een representatieve steekproef van voorzieningen in) Vlaanderen. Op die manier komen we o.a. te weten wat de gemiddelde ervaren kwaliteit van zorg van een representatieve steekproef van voorzieningen is en hoe sterk deze kwaliteit van zorg varieert over voorzieningen heen en eventueel over sectoren of doelgroepen heen. Een ander voordeel is dat dit scenario het minst kostelijk en ook minder tijdrovend is dan de andere scenario's, vooral wanneer telkens een beperkte steekproef van gebruikers wordt bevraged in de voorzieningen.

Een nadeel van het scenario met een beperkte steekproefgrootte is dat er geen feedback mogelijk is op het niveau van de voorziening en dus ook geen acties kunnen worden ondernomen om de kwaliteit van zorg binnen de voorziening aan te pakken. Dit kan echter wel wanneer de steekproef van gebruikers uitgebreid wordt. Een tweede nadeel van deze scenario's, ditmaal t.o.v. het vorige scenario uit §1, is dat een steekproef van voorzieningen steeds slechts een benadering is van de kwaliteit van zorg van de populatie van voorzieningen. Verder is het niet altijd mogelijk om vergelijkbare uitspraken te doen over sectoren/doelgroepen aangezien men daar meer voorzieningen voor nodig heeft. Dit is wel het geval in het volgende scenario.

3 Wat is de kwaliteit van zorg per sector/doelgroep?

3.1 Doelstelling

Dit scenario heeft als doel om een vergelijking te kunnen maken wat betreft de kwaliteit van zorg tussen bepaalde sectoren of bepaalde doelgroepen.

3.2 Uitwerking

Hiertoe wordt telkens een steekproef van voorzieningen getrokken die representatief zijn voor de specifieke sector/doelgroep qua zorgregio/provincie, type zorg (ambulant/residentieel) en deelsector maar ook qua leeftijdsverdeling, verdeling naar geslacht, verdeling naar scholingsgraad. Indien de uitspraken tot op het sectoraal niveau representatief moeten zijn, dan impliceert dit dat er voor elke sector een afzonderlijke steekproef wordt getrokken. Het aantal voorzieningen dat moet worden bevraagd hangt af van het aantal sectoren/doelgroepen dat men onderscheidt. Hoe meer sectoren/doelgroepen men onderscheidt, hoe meer voorzieningen bevraagd dienen te worden.

Voor elke geselecteerde voorziening binnen de geselecteerde sector kan opnieuw worden geopteerd voor een beperkte steekproef (bv. n=5) of een meer uitgebreide steekproef (bv. n=60) van gebruikers. Dit heeft opnieuw gevolgen voor de feedback die al dan niet kan worden gegeven aan de deelnemende voorzieningen.

3.3 Voor- en nadelen

Een belangrijk voordeel van dit scenario is dat het een specifiek beeld geeft over de kwaliteit van zorg binnen sectoren/doelgroepen in Vlaanderen en een vergelijking tussen sectoren/doelgroepen mogelijk maakt. Ook is dit scenario minder kostelijk en tijdrovend dan de scenario's uit §1 aangezien minder voorzieningen worden uitgenodigd om deel te nemen wat minder opvolging vraagt.

Een nadeel kan zijn dat niet alle voorzieningen binnen één sector te categoriseren zijn, waardoor een indeling en vergelijking tussen sectoren soms wat artificieel kan zijn. Het is bovendien geen eenvoudige taak om de verschillende sectoren binnen WVG te definiëren. Men kan verscheidene operationalisering toe passen, volgens agentschap, soort voorziening, e.d. Op dit moment is er geen duidelijk criterium om verschillende hoedanigheden te definiëren en de voorzieningen hieronder te classificeren. Dit werd onder andere tijdens de stuurgroepvergadering van 14 mei 2014 besproken. Vanuit het departement WVG werd toen aangehaald dat er op vraag van eHealth een oefening gebeurde die 13 sectoren en onderliggende voorzieningen heeft bepaald. We stellen dan ook voor om verder te bouwen op deze indexering om een eventueel vervolgtraject voor een Vlaamse CliëntZorgMonitor eenduidig te kunnen afbakenen. Hieronder een opsomming van de 13 hoedanigheden (of sectoren) binnen WVG, met bijhorende voorzieningen:

- Adoptie
 - KG- Diensten voor maatschappelijk onderzoek
 - KG- Erkende adoptiediensten (binnenland)
 - KG- Erkende adoptiediensten (buitenland)
 - KG- Voorbereidingscentra

- Algemeen welzijnswerk
 - DEP- Centra voor algemeen welzijnswerk
 - DEP- Centra voor teleonthaal
 - DEP- Daderhulp
 - VAZG- Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen
 - DEP- Hulp aan gedetineerden
 - DEP- Samenlevingsopbouw
 - DEP- Schuldbemiddeling
 - DEP- Slachtofferhulp
 - DEP- Vrijwilligerswerking
 - DEP- Verenigingen waar armen het woord voeren

- Jongerenwelzijn
 - JW- Organisaties voor Bijzondere Jeugdzorg
 - JW- Diensten Crisishulp aan Huis
 - JW- Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra
 - JW- Centra voor Integrale Gezinszorg
 - JW- Diensten voor Pleegzorg
 - JW- Diensten voor Herstelgerichte en Constructieve Afhandeling
 - JW- Gemeenschapsinstellingen
 - JW- Sociale diensten jeugdrechtbank
 - JW- Ondersteuningscentra Jeugdzorg
 - JW- Projectmatig aanbod

- Eerstelijnsgezondheidszorg
 - VAZG- Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL)

- Geestelijke gezondheidszorg
 - VAZG- Centra voor geestelijke gezondheidszorg
 - VAZG- Initiatieven voor beschut wonen
 - VAZG- Psychiatrische verzorgingstehuizen
 - VAZG- Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg

- Gezinsondersteuning
 - JW- Centra voor integrale gezinszorg
 - KG- Centra voor kinderezorg en gezinsondersteuning
 - KG- Consultatiebureaus
 - DEP/JW/KG- Opvoedingsondersteuning
 - KG- Expertisecentra kraamzorg
 - KG- Inloopteams
 - KG- Vertrouwenscentra kindermishandeling

- Kinderopvang
 - KG- Zelfstandige onthaalouders (= vergunde gezinsonvang sinds apr 2014)
 - KG- Erkende kinderdagverblijven (= vergunde groepsopvang sinds apr 2014)
 - KG- Erkende initiatieven voor buitenschoolse opvang
 - KG- Zelfstandige buitenschoolse opvangvoorzieningen

- Ouderenzorg
 - VAZG- Woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen
 - VAZG- Centra voor kortverblijf
 - VAZG- Dagverzorgingscentra
 - VAZG- Groep van assistentiewoningen, erkend of aangemeld
 - VAZG- Centra voor herstelverblijf, erkend of aangemeld
 - VAZG- Expertisecentra voor dementie

- Palliatieve zorg
 - VAZG- Palliatieve netwerken
 - VAZG- Dagcentra voor palliatieve verzorging

- Preventieve gezondheidszorg
 - VAZG- Partnerorganisaties
 - VAZG- Organisaties met terreinwerking
 - VAZG- Logo's
 - VAZG- Bedrijfsgezondheidszorg
 - VAZG- Individuele zorgaanbieders

- Thuiszorg
 - VAZG- Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg
 - VAZG- Diensten voor logistieke hulp
 - VAZG- Diensten voor gastopvang
 - VAZG- Diensten voor oppashulp
 - VAZG- Diensten voor thuisverpleging
 - VAZG- Lokale dienstencentra
 - VAZG- Regionale dienstencentra
 - VAZG- Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers
 - VAZG- Projecten in de thuiszorg
 - VAZG- Diensten Maatschappelijk Werk bij de ziekenfondsen

- Ziekenhuizen
 - VAZG- Algemene ziekenhuizen
 - VAZG- Psychiatrische ziekenhuizen

- Zorg voor personen met een beperking
 - VAPH- Tehuizen niet-werkenden
 - VAPH- Tehuizen werkenden
 - VAPH- Dagcentra
 - VAPH- Kortverblijf volwassenen en minderjarigen
 - VAPH- Begeleid wonen
 - VAPH- Zelfstandig wonen
 - VAPH- Thuisbegeleiding
 - VAPH- Beschermd wonen + Diensten Inclusieve Ondersteuning

Deze lijst is ondertussen echter gedateerd, mede door de vele sectorale beleidsinitiatieven (zie bijvoorbeeld het modulair kader in de bijzondere jeugdzorg, de installatie van de toegangspoort,...).

4 Wat is de kwaliteit van zorg per voorziening?

4.1 Doelstelling

Met dit scenario wenst de overheid op het niveau van de voorziening uitspraken te doen over de kwaliteit van de geleverde zorg bij een *steekproef* van voorzieningen.

4.2 Uitwerking

Hoe specifieker men uitspraken wenst te doen, hoe meer gebruikers men bij een bevraging zal moeten betrekken om het gewenste aantal voor representativiteit te bereiken.

4.3 Voor- en nadelen

Het belangrijkste voordeel is dat er zeer gericht gegevens verzameld worden en dat feedback op het niveau van de voorziening mogelijk is waardoor ook effectieve verandering gestimuleerd wordt. Bovendien kan men -indien men een interventie breed implementeert en dus introduceert in diverse voorzieningen- bij herhaalde metingen via de VCZM uitspraken doen over de effecten van interventies op de kwaliteit van zorg.

Een nadeel is dat dit -in vergelijking met de bovenstaande scenario's- het meest kostelijke en tijdrovende scenario is wanneer men dit breder wenst te implementeren. Ook dient er goed te worden nagedacht over welke selectie van voorzieningen men juist zal maken en welke motivatie men meegeeft aan de voorzieningen om mee te werken aan het onderzoek. Bovendien kan men moeilijker uitspraken doen over de gemiddelde kwaliteit van zorg (al dan niet per sector) aangezien voorzieningen met een groot aantal gebruikers sterker vertegenwoordigd zijn in het databestand. Dit kan echter wel worden opgevangen via het toepassen van multilevel analyses waarbij de sectoren/doelgroepen het eerste niveau, de voorzieningen het tweede niveau en de gebruikers het derde niveau uitmaken van de hiërarchie.

Hoofdstuk 13

Aandachtspunten bij elk scenario

1 Dataverzameling

1.1 Afnamemethode

Op het vlak van dataverzameling zijn er verscheidene methoden mogelijk. Elke keuze voor een bepaalde methode hangt samen met enkele voor- en nadelen. De verschillende methoden zijn:

- Schriftelijke afname
- Mondelinge afname:
 - Face-to-face interviews
 - Telefonische interviews
- Online bevraging
- Mixed method: een combinatie van bovenstaande methoden

In onderstaande tabel worden deze methodieken met elkaar vergeleken ("CQI Bijsluiter dataverzamelingmethoden," n.d.). Het is duidelijk dat er sterke verschillen zijn qua kostprijs, lengte van dataverzameling en responsgraad.

Tabel 18 Overzicht van de voor- en nadelen van verschillende afnamemethoden, zoals weergegeven in de CQI bijsluiter Dataverzamelingmethoden

	Schriftelijk	Mondeling	Online	Mixed
Kosten*	€€€	€€€€	€	€€
Privacy	Volledig anoniem door unieke codering	Zorgverleners kunnen vaak zien wie deelneemt	Volledig anoniem door unieke codering	Volledig anoniem door unieke codering
Lengte dataverzamelingsproces	± 10 weken	Afhankelijk van aantal interviews	± 3 à 10 weken	± 10 weken
Respons	Gem. 55% (Range: 20-80%)	Gem. 80% (Range: 56-98%)	Gem. 20% (Range: 8-30%)	Gem. 55% (Range: 20-80%)
Representativiteit	Vooraf ouderen en vrouwen	Sterk afhankelijk van de doelgroep	Vooraf jongeren en mannen ²⁰	Jongeren en mannen (online) en ouderen en vrouwen (schriftelijk)
Datakwaliteit	Kans op missende waardes/onjuist invullen	Lage kans op missende waardes	Lage kans op missende waardes ²¹	Kans op missende waardes bij schriftelijk, lage kans op missende waardes bij online

²⁰ We merkten tijdens de online bevraging van het eigen pilootonderzoek een oververtegenwoordiging op van hooggeschoolden. Ook vrouwen waren meer vertegenwoordigd dan mannen maar dit kan verklaard worden door het grotere aantal vrouwen dat zorg vraagt.

²¹ Wat betreft de respons merkten we op tijdens de online bevraging in het pilootonderzoek dat er een grote uitval was van respondenten na het invullen van 1 (of meerdere) webpagina's. De schriftelijke vragenlijst werd daarentegen meestal wel volledig tot het einde ingevuld.

	Schriftelijk	Mondeling	Online	Mixed
Algemeen Positief		Persoonlijk contact met geïnterviewde	Relatief grote groepen kunnen makkelijk worden bevraagd, Antwoorden zijn relatief snel terug	
Algemeen Negatief		Kans op intervieweffecten, Kans op sociaalwenselijke antwoorden	Moet beschikken over computer en internet, en kennis van internet	

** Een indicatie van de kosten is moeilijk te bepalen. Kosten hangen namelijk af van veel factoren. Denk hierbij bijv. aan de steekproefgrootte, de lengte van de gebruikte vragenlijst, de hoeveelheid gebruikte materialen (papier, enveloppen etc.), programmeringskosten (online) of uurloon interviewers (interviews). In het algemeen worden mondelinge interviews gehouden bij kleine steekproeven (bijv. N=30). Bij steekproeven vanaf N=150 kan het al interessant zijn om offertes voor online en mixed mode dataverzameling op te vragen.*

We merken op dat bij elk van de scenario's die geschetst werden in het voorgaande hoofdstuk, een vertekening zou kunnen plaatsvinden op het niveau van de voorzieningen en het niveau van de gebruikers.

Zo bestaat de kans dat slechts een vertekende selectie van *voorzieningen* meewerkt, nl. deze met een dienstverlening waarbij de gebruikers een hoge kwaliteit van zorg ervaren. Daarom is een zeer nauwe opvolging noodzakelijk om ook deze voorzieningen die een lagere kwaliteit van zorg bieden, te motiveren tot deelname aan het onderzoek. Enerzijds kan het aanleveren van feedback rapporten hierbij een mogelijke meerwaarde betekenen wanneer er ook daadwerkelijk acties uit kunnen voortvloeien die deze zorg verbeteren. Anderzijds kunnen feedback rapporten voorzieningen (met een lagere kwaliteit van zorg) juist ook afschrikken om mee te werken, zeker indien dit ervaren wordt als een vorm van controle. We dienen opnieuw in rekening te nemen dat een nauwe opvolging en het aanleveren van feedbackrapporten een extra investering vragen wat kosten met zich meebrengt. Om de kost ervan te beperken kan via een automatisch programma een rapport worden aangeleverd. De ontwikkeling van dit programma vormt echter ook een kost op zich.

Daarnaast bestaat de kans eveneens dat slechts een vertekende steekproef van *gebruikers* wordt geselecteerd door de voorzieningen, nl. deze waarvan men verwacht dat ze een goede beoordeling zullen geven. Ook hier dient aandacht naar uit te gaan. Idealiter zou de overheid een adressenbestand ter beschikking hebben van de gebruikers van de voorzieningen waarbij men zelf op toevallige wijze een representatieve steekproef van deze gebruikers aanschrijft. Het proces van het verzamelen van deze adressen vormt echter een extra kost die dan weer juist vermeden kan worden door de voorzieningen toch zelf de vragenlijsten te laten verspreiden. De verspreiding van de vragenlijst door de voorzieningen vereist voldoende expertise om de bevragingen op een gestandaardiseerde wijze te laten verlopen. De internationale voorbeelden maken duidelijk dat een onafhankelijk kwaliteitsinstituut hierin een essentiële rol kan spelen.

1.2 Van steekproef naar werkelijkheid: de gebruiker bereiken

Naast de methode van afname, moet er ook nagedacht worden op welke manier men de gebruiker zal bereiken. Hoe zal de gebruiker gecontacteerd en uitgenodigd worden voor deelname en wie neemt deze taak op zich?

- Schriftelijke afname: worden de vragenlijsten door de overheid per post verstuurd (wat leidt tot meer kosten en bovendien de beschikbaarheid van een adressenbestand veronderstelt) of worden deze rechtstreeks aan de gebruiker meegegeven door de voorziening (wat kan leiden tot bias)?
- Mondelinge afname: wie neemt deze interviews af? Worden de gebruikers op voorhand op de hoogte gebracht dat ze zullen geïnterviewd worden?
 - Face-to-face interviews
 - Telefonische interviews
- Online bevraging: op welke manier en via welke kanalen worden gebruikers uitgenodigd tot deelname? Dit kan o.a. via de overheid, via gebruikersorganisaties en via de voorzieningen zelf.

1.3 Weigeringen

Wanneer men voor een volgende bevragingencyclus de bevraging wenst te optimaliseren, kan het interessant zijn om ook een onderzoek te doen naar de weigeringen en deze te registreren en analyseren. Hoe beter het zicht op de redenen van weigering, hoe beter de bevraging kan worden afgestemd op het doelpubliek. Op deze manier kan men de responsgraad proberen verhogen. Daarnaast kunnen weigeringen ook een belangrijke indicatie geven over de duidelijkheid van de informatieverstrekking bij contactname van de gebruikers of de algemene bekendheid van de bevraging.

2 Meetfrequentie en moment van afname

2.1 Meetfrequentie

De frequentie van meten dient op voorhand te worden vastgelegd. Het is wenselijk om op een gestandaardiseerde manier te meten en vast te leggen om de hoeveel tijd er een bevraging zal plaatsvinden.

Er moet voldoende tijd voorzien zijn tussen de bevraging en bijhorende data-analyse en een tweede bevragingencyclus zodat de sectoren en voorzieningen verbeteringen kunnen doorvoeren op basis van hun resultaten. Een jaarlijkse bevraging in alle sectoren is hierdoor wellicht niet haalbaar, gezien de afname en verwerking van een bevraging reeds een half jaar in beslag kan nemen.

Andere opties zijn om te werken met langere bevragingencycli. Zo kan men bijvoorbeeld elke 3 jaar in alle sectoren een bevraging organiseren. Op deze manier heeft men minstens 1 jaar tijd om verbetertrajecten uit te zetten.

2.2 Moment van afname

In het algemeen onderscheidt men verschillende stappen in de hulpverlening: de aanmelding, het onthaal/verduidelijking van de zorgnood of hulpvraag, de begeleiding en eventueel opvolging(sgesprek).

Qua moment van afname van de bevraging zijn er dan ook meerdere keuzemogelijkheden:

- Bevraging gedurende een vaste periode in het jaar: hierbij bevrage men alle (of een steekproef van alle) gebruikers binnen een bepaalde periode. Op deze manier bevrage men gebruikers uit alle fasen van de hulpverlening.
- Bevraging na een bepaalde fase in de hulpverlening: men kan zich specifiek richten op één van de hulpverleningsfasen, bijvoorbeeld gebruikers die actief begeleid worden, of na de beëindiging van de hulpverlening. Deze keuze is echter niet realistisch in het geval van langdurige zorg.

Deze keuze dient gemaakt te worden na grondige analyse van wat men met de resultaten wenst te bereiken. Het is namelijk mogelijk dat gebruikers die net aangemeld zijn en op een wachtlijst staan een andere ervaring met de zorg zullen hebben dan gebruikers aan het einde van een traject.

3 Data-analyse

3.1 Verkrijgen databestand en opschoning

Er moeten op voorhand grondige afspraken worden gemaakt over de manier waarop het databestand zal worden verkregen. Wie controleert dit proces? Zijn het de voorzieningen die de gegevens invoeren in een databestand en dan doorsturen naar een instantie die de data-analyse verzorgt? Of komen de ruwe data rechtstreeks terecht bij de data verwerkers?

Dit hangt uiteraard ook samen met de methode van bevraging. Bij een online bevraging zijn de data meteen elektronisch beschikbaar in hetzelfde databestand, bij een papieren bevraging dienen deze nog ingevoerd te worden.

Daarnaast dient men ook rekening te houden met de opschoning van het verkregen databestand. Men moet alle data op dezelfde manier in het bestand verzamelen om te starten met de data-analyse. Daarnaast moet men een vooraf bepaalde strategie toepassen om met de missing data om te gaan (bijvoorbeeld het schrappen van de antwoorden van respondenten die meer dan 5% missing items hebben).

3.2 Wie doet de analyses?

Net zoals hierboven is het belangrijk om op voorhand afspraken te maken over de instantie die de data-analyse uitvoert. Hiervoor kan een externe partner worden gecontracteerd (zoals een onderzoeksbureau), of dit kan uitgevoerd worden door de overheid of de individuele sectoren zelf. Wel moet de onafhankelijkheid gegarandeerd worden zodanig dat de resultaten betrouwbaar zijn.

Een data-analyse van dergelijke omvang mag niet onderschat worden. Het is dan ook wenselijk om hiervoor voldoende capaciteit te voorzien. Uit de internationale voorbeelden leren we dat hiervoor op een onafhankelijk kwaliteitsinstituut een beroep wordt gedaan.

3.3 Databeveiliging

Voor een bevraging op grote schaal is het absoluut noodzakelijk dat de data voldoende beveiligd worden om de privacy van de respondenten te kunnen garanderen.

4 Rapportering

4.1 Wie rapporteert?

De eenvoudigste manier is om de rapportering te laten uitvoeren door dezelfde partij die de data-analyses doet, gezien deze stappen nauw met elkaar samenhangen.

4.2 Wat wordt er gerapporteerd en aan wie(niveaus)?

De volgende manieren van rapportering zijn mogelijk:

- Op voorzieningsniveau (berekend over de resultaten van alle respondenten in een voorziening):
 - Een overzicht van de gemiddelde scores per item en per thema, alsook de gemiddelde totale score
 - Een overzicht van de onderrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 1) en overrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 2)
 - Een situering van het eigen resultaat t.o.v. de gehele groep van voorzieningen in dezelfde sector
- Op sector- of zorgvormniveau (berekend over alle resultaten van alle voorzieningen in de sector of per zorgvorm):
 - Een overzicht van de gemiddelde scores per item en per thema, alsook de gemiddelde totale score
 - Een overzicht van de onderrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 1) en overrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 2)
 - Spreiding van resultaten binnen de voorzieningen van 1 sector/zorgvorm
 - Vergelijking van de bovenstaande resultaten tussen verschillende sectoren/zorgvormen
- Op het niveau van de hele Vlaamse zorgsector
 - Een overzicht van de gemiddelde scores per item en per thema, alsook de gemiddelde totale score
 - Een overzicht van de onderrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 1) en overrealisaties (voorkeursdiscrepantie Type 2)

Een rapportering op voorzieningsniveau zorgt bij de voorzieningen voor een grotere incentive om deel te nemen, aangezien zij zelf ook aan de slag kunnen met hun individuele resultaten. Anderzijds moet hierbij veel meer rekening worden gehouden met de anonimiteit. Als er in een voorziening slechts een beperkt aantal gebruikers werden bevraagd, is het mogelijk dat hulpverleners en directie weten wie deelgenomen heeft.

Hoofdstuk 14

Conclusie

De ervaren kwaliteit vanuit het perspectief van de gebruiker is één van de criteria om de kwaliteit van zorg te meten en te monitoren. Als gevolg hiervan zijn er de laatste jaren in alle sectoren van WVG instrumenten en tools ontstaan om het perspectief van de gebruiker op een systematische wijze te meten. De bestaande initiatieven en bevragingen zijn echter vooral gebonden aan één sector en/of één doelgroep. De Vlaamse overheid ambieert daarom de creatie van één uniforme tool die de generieke aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning op een systematische wijze over alle sectoren heen in kaart brengt en dit vanuit het gebruikersperspectief. Generieke aspecten zijn die aspecten die relevant en van toepassing zijn in alle zorg- en welzijnssectoren.

In de eerste fase van het project onderbouwen we de keuze waarom een nieuw instrument, de Vlaamse Cliëntzorgmonitor noodzakelijk is. De ontwikkeling van het instrument is volledig gebeurd in samenwerking met gebruikersorganisaties uit de verschillende sectoren van het beleidsdomein WVG. Samen met deze gebruikersorganisaties onderscheiden we alle relevante generieke aspecten van kwaliteit van zorg. Deze aspecten worden telkens in een stelling gegoten die door de gebruikers is gevalideerd. Het instrument zelf be vraagt de mate van realisatie en het belang van elk aspect. Op die manier kunnen sterktes en verbeterpunten geformuleerd worden op het niveau van (1) de voorziening, (2) de sector of (3) het Vlaams welzijns- en zorgbeleid.

In de tweede fase wordt op basis van een pilootonderzoek nagegaan over welke psychometrische en andere eigenschappen de finale versie van de VCZM beschikt. Via een online bevraging en via een schriftelijke bevraging via een steekproef van voorzieningen hebben in totaal 199 gebruikers deelgenomen. Uit de psychometrische analyses blijkt dat de VCZM een goede kwaliteit heeft. Het instrument kan voor vijf doelstellingen ingezet worden: (1) per item inzicht te krijgen over de realisatie en het belang ervan voor de gebruikers, (2) een gemiddelde score te berekenen over de waargenomen kwaliteit van zorg, hulp of ondersteuning, (3) de aspecten in kaart te brengen die men (zeer) belangrijk vindt maar zelden of nooit gerealiseerd worden, (4) een benchmarking te doen met andere organisaties of sectoren, (5) evoluties in de waargenomen kwaliteit van zorg over de tijd in kaart te brengen.

In de derde fase van het onderzoek worden een viertal scenario's gepresenteerd om de VCZM in Vlaanderen uit te rollen, met elk een andere vraagstelling:

- (1) Wat is de kwaliteit van zorg van alle WVG-voorzieningen?
- (2) Wat is de kwaliteit van zorg volgens de Vlaamse gebruiker?
- (3) Wat is de kwaliteit van zorg per sector/doelgroep?
- (4) Wat is de kwaliteit van zorg per voorziening?

Per scenario kan er worden geopteerd om aan de slag te gaan met een steekproef van een beperkt aantal gebruikers (bv. 3 tot 5 gebruikers) of een steekproef met een relatief groot aantal gebruikers (bv. 30 à 60). Het voordeel van een beperkte steekproefgrootte is dat dit kosten bespaart, het voordeel van een grotere steekproef is dat deze toelaat om resultaten tot op het niveau van de voorziening te berekenen. Uit de bespreking in de stuurgroep blijkt dat de eerste en vierde optie op korte termijn niet haalbaar zijn. De eerste optie vereist een veel te omvangrijke bevraging die een te hoge kostprijs heeft. De vierde optie is ook niet haalbaar, omdat het volgens het huidige kwaliteitsdecreet niet mogelijk is om

een instrument op te leggen aan alle voorzieningen. Het kwaliteitsdecreet vraagt wel aan voorzieningen om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning te monitoren, maar over de wijze waarop dit dient te gebeuren, beslist de voorziening zelf. De VCZM kan dus op korte termijn gebruikt worden om een bevraging op te zetten in een steekproef van voorzieningen per sector.

De VCZM past perfect in een persoonsgerichte zorg waarbij het perspectief van de gebruiker centraal geplaatst wordt in de visie op kwaliteit van zorg. Het instrument sluit aan bij de visie van de SAR WGG over kwaliteit van zorg en ondersteuning. De selectie van items en de woordkeuze is gebaseerd op het oordeel van de eindgebruikers. De mogelijkheid om de discrepantie te meten tussen wat mensen zelf belangrijk vinden en de feitelijke realisatie in de aangeboden zorg en ondersteuning maken het instrument bijzonder bruikbaar om verbeterpunten te detecteren en bijsturing op een doelgerichte wijze te realiseren.

Literatuuroverzicht

- Andersen, R. M. (n.d.). National Health Services and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46.
- Asmoredjo, J., Sixma, H., Plass, A. M., Rademakers, J., Wassie, N., Bokhoven, R. Van, ... Nederkorn, A. (2013). *Culturele validatie van vier CQI meetinstrumenten*. Utrecht.
- Benbenishty, R., & Shul, Y. (1987). Client-therapist congruence of expectations over the course of therapy. *Britisch Journal of Clinical Psychology*, 26, 17–24.
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & VonKorff, M. (2002, June). Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Services Research*.
- Carballo, M., Divino, J. J., & Zeric, D. (1998). Migration and health in the European Union. *Tropical Medicine & International Health : TM & IH*, 3(12), 936–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9892278>
- Care Quality Commission. (n.d.). Retrieved from <http://www.cqc.org.uk/>
- CKZ. (n.d.). CQI-vragenbank. Retrieved from <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/vragenlijsten/cqi-vragenbank.html>
- Coyle, J., & Williams, B. (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 450–459.
- CQI Bijsluiter dataverzamelmethode. (n.d.). Retrieved from <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/cqi-richtlijnen/cqi-bijsluiters.html>
- D’Avernas, J., & Hirdes, J. (2012). Measuring quality of life: A self-reported survey. *Long Term Care*, 8–12.
- Databank Nederlands Jeugdinstituut. (n.d.). Retrieved from <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen-Instrumenten/>
- Database Meetinstrumenten in de zorg, Zuyd Hogeschool. (n.d.). Retrieved from <http://www.meetinstrumentenzorg.nl>
- De Clercq, O., Hoste, V., Desmet, B., Van Oosten, P., De Cock, M., & Macken, L. (2012). Using the crowd for readability prediction. *Natural Language Engineering*, 20(03), 293–325. doi:10.1017/S1351324912000344
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. The Health Foundation. Retrieved from <http://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care/>
- De Witte, L., Schoot, T., & Proot, I. (2006). Development of the client-centered care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 62–68.
- Debono, D., & Travaglia, J. (2009). *Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of literature*. Centre for Clinical Governance research in health Sydney.
- Douma, W. H. (1960). De leesbaarheid van landbouwbladen; een onderzoek naar en een toepassing van leesbaarheidsformules. *Bulletin Afdeling Sociologie En Sociografie van de Landbouwhogeschool Wageningen*, (17).
- Epstein, a M., Hall, J. a, Tognetti, J., Son, L. H., & Conant, L. (1989). Using proxies to evaluate quality of life. Can they provide valid information about patients’ health status and satisfaction with medical care? *Medical Care*, 27(3 Suppl; advances in health status assessment:conference proceedings), S91–98.
- ETHEALTH. (2011). *Naar een interculturele gezondheidszorg*.

- Eurostat. (2011). *Migrants in Europe. A statistical portrait of the first and second generation*. Eurostat European Commission.
- Garrat, A., Solheim, E., & Danielsen, K. (2008). *National and crossnational surveys of patient experiences: a structured review*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo.
- Grietens, H., Hoppenbrouwers, K., Desoete, A., Wiersema, R., & Van Leeuwen, K. (2010). *JOnG! Theoretische achtergronden, onderzoeksopzet en verloop van het eerste meetmoment*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Gundlach, R. P., & James, N. (1983). A scale for the measurement of consumer satisfaction with social services. *Journal of Social Service Research*, 7(1), 37–54.
- Handboek Eisen en Werkwijzen CQI-metingen. (n.d.). Retrieved from <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/cq-index/handboek+cqi-metingen>
- Harttgen, K., & Klasen, S. (2008). *Well-being of Migrant Children and Migrant Youth in Europe*. Ibero-Amerika Institut für Wirtschaftsforschung.
- Hawthorne, G. (2006). *Review of patient satisfaction measures* (pp. 225–290.). Australian Government Department of Health and Ageing.
- Hedebouw, G., & Peetermans, A. (2009). *Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaams Gewest*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Het kind in Vlaanderen*. (2012). Kind en Gezin.
- Hoffmann, F., Maas, F., Rodrigues, R., Bruckmüller, A., Gross, S., Kattnigg, A., ... Mak, S. (2010). *Measuring Progress: Indicators for Care Homes*. Retrieved from http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf
- Hopman, P., de Boer, D., & Rademakers, J. (2011). *Kennisvraag: Wat heeft 5 jaar CQ index opgeleverd*. NIVEL.
- Inpatient NHS Survey 2013. (n.d.). Retrieved from <http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/surveys/inpatient-survey-2013>
- Kennisbank Jeugdzorg Nederland. (n.d.). Retrieved from <http://www.jeugdzorgnederland.nl/kennisbank/>
- KiesBeter. (n.d.). Retrieved from <http://www.kiesbeter.nl>
- Kissane, R. J. (2003). What's need got to do with it? Barriers to use of nonprofit social services. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 30(2), 127–148.
- Kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. (n.d.). Retrieved from <http://www.codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1011700.html>
- Kwaliteitsinstituut Nederland. (n.d.). Retrieved from <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut>
- Ladhari, R. (2008). Alternative measures of service quality: a review. *Managing Service Quality*, 18(1), 65–86.
- Laerum, E., Steinea, S., & Finset, A. (2004). The Patient Perspective Survey (PPS): a new tool to improve consultation outcome and patient involvement in general practice patients with complex health problems. Psychometric testing and development of a final version. *Patient Education and Counseling*, 52(2), 201–207.

- Lindert, J., Schouler-Ocak, M., Heinz, a, & Priebe, S. (2008). Mental health, health care utilisation of migrants in Europe. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23 Suppl 1, 14–20. doi:10.1016/S0924-9338(08)70057-9
- Lokale Inburgerings- en Integratiemonitor. (n.d.). Retrieved from <http://aps.vlaanderen.be/lokaal/integratiemonitor.html>
- Maes, B., Baert, H., Molleman, C., Geeraert, L., Van den Bruel, B., & Samoy, E. (1997). *Oog voor kwaliteit: een orthopedagogisch referentiekader voor de kwaliteitsbewaking van de zorg- en dienstverlening binnen (semi-)residentiële voorzieningen voor personen met een handicap*. KU Leuven, Leuven.
- Maternity Services NHS Survey 2013. (n.d.). Retrieved from <http://www.cqc.org.uk/content/maternity-services-survey-2013>
- McMurtry, S. L., & Hudson, W. W. (2000). The client satisfaction inventory: results of an initial validation study. *Research on Social Work Practice*, 10(5), 644–663.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 705–712. doi:10.1007/s00127-009-0109-2
- Mommaerts, S., Vanderfaeillie, J., & Grietens, H. (2008). *Evaluatie Time-outprojecten Bijzondere jeugdbijstand*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Morren, R. (2011). *Hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg: empirisch onderzoek naar patiententevredenheid*. Universiteit Gent.
- Nathorst-Böös, J., Munck, I. M., Eckerlund, I., & Ekfeldt-Sandberg, C. (2001, June). An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983, January). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*.
- NHS Surveys. (n.d.). Retrieved from <http://www.nhssurveys.org/surveys>
- Noppe, J., & Lodewijckx, E. (2012). *De gekleurde samenleving. Personen van vreemde herkomst in Vlaanderen*. (pp. 1–13). Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Rapport 2012/3.
- Norredam, M., Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review. *European Journal of Public Health*, 20(5), 555–63. doi:10.1093/eurpub/ckp195
- OECD. (2013a). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: raising standards*. OECD Publishing.
- OECD. (2013b). Quality of health care in Sweden. In *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013*. OECD Publishing.
- Piessens, A., & Hillaert, I. (2013). *En toen begonnen de bellen te rinkelen. Een evaluatieonderzoek naar de crisisjeugdhulp, vanuit een multi-actorperspectief*. Onderzoekscentrum Kind & Samenleving, Brussel.
- Poelman, M., Hermans, K., & Van Audenhove, C. (2011). *Ontwikkeling van indicatoren in het kader van doelstelling 12 "Zorg" van het Pact 2020*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- PROQOLID database. (n.d.). Retrieved from <http://www.proqolid.org>
- Rapport tevredenheidsmeting bij limburgse OCMW-cliënten*. (2004). Retrieved from http://www.vvsg.be/sociaal_beleid/Lokaal_Sociaal_Beleid/sociaalhuis/Documents/Rapport_Tevredenheidsmeting+Limburgse+OCMW's.pdf

- Recommendation 18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society.* (2006). Council of Europe. Retrieved from <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>
- Shemwell, D. J., & Yavas, U. (1999). Measuring service quality in hospitals: scale development and managerial applications. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 7(3), 65–75.
- Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The Dimensions of Service Quality For Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. *Health Care Management Review*, 26(2), 47–59.
- The GP patient survey. (n.d.). Retrieved from <http://www.gp-patient.co.uk/questionnaires/>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological Medicine*, 29.
- Van 't land, H., Grolleman, J., Mutsaers, K., & Smits, C. (2008). *Tendrapport ggz 2008. Deel 2 Toegang en zorggebruik*. Trimbosinstituut.
- Van Audenhove, C., Carlassara, V., De Brouwere, J., & Vijverman, J. (1996). *Chronische psychiatrische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg: nieuwe mogelijkheden*. Leuven: Acco.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., ... Vertommen, H. (2001). The care perception questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(2), 120–129.
- Van Campen, C., Sixma, H., Friele, R. D., Kerssens, J. J., & Peters, L. (1995, March). Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review : MCRR*.
- Van den Berg, M., Vanderfaeillie, J., & Grietens, H. (2009). *Effectevaluatie Spreekuur volgens de methodiek van Triple P en vergelijking met het huidige Spreekuur Opvoedingsondersteuning*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., ... Vertommen, H. (1999). De vragenlijst 'Visie op Zorg': een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek-Wijzer*, 1, 13–25.
- Van Loon, J., van Hove, G., Schalock, R., & Claes, C. (2008). Website Persoonlijke ondersteunings-uitkomstenschaal. Retrieved from <http://www.poswebsite.org>
- Van Mechelen, I. (1989). *Schematisatie van cliëntvoorkeuren*. KU Leuven.
- Van Oosten, P., Tanghe, D., & Hoste, V. (2010). Towards an Improved Methodology for Automated Readability Prediction. In *In N. Calzolari, K. Choukri, B. Maegaard, J. Mariani, J. Odijk, S. Piperidis, M. Rosner, et al. (Eds.), LREC 2010 : seventh conference on international language resources and evaluation (pp. 775–782)*.
- Van Robaey, V., Vranken, J., Perrin, N., & Martiniello, M. (2007). *Armoede bij personen van buitenlandse herkomst. Rapport van een onderzoek over de relatie tussen migratie en armoede*. Koning Boudewijnstichting.
- Vandamme, R., & Leunis, J. (1993). Development of a multiple item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3), 30–49.
- Vandeuren, J., Lieten, I., & Peeters, K. (2010). *Conceptnota Vlaams Medisch Centrum ViA Doorbraak Warme Samenleving*. Retrieved from [http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/Conceptnota Vlaanderen Medisch Centrum.pdf](http://www.flanderscare.be/sites/default/files/Uploads/Conceptnota_Vlaanderen_Medisch_Centrum.pdf)
- Vanduynslager, L., Wets, J., Noppe, J., & Doyen, G. (2013). *Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2013*.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2007). Organizational and individual level determinants of stigmatization in mental health services. *Community Mental Health Journal*, 43.

- Verklaring van Amsterdam. (n.d.). Retrieved from http://www.mfh-eu.net/pubic/european_recommendations.htm
- Visienota SAR WGG Maatschappelijk Verantwoorde Zorg. (n.d.). Retrieved from <http://www.sarwgg.be/sarwgg/publicatie/visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg>
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid - Kwaliteit en Indicatoren. (n.d.). Retrieved from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit-en-indicatoren/>
- Vlaamse Patiëntenpeiling. (n.d.). Retrieved from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit/vpp.html>
- Vleugels, A. (2004). Aanbevelingen voor veilige zorg. *Acta Hospitalia*, 44(3), 5 – 19.
- Vrijhoef, H. J. M., Berbee, R., Wagner, E. H., & Steuten, L. M. G. (2009, December). Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00557.x
- Walburg, J. (2003). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer.
- Website PROGRESS programme 2007-2013. (n.d.). Retrieved from <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327>
- Website zorginstituut Nederland: CQI vragenlijsten. (n.d.). Retrieved from <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/cq-index/cqi-vragenlijsten>
- WHO. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York*.
- WHO. (2008). *The Right to Health*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, WHO.
- Willems, S., Desmet, A., Poppe, A., Hermans, K., Verlinde, E., Van Audenhove, C., & De Maeseneer, J. (2011). *KANS: theoretische achtergronden en onderzoeksopzet*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Zorgbalans Nederland. (n.d.). Retrieved from <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/>
- Zorginspectie. (n.d.). Participatie van de jongere in de Bijzondere Jeugdzorg en de gemeenschapsinstellingen. Retrieved from <http://www4.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/Pages/Home.aspx>

Bijlagen

Bijlage A: Overzicht van de geëxcludeerde instrumenten binnen WVG, de bronnen, de doel(groep) en de reden van uitsluiting	135
Bijlage B: Overzicht van de geïdentificeerde instrumenten uit de literatuur die werden geëxcludeerd	137
Bijlage C: Representatie van de verschillende generieke thema's in de geïnccludeerde generieke vragenlijsten	147
Bijlage D: Brief aan en vragenlijst voor de geselecteerde gebruikers uit de pilootfase	149
Bijlage E: Brief aan de geselecteerde voorzieningen uit de pilootfase	175
Bijlage F: Email aan de gebruikersorganisaties ter verspreiding van de online vragenlijst in de pilootfase	177
Bijlage G: Toestemmingsformulier voor de ouder of voogd	179
Bijlage H: Toestemmingsformulier voor de jongere	181
Bijlage I: Overzicht van de voorzienings- en activiteitstypes van de voorzieningen waarvan minstens één respondent deelnam aan de schriftelijke bevraging	183
Bijlage J: Descriptieve statistieken, frequenties (%) en het aantal niet ingevulde antwoorden voor de 'realisatie' items (gehele steekproef)	185
Bijlage K: Descriptieve statistieken, frequenties (%) en het aantal niet ingevulde antwoorden voor de 'belang' items (gehele steekproef)	187
Bijlage L: Interpretatie van Bijlage J en Bijlage K	189
Bijlage M: Exploratieve factoranalyses	191
Bijlage N: Betrouwbaarheid van schalen die de realisatie van kwaliteitsvolle zorg meten	193
Bijlage O: Voorkeursdisconfirmaties Type 1 en Type 2 (in %)	195
Bijlage P: De finale VCZM	197

Bijlage A: Overzicht van de geëxcludeerde instrumenten binnen WVG, de bronnen, de doel(groep) en de reden van uitsluiting

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Vlaamse Patiënten Peiling	("Vlaamse Patiëntenpeiling," n.d.)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
InterRAI 'Kwaliteit van Leven'	(D'Avernas & Hirdes, 2012)	Metten van ervaringen van bewoners in een woonzorgcentrum	Niet generiek toepasbaar
HINT-vragenlijst	Ter beschikking gesteld door organisatie	Tevredenheidsvragenlijst voor de jongere en de begeleider	Vragenlijst met enkel open vragen
Participatie-bevraging van jongeren door Zorginspectie	(Zorginspectie, n.d.)	Interview met jongere om na te gaan in hoeverre die kan participeren in de voorziening van de Bijzondere Jeugdzorg	Geen vragenlijst die door de gebruiker ingevuld kan worden, Niet generiek toepasbaar
Evaluatie van crisisjeugdhulp door Kind en Samenleving	(Piessens & Hillaert, 2013)	Interviews met jongeren en ouders in de crisisjeugdhulp over hun ervaringen met deze hulp	Geen vragenlijst die zelfstandig door de gebruiker kan ingevuld worden
Vragenlijsten steunpunt Jeugdhulp (meerdere)	Contact via Dieter Callens en Wederik de Meersman	Instrumenten gebruikt door de thuisbegeleidingsdiensten om cliëntentevredenheid te bevragen	Nog geen informatie over ontvangen
De Cocon: Beoordelingsschaal voor tevredenheid en effect (BESTE)	("Databank Nederlands Jeugdinstituut," n.d.)	Tevredenheid van ouders, jongeren en hulpverleners over ontvangen hulp in jeugdzorg of jeugdgezondheidszorg	Niet generiek toepasbaar
Terra-vragenlijst	Ter beschikking gesteld door organisatie	Tevredenheidsmeting bij cliënten van thuisbegeleidingsdienst	Niet generiek toepasbaar
Pleegzorg Limburg- vragenlijst	Ter beschikking gesteld door organisatie	Tevredenheidsbevraging bij ex-pleegkinderen >14j	Niet generiek toepasbaar
Alba-vragenlijsten	Ter beschikking gesteld door organisatie	Evaluatie van de ondersteunende begeleiding, door de jongere en de voorziening	Niet generiek toepasbaar

Den Engel-vragenlijsten	Ter beschikking gesteld door organisatie	Evaluatie van de dienst door de cliënt, bij het verlaten van de leefgroep, studio of begeleid zelfstandig wonen	Niet generiek toepasbaar
Daidalos-vragenlijsten	Ter beschikking gesteld door organisatie	Evaluatie van dagcentrumwerking, crisishulp aan huis en thuisbegeleiding door jongere en ouders	Niet generiek toepasbaar
Wingerdbloei-vragenlijst	Ter beschikking gesteld door organisatie	Evaluatie van het hulpverleningsaanbod aan jongeren in problematische opvoedingsituaties	Niet generiek toepasbaar
K&G Triple P-vragenlijst	Verkregen via K&G	Bevragen van klanttevredenheid bij gebruik van het opvoedingsprogramma Triple P	Niet generiek toepasbaar
K&G Vragenlijst Kinderopvang-onderzoek	(Hedebouw & Peetermans, 2009)	Tevredenheid van ouders met de kinderopvang	Niet generiek toepasbaar
K&G Möbius-vragenlijst	Verkregen via K&G	Tevredenheid van ouders met de K&G-telefoonlijn	Niet generiek toepasbaar
K&G brochure 'Voeding en Beweging' vragenlijst	Verkregen via K&G	Focusgroepen met ouders en regioverpleegkundigen over voeding en beweging en de rol van K&G	Geen vragenlijst die door de gebruiker kan ingevuld worden, niet generiek toepasbaar
K&G Censydiam-vragenlijst	Verkregen via K&G	Bekendheid van en tevredenheid met de dienstverlening van K&G (door ouders)	Niet generiek toepasbaar
K&G noden en preferenties in preventieve zorg	Verkregen via K&G	Metten van noden en verwachtingen bij gebruik van K&G door ouders met jonge kinderen	Niet generiek toepasbaar
VAPH oog voor kwaliteit-instrument	(Maes et al., 1997)	Kwaliteitsevaluatie op het niveau van de voorzieningen in de gehandicaptenzorg	Geen zicht op eigenlijke vragenlijst

Bijlage B: Overzicht van de geïdentificeerde instrumenten uit de literatuur die werden geëxcludeerd

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Consumer Quality-index (CQI)	(Hopman, de Boer, & Rademakers, 2011)	Verschillende versies voor diverse populaties	Meerdere vragenlijsten, afzonderlijke vragenlijsten zijn niet generiek toepasbaar want toegespitst op 1 doelgroep
Personal Outcome Scale (POS)	(van Loon, van Hove, Schalock, & Claes, 2008)	Kwaliteit van bestaan van een persoon in kaart brengen (QOL)	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Niet generiek toepasbaar
Assessment of Chronic Illness care (ACIC)	(Bonomi, Wagner, Glasgow, & VonKorff, 2002)	Kwaliteit verbeteren in organisaties die zorg en ondersteuning bieden bij chronische ziekten	Geen vragenlijst die zelfstandig door de gebruiker kan worden ingevuld, Geen gebruikersperspectief
Quality from the patients' perspective Questionnaire (QPP)	(Nathorst-Böös, Munck, Eckerlund, & Ekfeldt-Sandberg, 2001)	Gebruikt bij Gynaecologie	Niet generiek toepasbaar
Quality, Satisfaction, Performance-model (QSP)	(Nathorst-Böös et al., 2001)	Gebruikt bij Gynaecologie	Niet generiek toepasbaar
SERVQUAL	(Ladhari, 2008)	Consumentenperceptie van diverse diensten bevragen	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
Afgeleide 1 van SERVQUAL	(Vandamme & Leunis, 1993)	Patiënten van een hospitaal	Niet generiek toepasbaar
Afgeleide 2 van SERVQUAL	(Shemwell & Yavas, 1999)	Patiënten van een hospitaal	Niet generiek toepasbaar
Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals (KQCAH)	(Sower, Duffy, Kilbourne, Kohers, & Jones, 2001)	Patiënten van een hospitaal	Niet generiek toepasbaar
(Naamloos)	(Coyle & Williams, 2001)	Patiënten van een hospitaal	Niet generiek toepasbaar

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Quality of Life index (QLI)	("PROQOLID database," n.d.)	Health-related QOL meten	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
Quality of Life Inventory (QOLI)	("PROQOLID database," n.d.)	Health-related QOL meten	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
Quality of end-of-life care and satisfaction with treatment (QUEST)	("PROQOLID database," n.d.)	Terminale patiënten	Niet generiek toepasbaar
Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive technology (QUEST 2.0)	("PROQOLID database," n.d.)	Gebruikerstevredenheid bij hulpmiddelen	Niet generiek toepasbaar
Satisfaction Profile (SAT-P)	("PROQOLID database," n.d.)	Health-related QOL meten in een ziekenhuissetting	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Niet generiek toepasbaar
Treatment satisfaction with medicines questionnaire (SATMED-Q)	("PROQOLID database," n.d.)	Tevredenheid met chronisch medicijngebruik	Niet generiek toepasbaar
Treatment Satisfaction Questionnaire for medication (TSQM)	("PROQOLID database," n.d.)	Tevredenheid met medicijngebruik	Niet generiek toepasbaar
Service Satisfaction Scale (SSS-30)	("PROQOLID database," n.d.)	Tevredenheid in GGZ en middelenmisbruik	Niet generiek toepasbaar
Palliative Care Outcome scale (POS)	("Database Meetinstrumenten in de zorg, Zuyd Hogeschool," n.d.)	Health-related QOL meten in de palliatieve zorg	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Niet generiek toepasbaar
KWAZO	("Database Meetinstrumenten in de zorg, Zuyd Hogeschool," n.d.)	Tevredenheid over de verstrekking van een hulpmiddel	Niet generiek toepasbaar

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Reid-Gundlach Social Service Satisfaction (RGSSS)	(Gundlach & James, 1983)	Tevredenheid met social services	Niet generiek toepasbaar
Patient Perspective Survey (PPS)	(Laerum, Steinea, & Finset, 2004)	Instrument om consultatie-outcome te verbeteren en participatie van patiënten te bevorderen	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Niet generiek toepasbaar
Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)	(van Campen et al., 1995)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Patient Judgement of Hospital Quality instrument (PJHQ)	(van Campen et al., 1995)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Satisfaction with physician and primary care scale (SPPCS)	(van Campen et al., 1995)	Attitudes van patiënten over huisartsen en eerstelijnszorg	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
Maastricht meetinstrument tevredenheid terminale zorg (MITTZ)	(Debono & Travaglia, 2009)	Tevredenheid bij persoon met terminale ziekte en zijn naaste	Niet generiek toepasbaar
Practice Accreditation and improvement survey (PAIS)	(Debono & Travaglia, 2009)	Tevredenheid van patiënten bij de huisarts	Te weinig informatie beschikbaar, Instrument niet online beschikbaar
Satisfaction with hospital care questionnaire (SHCQ)	(Debono & Travaglia, 2009)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Patient-centred inpatient scale (P-CIS)	(Debono & Travaglia, 2009)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Consumer assessment of healthcare providers and systems (CAHPS)	(Debono & Travaglia, 2009)	Verschillende versies voor diverse populaties	Meerdere vragenlijsten, afzonderlijke vragenlijsten zijn niet generiek toepasbaar want toegespitst op 1 doelgroep

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
(naamloos)	(Debono & Travaglia, 2009)	Percepties meten van patiënten over de ontvangen zorg in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
(naamloos)	(Debono & Travaglia, 2009)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Picker Instruments	(Garraat et al., 2008)	Verschillende versies voor verschillende populaties	Meerdere vragenlijsten, afzonderlijke vragenlijsten zijn niet generiek toepasbaar want toegespitst op 1 doelgroep
Outpatient experiences questionnaire (OPEQ)	(Garraat et al., 2008)	Patiëntenevaluatie van ambulante zorg verkregen in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Psychiatric inpatients experiences questionnaire (PIPEQ)	(Garraat et al., 2008)	Ervaringen van psychiatrische patiënten met de residentiële zorg	Informatie enkel beschikbaar via Noors tijdschrift
Psychiatric Outpatient Experiences Questionnaire (POPEQ)	(Garraat et al., 2008)	Ervaringen van psychiatrische patiënten met ambulante zorg	Niet generiek toepasbaar
Patient Experiences Questionnaire	(Garraat et al., 2008)	Ervaringen van patiënten met residentiële ziekenhuiszorg	Niet generiek toepasbaar
Parent Experiences of Paediatric Care Questionnaire (PEPC)	(Garraat et al., 2008)	Ervaringen van ouders met kinderen in pediatrie residentiële zorg	Niet generiek toepasbaar
Canadian community health survey	(Garraat et al., 2008)	Survey over gezondheidszorg in het algemeen	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
The commonwealth fund national surveys	(Garraat et al., 2008)	Peilt naar gezondheid en financiële situatie van ouderen	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief
Unit of patient evaluation Denmark	(Garraat et al., 2008)	Ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
WHO multicountry study on health and responsiveness (RHSQ)	(Garraat et al., 2008)	Meet respect en cliënt-georiënteerdheid in de zorg	Te uitgebreid voor dit project

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Quality of care through patients' eyes (QUOTE)	(Garraat et al., 2008)	Tevredenheid over huisartsen en eerstelijns	Niet generiek toepasbaar
EUROPEP	(Garraat et al., 2008)	Tevredenheid over huisartsen	Niet generiek toepasbaar
Patient assessment of chronic illness care (PACIC)	(Vrijhoef et al., 2009)	Tevredenheid van chronisch zieke patiënten over de zorg die ze ontvangen	Niet generiek toepasbaar
Medical interview satisfaction scale (MISS-21)	(Vrijhoef et al., 2009)	Patiëntentevredenheid met individuele dokter-patiënt consultaties	Niet generiek toepasbaar
Patient Satisfaction Interview (PSI)	(Vrijhoef et al., 2009)	Ervaringen van patiënten met levensbedreigende ziekte in ziekenhuissetting	Te weinig informatie beschikbaar, instrument niet gevonden
Evaluation Ranking Scale (ERS)	(Vrijhoef et al., 2009)	Evaluatie in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar
Patient satisfaction with health care provider scale (PSHCPS)	(Vrijhoef et al., 2009)	Vergelijken van patiëntentevredenheid met diverse disciplines binnen dezelfde primary care setting	Niet generiek toepasbaar
PSH	(Vrijhoef et al., 2009)	Te weinig informatie beschikbaar	Geen informatie beschikbaar, instrument niet gevonden
Naamloos	(Mead & Bower, 2000)	Communicatie van artsen met patiënten verbeteren	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Geen gebruikersperspectief
Eurocommunication scale	(Mead & Bower, 2000)	Communicatie van artsen met patiënten verbeteren	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Geen gebruikersperspectief

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Naamloos	(Mead & Bower, 2000)	Communicatie van artsen met patiënten verbeteren	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Geen gebruikersperspectief
Naamloos	(Mead & Bower, 2000)	Communicatie van artsen met patiënten verbeteren	Geen kwaliteit van de zorg volgens gebruikersperspectief, Geen gebruikersperspectief
Vragenlijst Visie op Zorg	(Van Humbeeck et al., 1999)	Noden en behoeften van chronische psychiatrische patiënten in hun hulpverlening	Niet generiek toepasbaar
C-toets pleegzorg (P-toets)	("Kennisbank Jeugdzorg Nederland," n.d.)	Evaluatie van ouders en jongeren over de pleegzorg	Niet generiek toepasbaar
Beoordelingsschaal voor tevredenheid en effect (BESTE)	("Databank Nederlands Jeugdinstituut," n.d.)	Tevredenheid van ouders, hulpverleners en aanmelders met de ontvangen hulp in jeugdzorg of jeugdgezondheidszorg	Niet generiek toepasbaar, Geen gebruikersperspectief van de jongere zelf
GGZ Jeugdthermometer	("Databank Nederlands Jeugdinstituut," n.d.)	Tevredenheid van jongere, ouders, en ouder in begeleiding over GGZ en verslavingszorg	Te weinig informatie over gevonden, vragenlijst niet ter beschikking
Kwaliteitstoolkit voor de residentiële jeugdzorg	("Databank Nederlands Jeugdinstituut," n.d.)	Overlegmodel voor jongeren van de residentiële groep, de pedagogisch medewerkers, gedragswetenschapper en leidinggevende van het team.	Niet generiek toepasbaar, geen vragenlijst
Oordeel over de ontvangen behandeling (OOB)	(Morren, 2011)	Tevredenheid in de residentiële setting van psychiatrisch ziekenhuis	Niet generiek toepasbaar
Vlaamse patiëntenpeiling (VPP)	("Vlaamse Patiëntenpeiling," n.d.)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Niet generiek toepasbaar

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Consultation Satisfaction Questionnaire (ConsultSQ)	(Hawthorne, 2006)	Tevredenheid met consultatie bij huisarts	Niet generiek toepasbaar
La Monica-Oberst patient satisfaction scale (LOPSS)	(Hawthorne, 2006)	Tevredenheid met verpleegzorg	Primair artikel niet toegankelijk, Vragenlijst zelf niet beschikbaar
Linder-Peltz Doctor conduct, general satisfaction and convenience scales	(Hawthorne, 2006)	Weinig informatie over bekend	Te weinig beschreven
Patient visit rating questionnaire (PVRQ, RAND-9)	(Hawthorne, 2006)	Tevredenheid met medische consultatie	Primair artikel niet toegankelijk, te weinig informatie bekend
The GP patient survey	("The GP patient survey," n.d.)	Metten van ervaringen van patiënten bij huisarts	Niet generiek toepasbaar
Ambulatory Care Experiences Survey	(de Silva, 2014)	Metten van ervaringen van patiënten bij huisarts	Niet generiek toepasbaar
Baker and Taylor Measurement Scale	(de Silva, 2014)	Tevredenheid in ziekenhuissetting	Primair artikel niet toegankelijk, te weinig informatie bekend
Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ)	(de Silva, 2014)	Tevredenheid bij de huisarts	Niet generiek toepasbaar
Euro Health Consumer Index	(de Silva, 2014)	Audittool om de kwaliteit van de zorg te meten in Europa op het vlak van patiëntenrechten, e-health, behandelingswachtijden, outcomes, Bereik van de diensten, pharmaceuticals	Geen gebruikersperspectief

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
General Practice Assessment Survey (GPAS / GPAQ)	(de Silva, 2014)	Tevredenheid bij huisarts	Niet generiek toepasbaar
Global Rating Scale	(de Silva, 2014)	Ervaringen bij colonoscopie	Niet generiek toepasbaar
Hong Kong Inpatient Experience Questionnaire	(de Silva, 2014)	Patiëntenervaringen met verblijf in het hospitaal	Niet generiek toepasbaar
Improving Practice Questionnaire (IPQ)	(de Silva, 2014)	Te weinig informatie beschikbaar	Primair artikel niet beschikbaar, te weinig informatie bekend
Irish National Perception of Quality of Care Survey	(de Silva, 2014)	Gebruikersperspectief over de kwaliteit van de zorg in hospitaal	Niet generiek toepasbaar
Newcastle Satisfaction with Nursing Scale	(de Silva, 2014)	Tevredenheid en ervaringen met verpleegzorg	Niet generiek toepasbaar
NHS National Adult Inpatient Survey	(de Silva, 2014)	Ervaringen als opgenomen patiënt in hospitaal	Niet generiek toepasbaar
Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation (PEECH)	(de Silva, 2014)	Ervaring van zorg op emotioneel vlak gedurende hospitalisatie	Niet generiek toepasbaar

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
Patient Measure of Safety (PMOS)	(de Silva, 2014)	Veiligheid meten in hospitaalsetting	Niet generiek toepasbaar
Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) – ander instrument dan Van Campen 1995 -	(de Silva, 2014)	Tevredenheid van patiënten in huisartsensetting	Niet generiek toepasbaar
Patient Satisfaction Scale	(de Silva, 2014)	Satisfaction with nursing care	Te weinig informatie beschikbaar, geen zicht op de eigenlijke vragenlijst
Patient's Assessment of Quality Scale	(de Silva, 2014)	Tevredenheid met verpleegzorg	Niet generiek toepasbaar
Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS)	(de Silva, 2014)	Patiëntenperspectief op informatie die patiënten noodzakelijk achten voor ontslag uit en informatie die ze ontvangen hebben.	Te weinig informatie beschikbaar, geen zicht op eigenlijke vragenlijst
Questionnaire for satisfaction of hospitalised (QSH) patients	(de Silva, 2014)	Tevredenheid van gehospitaliseerde patiënten	Niet generiek toepasbaar
Survey of Healthcare Experiences of Patients (SHEP)	(de Silva, 2014)	Tevredenheid van veteranen met ambulante zorg en dienstverlening	Te weinig informatie beschikbaar, geen zicht op eigenlijke vragenlijst
Tucker Culturally Sensitive Health Care Clinic Environment Inventory - Patient Form	(de Silva, 2014)	Cultural sensitivity of healthcare facility policies and environment	Te weinig informatie beschikbaar, geen zicht op de eigenlijke vragenlijst

Instrumenten	Bronnen	Doel(groep)	Reden van uitsluiting
UK General Medical Council Patient Questionnaire	(de Silva, 2014)	Ervaringen met de kwaliteit van zorg bij de arts	Niet generiek toepasbaar
Views on Inpatient Care (VOICE)	(de Silva, 2014)	Perceived quality of care	Te weinig informatie beschikbaar, geen zicht op eigenlijke vragenlijst

Bijlage C: Representatie van de verschillende generieke thema's in de geïncludeerde generieke vragenlijsten

THEMA'S	CSQ-8	CSQ-18A	CSQ-18B	CCCQ	CSI	KANS	OCMW Limburg	Hefboom participatie	C-toets	Exit
Toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid										
Tijdigheid	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-
Rechtvaardigheid	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-
Beschikbaarheid	-	-	+	-	-	+	+	+	+	-
Betaalbaarheid	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
Bereikbaarheid	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-
Participatie, keuze, inspraak en cliëntgestuurdheid										
Keuzevrijheid van zorgaanbieder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Keuzevrijheid van zorgmedewerker	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inspraak in eigen zorg & ondersteuning	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Inspraak op zorgaanbiedersniveau	-	-	-	+	+	-	+	+	+	-
Interpersoonlijke aspecten cliënt-zorgmedewerker										
Luisterbereidheid & empathie	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Respect	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+
Interpersoonlijke veiligheid	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-
Kennis en expertise	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+
Informatieverstrekking										
Informatie over de (zorg)situatie van de cliënt	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-
Informatie over het zorgaanbod van de zorgaanbieder	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+
Inzage in het dossier of zorgplan	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-
Duidelijkheid van de informatieverstrekking	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-

THEMA'S	CSQ-8	CSQ-18A	CSQ-18B	CCCQ	CSI	KANS	OCMW Limburg	Hefboom participatie	C-toets	Exit
Privacy en vertrouwelijkheid										
Omgaan met gebruikersgegevens	-	+	+	-	-	-	+	+	+	-
Redelijkheid van informatieverzameling ²²	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ervaren effectiviteit	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+
Zorgcoördinatie en -continuïteit	-	-	-	-	+	+	+	+	+	+
Negatieve ervaringen in de zorg ²³	-	-	-	-	+	-	-	-	Open vraag	-
Stigma										
Sociale uitsluiting en discriminatie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zelf-afwijzing	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
TOTAAL AANTAL THEMA'S	1	5	6	6	9	9	16	14	14	6
TOTAAL AANTAL BEVRAAGDE ITEMS	8	18	18	15	25	14	4+21+16	45	21	10

²² Dit thema werd niet verder opgenomen in de constructie van de ontwerpversie van de VCZM aangezien het niet aan bod kwam tijdens het expertenpanel.

²³ Dit thema werd niet verder opgenomen in de constructie van de ontwerpversie van de VCZM aangezien het niet aan bod kwam tijdens het expertenpanel.

Bijlage D: Brief aan en vragenlijst voor de geselecteerde gebruikers uit de pilootfase

15 september 2015

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Beste jongere,

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wil uw mening over de kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening kennen. Daartoe ontwikkelen we een vragenlijst.

De vragenlijst is nog niet volledig af. Dit is een proefversie die we testen bij gebruikers van alle sectoren van de welzijns- en gezondheidszorg. Uw antwoorden helpen ons erg vooruit om dit instrument te verbeteren.

U ontvangt deze vragenlijst via het centrum waar u hulp krijgt. We vragen u bij uw antwoorden te denken aan de hulp die u van dit centrum krijgt. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Uw antwoorden zullen anoniem verwerkt worden.

Het is de bedoeling dat u deze vragenlijst invult en ons terugbezorgt vóór **15 oktober 2015**. Dit kan u gratis doen via de bijgevoegde omslag met port aan bestemming.

Voor meer informatie kan u terecht bij inge.neyens@med.kuleuven.be (of telefonisch op het nummer 016 37 34 32).

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Hoogachtend,

Prof. dr. Koen Hermans en Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Een vragenlijst naar uw mening over de kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening (Vlaamse CliëntZorgMonitor)

1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>					<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing
<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>					<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>

2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>					<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing
<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>					<div style="position: absolute; left: 0; top: -5px; width: 100%; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div>

3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.

- 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

4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.

- In welke mate is dit voor u waar?

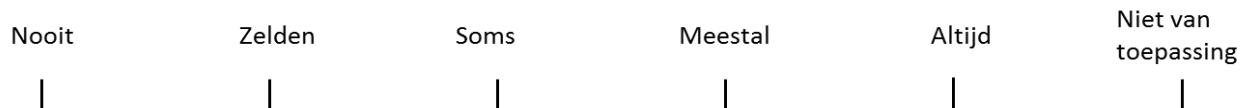
Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

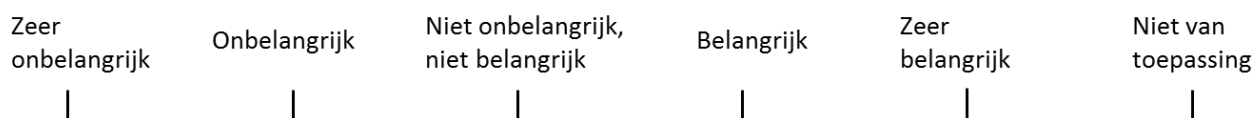
Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing

5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

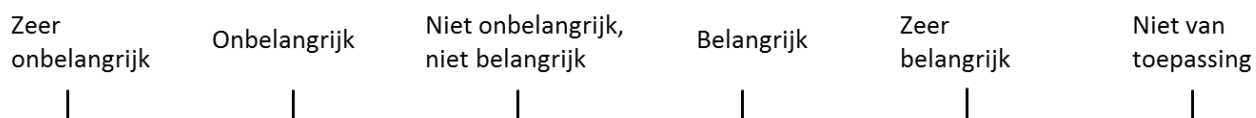


6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.

- 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

8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.

- 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

9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.

- 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
----- ----- ----- -----					

10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.

- 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
----- ----- ----- -----					

11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.

- 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
----- ----- ----- ----- -----					

12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.

- 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
----- ----- ----- ----- -----					

13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.

- 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
----- ----- ----- -----					

14. Ik ontvang zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.

- 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
----- ----- ----- -----					

15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.

- 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

16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.

- 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

17. Het team legt alles begrijpelijk uit.

- 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
					

18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
					

19. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twijfelen aan mezelf.

- 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

20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.

- 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

21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.

- 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
----- ----- ----- -----					

22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
----- ----- ----- -----					

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

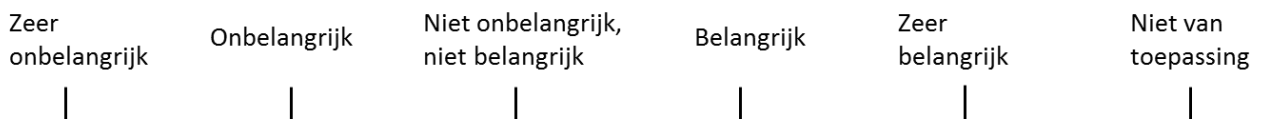
Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing
----- ----- ----- -----					

23. Ik kan binnen een aanvaardbare termijn een afspraak krijgen bij dit centrum.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

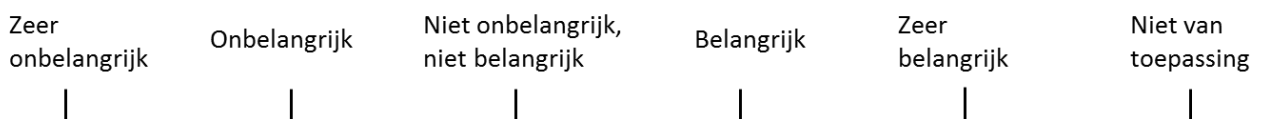


24. Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



25. Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) 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
----- ----- ----- ----- -----					

26. Ik kan de ondersteuning die dit centrum mij geeft, betalen.

- In welke mate is dit voor u waar?

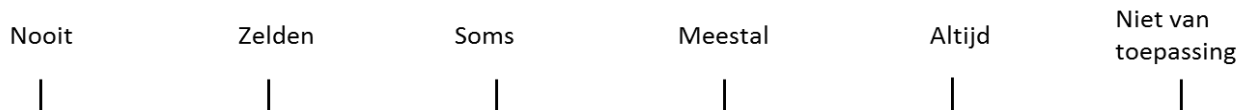
Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
----- ----- ----- ----- -----					

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

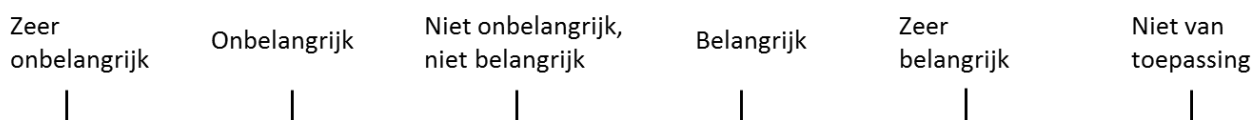
Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing
----- ----- ----- ----- -----					

27. Ik geraak gemakkelijk tot bij dit centrum.

- In welke mate is dit voor u waar?

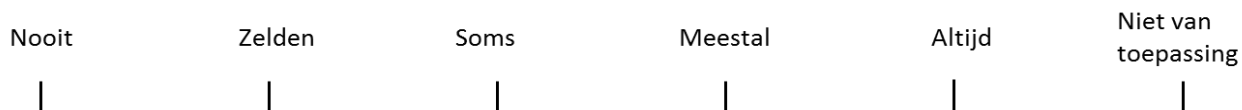


- In welke mate vindt u dit belangrijk?

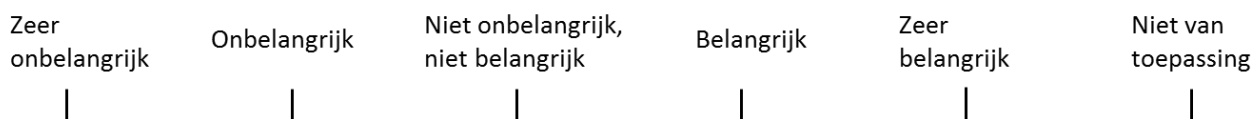


28. Dit centrum heb ik zelf gekozen.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

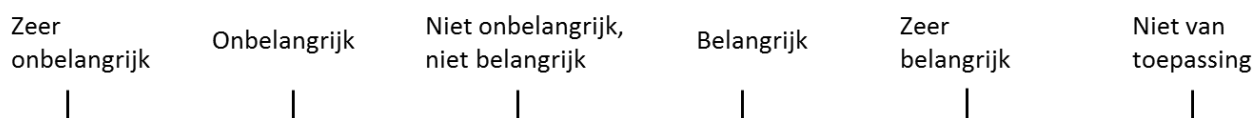


29. Ik heb hier de keuze over wie mij helpt.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

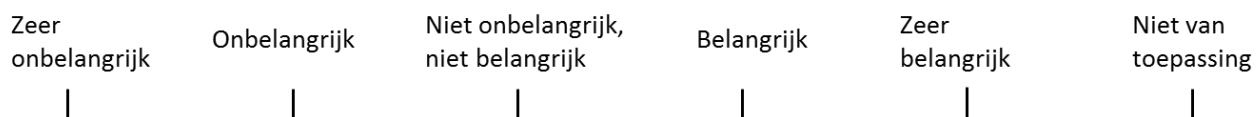


30. De hulpverlener(s) helpen mij bij het nemen van belangrijke beslissingen.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

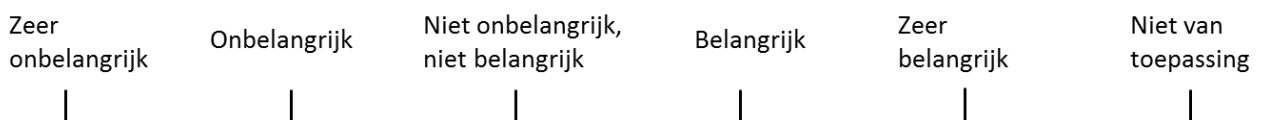


31. Als men mijn mening vraagt over dit centrum, dan houdt men rekening met mijn antwoord.

- In welke mate is dit voor u waar?

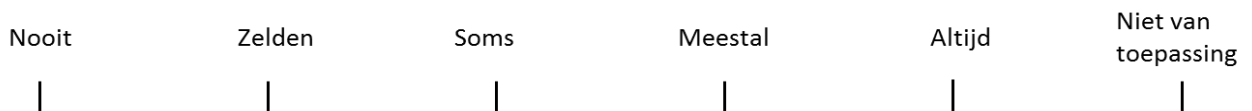


- In welke mate vindt u dit belangrijk?

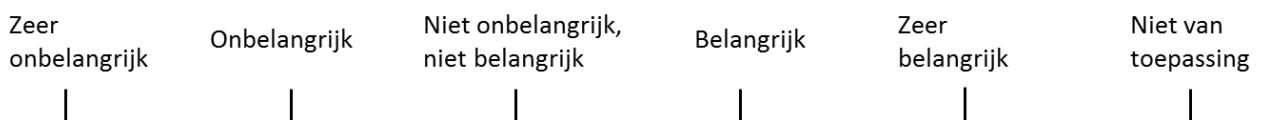


32. De hulpverlener(s) proberen mijn vragen waarvoor ik kom, goed te begrijpen.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

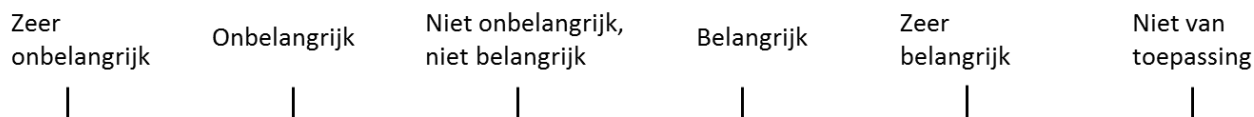


33. Ik word door de hulpverlener(s) gerespecteerd zoals ik ben.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

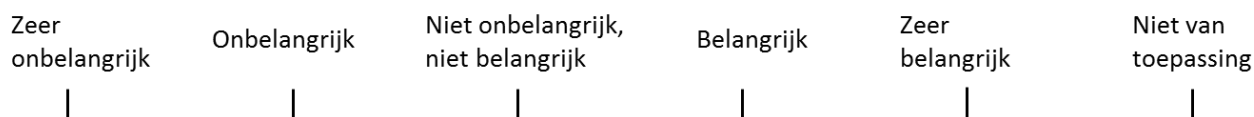


34. Ik voel mij veilig in dit centrum.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



35. De hulpverlener(s) die hier werken, doen hun job goed.

- 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

|

36. Ik heb een kopie van mijn dossier of ondersteuningsplan.

- 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

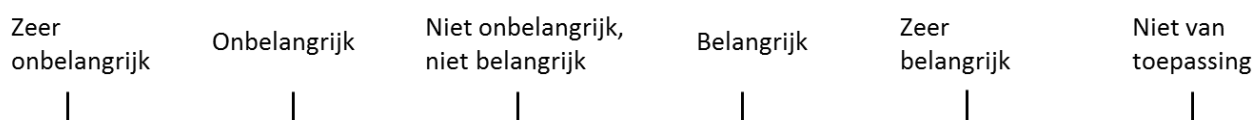
|

37. Het team informeert mij goed over de ondersteuning die kan geboden worden in mijn situatie.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

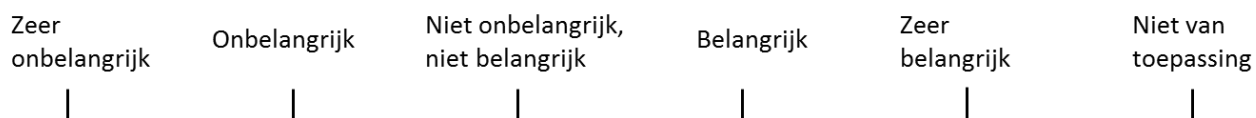


38. Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

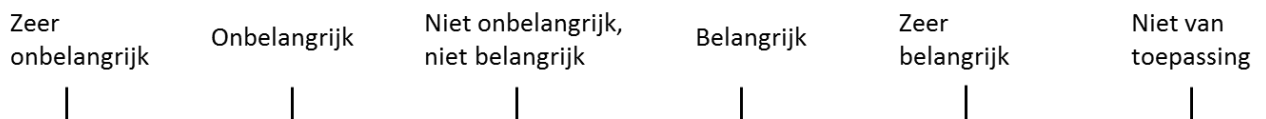


39. Het team geeft een verstaanbare uitleg.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



40. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten.

- In welke mate is dit voor u waar?

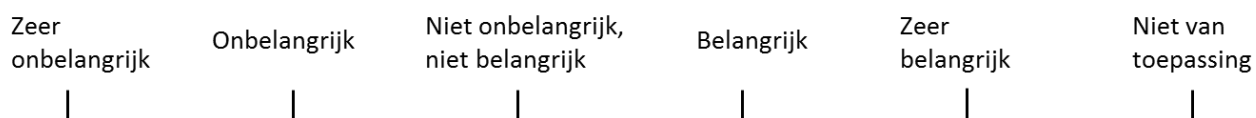


41. Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

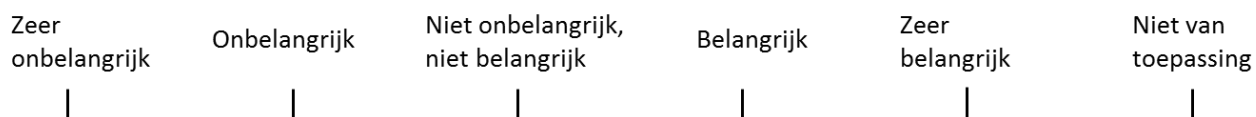


42. Dit centrum heeft voldoende respect voor mijn privacy.

- In welke mate is dit voor u waar?

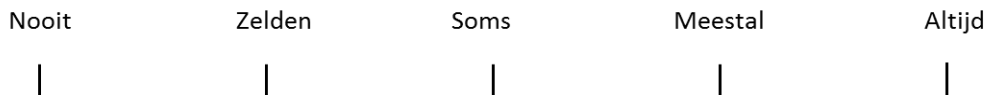


- In welke mate vindt u dit belangrijk?



43. Mijn situatie is verbeterd door de hulp die ik hier krijg.

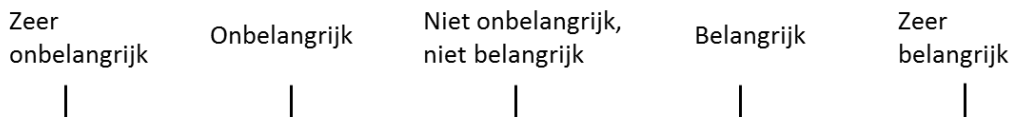
- In welke mate is dit voor u waar?



Niet van
toepassing



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

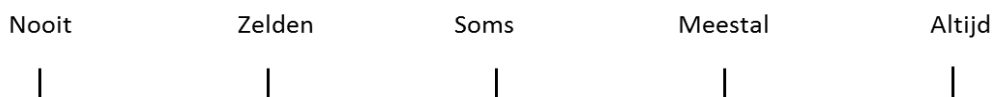


Niet van
toepassing



44. Ik kan in dit centrum steeds bij dezelfde hulpverlener(s) terecht.

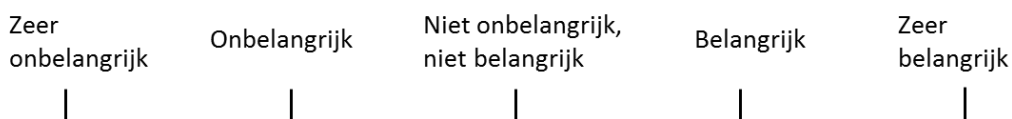
- In welke mate is dit voor u waar?



Niet van
toepassing



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



Niet van
toepassing



Tot slot wensen we enkele achtergrondgegevens (van de gebruiker) te bevragen.

1. Wat is uw geslacht? Kruis aan.
 - Mannelijk
 - Vrouwelijk

2. In welk jaar bent u geboren?
In

3. Welk is uw hoogst behaalde diploma?
 - Diploma lager onderwijs
 - Diploma middelbaar onderwijs
 - Diploma hoger onderwijs

4. In welke provincie bevindt zich het centrum waarvoor u deze vragenlijst invulde?

<input type="checkbox"/> Antwerpen	<input type="checkbox"/> Oost-Vlaanderen
<input type="checkbox"/> Brussel	<input type="checkbox"/> Vlaams-Brabant
<input type="checkbox"/> Limburg	<input type="checkbox"/> West-Vlaanderen

5. Voor wie zocht u ondersteuning bij dit centrum?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 - Voor mezelf
 - Voor iemand anders:
 - Voor een kind/jongere (tot 18 jaar)
 - Voor een volwassene
 - Voor een 65-plusser
 - Andere:.....

6. Welk type van ondersteuning krijgt u van dit centrum?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 - Ik verblijf in het centrum.
 - De ondersteuning vindt plaats in het centrum.
 - Het personeel van het centrum komt tot bij mij.
 - Andere:

7. Vult u deze vragenlijst voor een andere persoon in?
 - Nee, ik vul deze vragenlijst voor mezelf in
 - Ja en ik ben de wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon (bv. familielid)
 - Ja, maar ik ben geen wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon

8. Feedback met betrekking tot de vragenlijst kan u hieronder kwijt.

Bijlage E: Brief aan de geselecteerde voorzieningen uit de pilootfase

Aan de directie van:

Naam van de organisatie

Straat en nummer en postbusnummer

Postcode GEMEENTE (geen BE vermelden voor binnenlandse zendingen!)

LAND

Leuven, 15 september 2015

Betreft: de ontwikkeling van een Vlaamse CliëntZorgMonitor (VCZM) – pilootstudie

Geachte mevrouw,

Geachte heer

Het Steunpunt WVG onderzoekt in opdracht van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, de ontwikkeling van een Vlaamse cliëntzorgmonitor (VCZM). Deze monitor dient overheen de sectoren de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruiker te meten. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder leiding van Prof. Chantal Van Audenhove en Prof. Koen Hermans van LUCAS (Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven).

De onderzoekers ontwikkelden een ontwerp van VCZM dat we in een pilootstudie willen evalueren. Dit gebeurt via een steekproef van 100 voorzieningen uit de brede welzijns- en zorgsector.

Mogen we u verzoeken drie gebruikers van uw diensten aan te spreken om bijgevoegde vragenlijst in te vullen en ons deze via bijhorende briefomslag zo spoedig mogelijk terug te bezorgen?

De bedoeling in dit stadium van het onderzoek is niet om uitspraken te doen over de kwaliteit van zorg die uw centrum momenteel aanbiedt. Wel willen de onderzoekers nagaan in welke mate deze monitor een bruikbaar en valide meetinstrument kan zijn.

Indien u meer toelichting wenst, kan u terecht bij dr. Inge Neyens (inge.neyens@med.kuleuven.be of 016/37.63.19).

Met waarderende groeten,

Valérie Carrette

Coördinator SWVG

Ten geleide

Selectie

Voor de selectie van de drie gebruikers, vragen we u rekening te houden met:

- deze selectiecriteria:
 - de respondent wenst de vragenlijst vrijwillig in te vullen;
 - de respondent beschikt over voldoende mogelijkheden (verbaal, cognitief, ...) om zijn mening te uiten;
 - de respondent is ouder dan 12 jaar.
- de diversiteit van de gebruikers van uw centrum:
Gelieve de vragenlijsten te bezorgen aan drie gebruikers uit diverse subgroepen (bv. een jongere/een volwassene/een 65-plusser, iemand die verblijft in het centrum/iemand die naar het centrum komt/iemand die thuis wordt geholpen, iemand die de vragenlijst niet zelfstandig kan invullen/iemand die de vragenlijst zelfstandig kan invullen...).

Ondersteuning

Sommige personen zijn wel bekwaam om hun mening te uiten, maar beschikken over onvoldoende mogelijkheden om de vragenlijst zelf in te vullen. Gelieve voor deze personen een wettelijk vertegenwoordiger, een ervaringsdeskundige of cliëntvertegenwoordiger aan te spreken die de vragenlijst samen met hen invult. We opteren enkel voor familieleden als wettelijk vertegenwoordiger.

Toestemming

Gelieve voor een respondent jonger dan 16 jaar, eerst de toestemming voor diens deelname aan de studie te vragen aan (één van) de wettelijke ouder(s) of voogd. Dit kan op informele wijze tijdens een ontmoeting of via e-mail of telefoon.

Indien deze ouders informeel toestemmen met de deelname van hun kind aan het onderzoek, vragen we u om hen de *bijgevoegde omslag voor de wettelijke ouders/voogd* te bezorgen.

Vervolgens vragen we u om de *vragenlijst*, het bijgevoegde *toestemmingsformulier voor de jongere* en de bijgevoegde *briefomslag* met port aan bestemming aan de desbetreffende jongere te bezorgen.

Indien het niet mogelijk is om toestemming te vragen aan (één van) de wettelijke ouder(s) of voogd, kiest u een andere respondent. Indien de voogd een professional in de zorg is, vragen we eveneens dat u een andere respondent kiest.

Bijlage F: Email aan de gebruikersorganisaties ter verspreiding van de online vragenlijst in de pilootfase

Geachte mevrouw,

Geachte heer,

Het Steunpunt WVG onderzoekt in opdracht van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, de ontwikkeling van een Vlaamse cliëntzorgmonitor (VCZM). Deze monitor dient overheen de sectoren de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de gebruiker te meten. Het onderzoek wordt uitgevoerd onder leiding van Prof. Chantal Van Audenhove en Prof. Koen Hermans van LUCAS (Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven).

De onderzoekers ontwikkelden een ontwerp van VCZM dat we in een pilootstudie willen evalueren. Dit gebeurt via een online bevraging bij gebruikers van de brede welzijns- en zorgsector. De bevraging loopt nog tot 16 november.

Mogen we u verzoeken om deze online vragenlijst te verspreiden onder de gebruikers uit uw vereniging (via facebook, twitter of andere kanalen) met de volgende boodschap?:

Heb je een mening over kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening? Neem deel aan bevraging SWVG: <https://goo.gl/bKTNwo>

Indien u meer toelichting wenst, kan u terecht bij dr. Inge Neyens (inge.neyens@med.kuleuven.be of 016/37.63.19).

Hartelijk dank en

met vriendelijke groeten,

Mede namens de onderzoekers

Valérie Carrette

Coördinator SWVG

Bijlage G: Toestemmingsformulier voor de ouder of voogd

Een vragenlijst over de kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening (Vlaamse CliëntZorgMonitor)

De minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wil graag de mening van uw zoon of dochter over de kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening kennen. Daartoe ontwikkelen we een vragenlijst.

De vragenlijst is nog niet volledig af. Het is een proefversie die we testen in alle sectoren van de welzijns- en gezondheidszorg. De antwoorden van uw zoon of dochter helpen ons erg vooruit om dit instrument te verbeteren.

Uw zoon of dochter ontvangt deze vragenlijst via het centrum waar deze hulp krijgt. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Uw zoon of dochter kan de ingevulde vragenlijst via een gesloten omslag gratis aan ons toesturen. Het centrum kent de antwoorden van uw zoon of dochter niet. Zijn/haar antwoorden zullen anoniem verwerkt worden.

We vragen via dit toestemmingsformulier uw akkoord voor deelname van uw zoon of dochter aan het onderzoek. We waarderen het erg indien u ons dit terugbezorgt via de bijgevoegde omslag met port aan bestemming **vóór 15 oktober 2015**.

Voor meer informatie kan u terecht bij inge.neyens@med.kuleuven.be (of telefonisch op het nummer 016 37 34 32).

TOESTEMMING VAN WETTELIJKE OUDER (OF VOOGD)

Deelname aan onderzoek 'Vlaamse CliëntZorgMonitor' door kind

1. Ik begrijp dat het doel van het onderzoek is een instrument te ontwikkelen dat kwaliteit van zorg meet volgens de gebruikers (= cliënten).
2. Ik begrijp dat mijn zoon of dochter een vragenlijst zal invullen.
3. Zijn of haar naam wordt nergens vermeld, en zijn of haar gegevens worden anoniem verwerkt.
4. Mijn zoon of dochter neemt vrijwillig deel.
5. Mijn zoon of dochter kan op elk moment stoppen met dit onderzoek zonder daarvoor een reden te moeten opgeven. Dit geeft voor hem/haar geen enkel nadeel.
6. De resultaten van dit onderzoek worden gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden.
7. Voor eventuele vragen kan ik terecht bij inge.neyens@med.kuleuven.be (of telefonisch op het nummer 016 37 34 32).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

'Vlaamse CliëntZorgMonitor'

IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!

Ik, ondergetekende, verklaar me akkoord met de deelname van _____
_____ (NAAM EN VOORNAAM van uw zoon of dochter) aan dit onderzoek.

Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum __ / __ / ____

Uw naam: _____

Handtekening

Bijlage H: Toestemmingsformulier voor de jongere

Gelieve dit formulier samen met de vragenlijst te versturen via bijgevoegde omslag met port aan bestemming.

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE JONGERE (12 – 16 jaar)

Deelname aan onderzoek 'Vlaamse CliëntZorgMonitor'

1. Ik begrijp dat het doel van het onderzoek is een instrument te ontwikkelen dat de kwaliteit van zorg meet volgens de gebruikers (= cliënten).
2. Ik begrijp dat ik een vragenlijst zal invullen.
3. Ik begrijp wat er van mij verwacht wordt tijdens dit onderzoek.
4. Mijn naam wordt nergens vermeld, en mijn gegevens worden anoniem verwerkt.
5. Ik neem vrijwillig deel aan dit onderzoek.
6. Ik kan op elk moment stoppen met dit onderzoek, zonder dat ik een reden moet opgeven. Dit heeft voor mij geen enkel nadeel.
7. De resultaten van dit onderzoek worden gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden.
8. Voor eventuele vragen kan ik terecht bij inge.neyens@med.kuleuven.be (of telefonisch op het nummer 016 37 34 32).

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DEELNAME AAN HET ONDERZOEK

'Vlaamse CliëntZorgMonitor'

IN DRUKLETTERS INVULLEN AUB!

NAAM EN VOORNAAM: _____

Ik, ondergetekende, verklaar me akkoord met de deelname aan dit onderzoek.

Ik bevestig dat ik de voorwaarden heb gelezen en begrepen en dat ik hiermee akkoord ga.

Datum __ / __ / ____

Handtekening

Bijlage I: Overzicht van de voorzienings- en activiteitstypes van de voorzieningen waarvan minstens één respondent deelnam aan de schriftelijke bevraging

Voorzieningstype	Activiteitstype
Algemeen Welzijnswerk	Centra Aww
Algemene Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 301 Dienst A-(Dag+Nacht) 301 (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst C (Diagnose & Heelkundige Behand) Dienst D (Diagnose & Geneeskundige Behandeling) Dienst G (Geriatric) Dienst M (Materniteit) Dienst Sp-Locomotorisch (Behand &
Algemene Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 301 Dienst C (Diagnose & Heelkundige Behand) Dienst D (Diagnose & Geneeskundige Behandeling) Dienst G (Geriatric) Dienst M (Materniteit) Functie Chirurgisch Dagziekenhuis Functie M.U.G. (Medische Urgentiegroep) Functie N* (L
Algemene Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 301 Dienst A-(Dag+Nacht) 301 (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst C (Diagnose & Heelkundige Behand) Dienst D (Diagnose & Geneeskundige Behandeling) Dienst G (Geriatric) Dienst M (Materniteit) Functie Chirurgisch Dagziekenhuis
Algemene Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 301 Dienst Sp-Chronisch (Behand & Revalidatie) Functie Ziekenhuisapotheek Functie Palliatieve Zorg
Algemene Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 301 Dienst A-(Dag+Nacht) 301 (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst C (Diagnose & Heelkundige Behand) Dienst D (Diagnose & Geneeskundige Behandeling) Dienst G (Geriatric) Dienst M (Materniteit) Dienst Sp-Chronisch (Behand & Rev
Binnenlandse Adoptiedienst	
Centra Geestelijke Gezondheidszorg	Alle Sectortypes 306
Centrum Voor Kinderzorg En Gezinsondersteuning	
Gemandateerde Voorziening Mdt	
Ouderenvoorzieningen	Centra Voor Herstelverblijf
Preventie - Terreinwerking Of Individuele Zorgaanbieder	Terreinwerking Of Individuele Zorgaanbieder
Preventie - Terreinwerking Of Individuele Zorgaanbieder	Terreinwerking Of Individuele Zorgaanbieder
Psychiatrische Verzorgingstehuizen	Alle Sectortypes 304 Pvt-Definitief Pvt-Uitdovend
Psychiatrische Verzorgingstehuizen	Alle Sectortypes 304 Pvt-Definitief Pvt-Uitdovend
Psychiatrische Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 302 Dienst A-(Dag+Nacht) 302 (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst T-(Dag+Nacht) (Neuropsych, Behand) Dienst T-(Nacht) (Neuropsych, Behand) Apotheek Functie Ziekenhuisapotheek
Psychiatrische Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 302 Dienst A-(Dag+Nacht) 302 (Neuropsych Observatie/Behand) Functie Ziekenhuisapotheek
Psychiatrische Ziekenhuizen	Alle Sectortypes 302 Dienst A-(Dag+Nacht) 302 (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst A-(Dag) (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst A-(Nacht) (Neuropsych Observatie/Behand) Dienst K-(Dag+Nacht) 302 (Neuropsych Kinderen) Dienst K-(Dag) (Neuropsych
Rust- En Verzorgingstehuizen In (Ex-)Ziekenhuizen	Ziekenhuis-Rvt

Samenwerkingsverbanden Beschut Wonen Thuisverzorging	Alle Sectortypes 305 Plaatsen Beschut Wonen Samenwerkingsverbanden Beschut Wonen Teams Voor Thuisverpleging
Thuiszorg	Dienst Voor Oppashulp
Thuiszorg	Dienst Voor Logistieke Hulp
Thuiszorg	Dagverzorgingscentrum Bijzondere Erkenning Dvc
Thuiszorg	Dagverzorgingscentrum
Thuiszorg	Dagverzorgingscentrum Bijzondere Erkenning Dvc
Vakantieopvang	
Vakantieopvang	
Voorzieningen Bjb	Onthaal En Orientatie Oooc Met Verblijf Oooc Zonder Verblijf
Voorzieningen Bjb	Diensten Herstelgerichte- En Constructieve Afhandeling
Voorzieningen Bjb	Diensten Crisishulp Aan Huis
Zelfstandige Buitenschoolse Opvangvoorziening	
Zorginstelling	Dienst Ondersteuningsplan
Zorginstelling	Dagcentrum Semi_Internaat Tehuis Niet Werkenden
Zorginstelling	Dagcentrum Semi_Internaat Tehuis Niet Werkenden Internaat Tehuis Niet Werkenden Nursing
Zorginstelling	Dagcentrum Tehuis Niet Werkenden
Zorginstelling	Dagcentrum Tehuis Werkenden Tehuis Niet Werkenden
Zorginstelling	Semi_Internaat Internaat Mfc
Zorginstelling	Dagcentrum
Zorginstelling	Dagcentrum Semi_Internaat Tehuis Werkenden Tehuis Niet Werkenden Tehuis Kort Verblijf Internaat
Zorginstelling	Dagcentrum Tehuis Niet Werkenden Tehuis Niet Werkenden Nursing
Zorginstelling	Tehuis Niet Werkenden
Zorginstelling	Dagcentrum Tehuis Niet Werkenden Tehuis Kort Verblijf
Zorginstelling	Dagcentrum Tehuis Niet Werkenden Tehuis Niet Werkenden Nursing
Zorginstelling	Tehuis Kort Verblijf

Bijlage J: Descriptieve statistieken, frequenties (%) en het aantal niet ingevulde antwoorden voor de 'realisatie' items (gehele steekproef)

	Gemiddelde (5-pnt schaal)	Standaard- deviatie	%						Aantal niet ingevulde antwoorden		
			Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing	Schriftelijk	Online	Totaal
1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.	4.3	0.9	2.7	2.7	7.5	30.5	49.7	7.0	2	10	12
2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.	4.3	0.8	0.0	3.6	13.3	33.2	44.4	5.6	0	3	3
3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.	4.3	0.8	0.5	2.6	13.3	34.2	46.9	2.6	1	2	3
4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.	4.1	1.0	0.5	6.8	18.3	25.7	40.8	7.9	3	5	8
5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.	4.2	1.0	1.0	5.1	13.8	28.2	48.2	3.6	0	4	4
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	3.6	1.3	7.3	11.5	13.5	26.6	26.6	14.6	2	5	7
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	2.9	1.3	15.0	20.2	22.8	23.8	10.4	7.8	0	6	6
8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.	3.8	1.0	3.1	5.7	20.1	39.2	22.7	9.3	0	5	5
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	3.5	1.0	1.7	14.0	20.9	39.0	12.2	12.2	1	26	27
10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.	4.2	0.8	0.0	4.1	14.0	40.1	40.1	1.7	0	27	27
11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.	4.5	0.8	0.0	3.6	8.9	23.8	62.5	1.2	4	27	31
12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.	4.3	0.9	0.0	4.1	13.6	30.2	49.1	3.0	3	27	30
13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.	4.2	0.8	0.0	5.4	8.3	42.3	41.7	2.4	3	28	31
14. Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	2.9	1.6	20.6	16.4	12.7	9.7	21.8	18.8	7	27	34
15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.	4.0	1.0	1.2	7.0	18.7	31.6	34.5	7.0	1	27	28
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	3.5	1.4	10.3	13.3	13.3	21.2	26.7	15.2	7	27	34
17. Het team legt alles begrijpelijk uit.	4.2	0.9	0.0	5.6	11.3	38.8	41.9	2.5	1	38	39
18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.	1.8	1.0	44.4	14.4	15.0	5.6	0.0	20.6	1	38	39
19. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twifelen aan mezelf.	1.8	1.0	44.7	18.9	17.6	2.5	1.3	15.1	2	38	40
20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.	4.4	0.9	0.6	3.1	10.1	22.6	57.2	6.3	2	38	40
21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.	4.2	0.8	0.0	3.8	11.4	39.9	39.9	5.1	2	39	41
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	3.8	1.1	3.2	13.3	10.8	34.8	30.4	7.6	2	39	41
23. Ik kan binnen een aanvaardbare termijn een afspraak krijgen bij dit centrum.	4.1	0.9	0.6	5.1	11.5	40.8	33.1	8.9	3	39	42
24. Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen.	3.9	1.3	7.6	7.6	12.1	23.6	41.4	7.6	2	40	42

25. Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) kan bereiken.	4.3	0.8	0.0	3.3	8.6	36.8	48.7	2.6	3	44	47
26. Ik kan de ondersteuning die dit centrum mij geeft, betalen.	4.3	0.9	0.7	4.0	8.7	26.2	48.3	12,1	5	51	56
27. Ik geraak gemakkelijk tot bij dit centrum.	4.3	1.0	2.0	2.7	12.8	24.2	47.7	10,7	4	46	50
28. Dit centrum heb ik zelf gekozen.	4.0	1.3	8.8	6.8	8.1	19.6	48.6	8.1	7	44	51
29. Ik heb hier de keuze over wie mij helpt.	2.9	1.4	20.5	17.2	20.5	20.5	13.2	7.9	4	44	48
30. De hulpverlener(s) helpen mij bij het nemen van belangrijke beslissingen.	3.9	1.1	3.3	6.6	16.4	34.9	30.3	8.6	3	44	47
31. Als men mijn mening vraagt over dit centrum, dan houdt men rekening met mijn antwoord.	3.7	1.0	1.3	8.6	19.7	36.8	17.8	15.8	3	44	47
32. De hulpverlener(s) proberen mijn vragen waarvoor ik kom, goed te begrijpen.	4.3	0.7	0.0	2.6	6.0	41.7	43.7	6.0	3	45	48
33. Ik word door de hulpverlener(s) gerespecteerd zoals ik ben.	4.5	0.7	0.0	0.7	8.0	28.0	61.3	2.0	2	47	49
34. Ik voel mij veilig in dit centrum.	4.5	0.7	0.0	1.3	9.3	26.7	55.3	7.3	1	48	49
35. De hulpverlener(s) die hier werken, doen hun job goed.	4.3	0.7	0.0	2.0	9.9	43.0	43.7	1.3	1	47	48
36. Ik heb een kopie van mijn dossier of ondersteuningsplan.	2.8	1.6	24.5	12.2	6.8	11.6	17.7	27.2	4	48	52
37. Het team informeert mij goed over de ondersteuning die kan geboden worden in mijn situatie.	4.3	0.8	1.3	0.7	7.4	39.6	44.3	6.7	2	48	50
38. Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen.	3.8	1.4	9.7	10.3	6.9	22.8	36.6	13.8	6	48	54
39. Het team geeft een verstaanbare uitleg.	4.2	0.8	0.0	5.4	8.8	39.5	42.9	3.4	3	49	52
40. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten.	1.5	0.9	55.1	11.6	9.5	4.1	0.0	19.7	4	48	52
41. Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum.	1.7	1.0	51.7	13.6	15.6	4.1	1.4	13.6	3	49	52
42. Dit centrum heeft voldoende respect voor mijn privacy.	4.4	0.8	0.0	3.4	9.7	28.3	56.6	2.1	5	49	54
43. Mijn situatie is verbeterd door de hulp die ik hier krijg.	4.3	0.8	0.0	2.7	11.4	38.9	40.3	6.7	1	49	50
44. Ik kan in dit centrum steeds bij dezelfde hulpverlener(s) terecht.	3.8	1.1	4.1	12.9	10.2	44.2	25.2	3.4	2	50	52

Bijlage K: Descriptieve statistieken, frequenties (%) en het aantal niet ingevulde antwoorden voor de 'belang' items (gehele steekproef)

	Gemiddelde (5-pnt schaal)	Standaard- deviatie	%						Aantal niet ingevulde antwoorden		
			Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing	Schriftelijk	Online	Totaal
1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.	4.1	1.0	1.5	5.6	14.4	34.9	36.9	6.7	1	3	4
2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.	4.7	0.5	0.0	0.5	2.2	20.5	73.5	3.2	1	13	14
3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.	4.6	0.6	0.5	0.5	2.7	26.1	69.1	1.1	1	10	11
4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.	4.6	0.7	0.6	1.1	6.7	24.6	64.8	2.2	10	10	20
5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.	4.3	0.8	1.1	3.2	7.4	35.4	50.8	2.1	0	10	10
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	4.3	0.8	0.5	0.5	11.9	31.9	41.6	13.5	3	11	14
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	4.0	1.0	1.6	6.4	16.6	38.5	30.5	6.4	2	10	12
8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.	4.3	0.8	1.1	0.5	10.2	38.7	41.9	7.5	1	12	13
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	4.2	0.8	0.6	1.8	12.4	44.1	33.5	7.6	3	26	29
10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.	4.6	0.5	0.0	0.0	2.3	29.8	66.1	1.8	1	27	28
11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.	4.8	0.5	0.6	0.0	1.2	18.9	78.1	1.2	3	27	30
12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.	4.6	0.6	0.0	0.6	4.2	28.1	64.1	3.0	5	27	32
13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.	4.7	0.6	0.0	1.2	1.8	24.3	71.0	1.8	3	27	30
14. Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	4.0	1.0	1.2	5.5	19.6	25.2	31.9	16.6	9	27	36
15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.	4.4	0.6	0.0	0.0	2.9	46.8	43.9	6.4	0	28	28
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	4.2	0.9	1.2	2.5	11.7	34.4	38.0	12.3	8	28	36
17. Het team legt alles begrijpelijk uit.	4.5	0.6	0.6	0.0	2.5	40.5	54.4	1.9	1	40	41
18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.	3.6	1.3	8.6	3.4	19.0	15.5	22.4	31.0	/	38	/
19. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twifelen aan mezelf.	3.8	1.2	7.1	3.2	13.5	26.3	26.3	23.7	5	38	43
20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.	4.6	0.7	1.3	0.6	3.1	25.8	64.8	4.4	2	38	40
21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.	4.6	0.6	0.0	1.3	3.2	26.8	65.0	3.8	3	39	42
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	4.3	0.8	0.0	2.5	10.2	38.2	43.9	5.1	3	39	42
23. Ik kan binnen een aanvaardbare termijn een afspraak krijgen bij dit centrum.	4.4	0.6	0.0	0.6	4.5	40.6	47.7	6.5	4	40	44
24. Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen.	4.5	0.7	0.6	0.6	4.5	30.5	57.1	6.5	5	40	45

25. Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) kan bereiken.	4.6	0.5	0.0	0.7	0.7	35.1	62.3	1.3	3	45	48
26. Ik kan de ondersteuning die dit centrum mij geeft, betalen.	4.6	0.7	1.3	0.7	4.0	16.8	68.5	8.7	6	44	50
27. Ik geraak gemakkelijk tot bij dit centrum.	4.4	0.7	0.0	2.7	4.7	32.9	51.0	8.7	5	45	50
28. Dit centrum heb ik zelf gekozen.	4.4	0.9	1.3	2.0	8.6	28.5	51.7	7.9	4	44	48
29. Ik heb hier de keuze over wie mij helpt.	3.9	1.0	2.0	7.4	13.4	43.0	28.2	6.0	6	44	50
30. De hulpverlener(s) helpen mij bij het nemen van belangrijke beslissingen.	4.3	0.7	0.7	0.7	8.7	38.7	43.3	8.0	3	46	49
31. Als men mijn mening vraagt over dit centrum, dan houdt men rekening met mijn antwoord.	4.3	0.7	0.7	0.0	8.6	43.0	37.1	10.6	3	45	48
32. De hulpverlener(s) proberen mijn vragen waarvoor ik kom, goed te begrijpen.	4.7	0.5	0.0	0.0	0.0	32.5	62.3	5.3	3	45	48
33. Ik word door de hulpverlener(s) gerespecteerd zoals ik ben.	4.7	0.4	0.0	0.0	0.0	25.0	73.6	1.4	3	48	51
34. Ik voel mij veilig in dit centrum.	4.6	0.6	0.0	0.7	2.0	27.0	64.2	6.1	3	48	51
35. De hulpverlener(s) die hier werken, doen hun job goed.	4.7	0.5	0.0	0.0	2.0	25.3	72.0	0.7	1	48	49
36. Ik heb een kopie van mijn dossier of ondersteuningsplan.	4.1	0.9	0.0	4.8	15.2	26.9	31.0	22.1	5	49	54
37. Het team informeert mij goed over de ondersteuning die kan geboden worden in mijn situatie.	4.2	0.9	0.7	4.0	11.4	36.2	40.9	6.7	3	47	50
38. Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen.	4.3	0.8	0.7	3.5	5.6	34.0	44.4	11.8	4	51	55
39. Het team geeft een verstaanbare uitleg.	4.5	0.5	0.0	0.0	2.1	40.0	55.2	2.8	4	50	54
40. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten.	3.9	1.2	4.3	2.2	8.7	23.9	21.7	39.1	/	50	/
41. Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum.	3.8	1.2	5.0	6.4	10.6	29.8	24.1	24.1	9	49	58
42. Dit centrum heeft voldoende respect voor mijn privacy.	4.7	0.5	0.0	0.0	0.7	26.9	71.0	1.4	4	50	54
43. Mijn situatie is verbeterd door de hulp die ik hier krijg.	4.7	0.5	0.0	0.0	0.7	26.4	66.2	6.8	2	49	51
44. Ik kan in dit centrum steeds bij dezelfde hulpverlener(s) terecht.	4.3	0.7	0.0	1.4	8.2	46.9	40.8	2.7	3	49	52

Bijlage L: Interpretatie van Bijlage J en Bijlage K

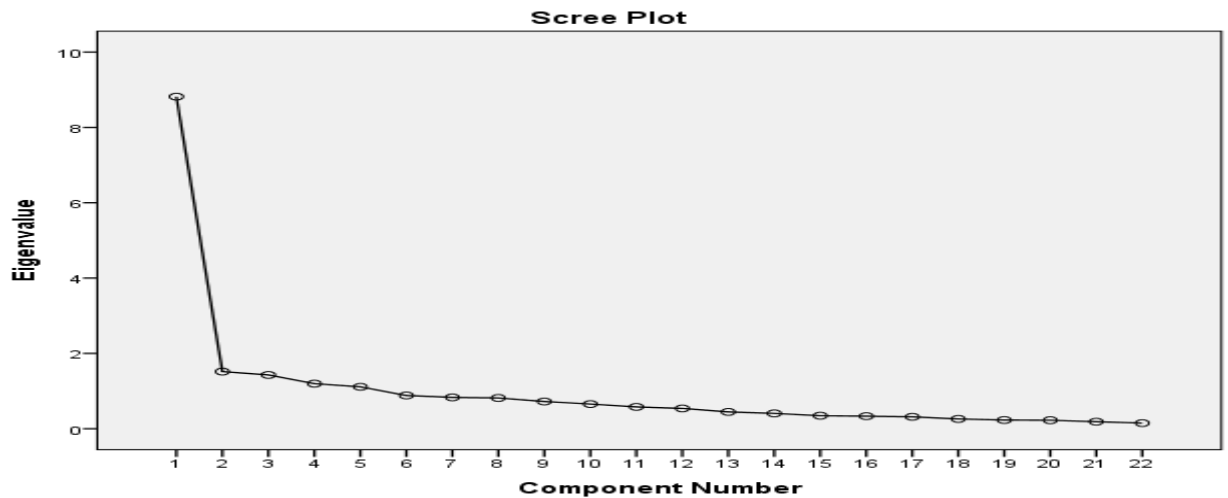
Op basis van Bijlage J en Bijlage K kunnen enkele resultaten worden afgeleid m.b.t. de schriftelijke en online bevraging.

Een eerste opvallende bevinding voor de schriftelijke bevraging is dat voor 'realisatie', item 14 (Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan), 16 (Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen), 28 (Dit centrum heb ik zelf gekozen) en 38 (Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen) het minst vaak werden ingevuld. Drie van deze items hebben betrekking op het dossier van de cliënt. Ook voor 'belang' worden item 14 en 16 het minst goed ingevuld.

Een tweede opvallende bevinding, ditmaal voor de online bevraging is het groot aantal respondenten dat afhaakt. Merk op dat in de online bevraging telkens een andere webpagina werd getoond na het beantwoorden van 8 items. Dit verklaart mee de sprongen in het aantal niet ingevulde antwoorden (men stopt bv. na X pagina's te hebben ingevuld). Verder bevroegen we in de schriftelijke vragenlijst niet de mate waarin men item 18 (Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect) en 40 (Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten) belangrijk vond omdat deze items negatief geformuleerd zijn en interpretatiemoeilijkheden kunnen ontstaan.

Bijlage M: Exploratieve factoranalyses

- Realisatie test 1



Figuur 1 Test 1 (realisatie): Bepaling van het aantal factoren op basis van de eigenwaarde

Tabel 19 Test 1 (realisatie): Factorladingen (>.60)

	Factor 1
1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.	
2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.	0.75
3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.	0.77
4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.	
5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.	
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	
8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.	0.71
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	0.67
10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.	0.84
11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.	0.82
12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.	0.76
13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.	0.84
14. Ik ontving zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	
15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.	0.77
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	
17. Het team legt alles begrijpelijk uit.	0.81
18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.	
19. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twifelen aan mezelf.	
20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.	0.68
21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.	0.64
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	0.67

- Realisatie test 2



Figuur 2 Test 2 (realisatie): Bepaling van het aantal factoren op basis van de eigenwaarde

Tabel 20 Test 2 (realisatie): Factorladingen (>.60)

	Factor 1
23. Ik kan binnen een aanvaardbare termijn een afspraak krijgen bij dit centrum.	0.70
24. Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen.	
25. Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) kan bereiken.	0.72
26. Ik kan de ondersteuning die dit centrum mij geeft, betalen.	
27. Ik geraak gemakkelijk tot bij dit centrum.	
28. Dit centrum heb ik zelf gekozen.	
29. Ik heb hier de keuze over wie mij helpt.	0.61
30. De hulpverlener(s) helpen mij bij het nemen van belangrijke beslissingen.	0.66
31. Als men mijn mening vraagt over dit centrum, dan houdt men rekening met mijn antwoord.	0.65
32. De hulpverlener(s) proberen mijn vragen waarvoor ik kom, goed te begrijpen.	0.76
33. Ik word door de hulpverlener(s) gerespecteerd zoals ik ben.	0.82
34. Ik voel mij veilig in dit centrum.	0.75
35. De hulpverlener(s) die hier werken, doen hun job goed.	0.78
36. Ik heb een kopie van mijn dossier of ondersteuningsplan.	
37. Het team informeert mij goed over de ondersteuning die kan geboden worden in mijn situatie.	
38. Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen.	0.60
39. Het team geeft een verstaanbare uitleg.	0.79
40. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten.	
41. Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum.	
42. Dit centrum heeft voldoende respect voor mijn privacy.	0.70
43. Mijn situatie is verbeterd door de hulp die ik hier krijg.	0.70
44. Ik kan in dit centrum steeds bij dezelfde hulpverlener(s) terecht.	0.77

Bijlage N: Betrouwbaarheid van schalen die de realisatie van kwaliteitsvolle zorg meten

		Interne consistentie (Chronbach's alfa)	Paralleltest betrouwbaarheid
Test 1	Gehele versie	0.90	0.89
	Verkorte versie	0.93	0.91
Test 2	Gehele versie	0.86	0.89
	Verkorte versie	0.92	0.90

Bijlage O: Voorkeursdisconfirmaties Type 1 en Type 2 (in %)

	Type 1	Type 2
1. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.	4.7%	6.5%
2. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.	3.4%	0.6%
3. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.	2.7%	0.5%
4. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.	6.7%	0.6%
5. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.	6.1%	2.2%
6. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.	15.6%	0.0%
7. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.	22.7%	0.0%
8. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.	6.0%	0.0%
9. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.	15.0%	0.7%
10. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.	4.2%	1.8%
11. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.	3.6%	0.6%
12. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.	3.7%	0.0%
13. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.	5.5%	1.2%
14. Ik ontvang zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.	22.1%	0.0%
15. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.	8.3%	0.0%
16. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.	19.7%	1.5%
17. Het team legt alles begrijpelijk uit.	5.2%	0.0%
18. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.	7.9%	13.2%
19. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twijfelen aan mezelf.	5.1%	12.7%
20. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.	4.0%	0.7%
21. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.	3.4%	0.0%
22. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).	13.7%	1.4%
23. Ik kan binnen een aanvaardbare termijn een afspraak krijgen bij dit centrum.	6.4%	0.0%
24. Dit centrum maakt geen onderscheid tussen de mensen.	14.8%	0.7%
25. Als het nodig is, weet ik hoe ik mijn hulpverlener(s) kan bereiken.	3.4%	0.7%
26. Ik kan de ondersteuning die dit centrum mij geeft, betalen.	5.4%	1.5%
27. Ik geraak gemakkelijk tot bij dit centrum.	5.3%	1.5%
28. Dit centrum heb ik zelf gekozen.	9.0%	0.0%
29. Ik heb hier de keuze over wie mij helpt.	24.1%	0.0%

30. De hulpverlener(s) helpen mij bij het nemen van belangrijke beslissingen.	8.0%	0.0%
31. Als men mijn mening vraagt over dit centrum, dan houdt men rekening met mijn antwoord.	10.9%	0.0%
32. De hulpverlener(s) proberen mijn vragen waarvoor ik kom, goed te begrijpen.	2.8%	0.0%
33. Ik word door de hulpverlener(s) gerespecteerd zoals ik ben.	0.7%	0.0%
34. Ik voel mij veilig in dit centrum.	1.5%	0.7%
35. De hulpverlener(s) die hier werken, doen hun job goed.	2.0%	0.0%
36. Ik heb een kopie van mijn dossier of ondersteuningsplan.	30.8%	1.0%
37. Het team informeert mij goed over de ondersteuning die kan geboden worden in mijn situatie.	2.2%	5.2%
38. Als ik dit wil, kan ik steeds mijn dossier inkijken en vragen stellen.	18.0%	2.5%
39. Het team geeft een verstaanbare uitleg.	5.8%	0.0%
40. Doordat ik naar dit centrum kom, word ik door andere mensen uitgesloten.	7.1%	7.1%
41. Ik voel mij minderwaardig omdat ik ondersteuning nodig heb van dit centrum.	5.6%	12.1%
42. Dit centrum heeft voldoende respect voor mijn privacy.	3.5%	0.0%
43. Mijn situatie is verbeterd door de hulp die ik hier krijg.	2.9%	0.0%
44. Ik kan in dit centrum steeds bij dezelfde hulpverlener(s) terecht.	13.5%	0.0%

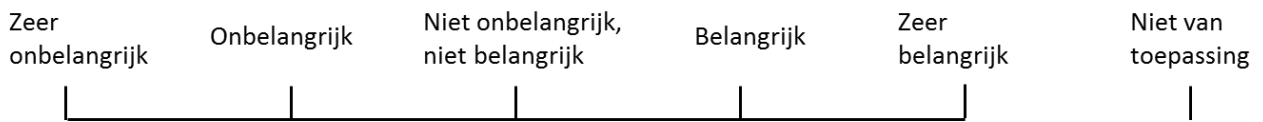
Een vragenlijst naar uw mening over de kwaliteit van zorg, hulp en dienstverlening (Vlaamse CliëntZorgMonitor)

1. Iedereen wordt binnen dit centrum rechtvaardig behandeld.

- In welke mate is dit voor u waar?

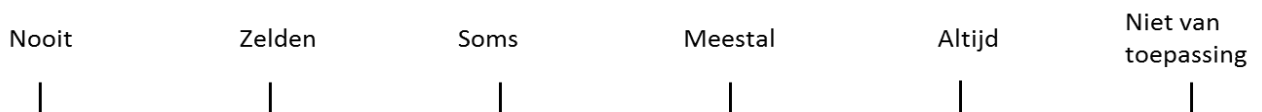


- In welke mate vindt u dit belangrijk?

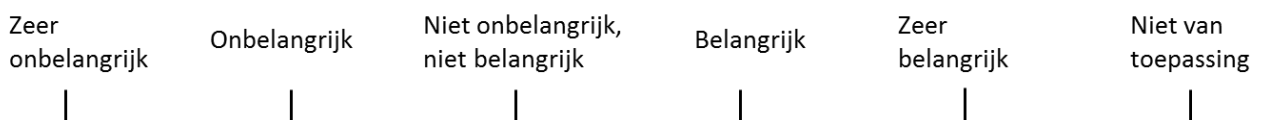


2. Ik weet hoe ik mijn hulpverlener(s) kan vinden als ik hen nodig heb.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



3. De hulpverlener(s) ondersteunen mij om belangrijke beslissingen te nemen.

- 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
----- ----- ----- -----					

4. Als ik mijn mening geef over dit centrum, dan gebruikt men deze informatie om de ondersteuning te verbeteren.

- 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
----- ----- ----- -----					

5. Ik merk dat hulpverlener(s) mij echt proberen te begrijpen.

- 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
----- ----- ----- -----					

6. De hulpverlener(s) behandelen mij met respect.

- 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
----- ----- ----- -----					

7. Ik voel mij op mijn gemak in dit centrum.

- 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
----- ----- ----- ----- -----					

8. De hulpverlener(s) die hier werken, kennen hun job.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing
----- ----- ----- ----- -----					

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

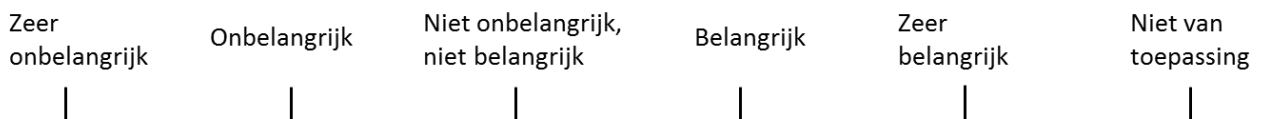
Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing
----- ----- ----- ----- -----					

9. Het team informeert mij goed over de ondersteuningsmogelijkheden die er hier zijn voor mij.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

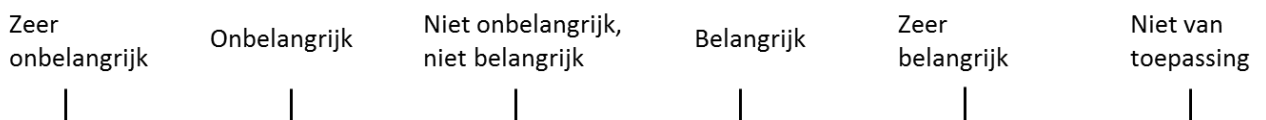


10. Het team legt alles begrijpelijk uit.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

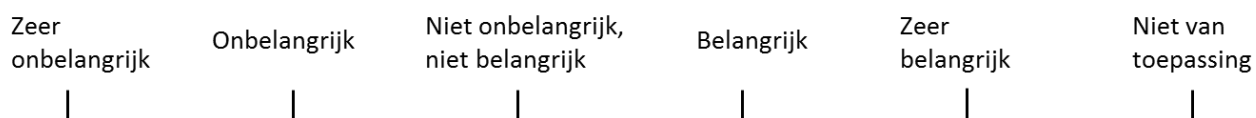


11. Mijn gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?

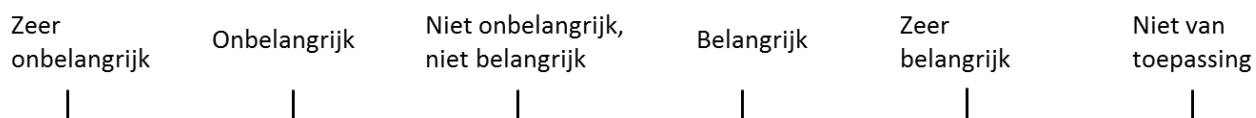


12. De ondersteuning die ik hier krijg, zorgt ervoor dat mijn situatie verbetert.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



13. Ik kan in dit centrum steeds een beroep doen op dezelfde hulpverlener(s).

- 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

14. De wachttijd om een afspraak te krijgen bij dit centrum is voor mij aanvaardbaar.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

- In welke mate vindt u dit belangrijk?

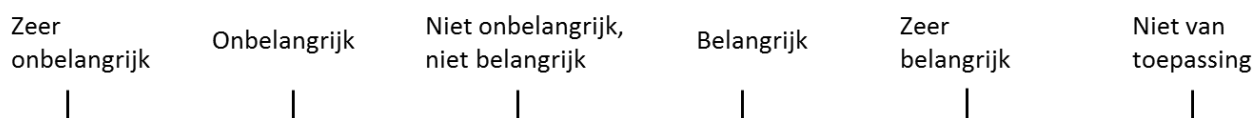
Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Niet onbelangrijk, niet belangrijk	Belangrijk	Zeer belangrijk	Niet van toepassing

15. De ondersteuning van dit centrum is betaalbaar voor mij.

- In welke mate is dit voor u waar?

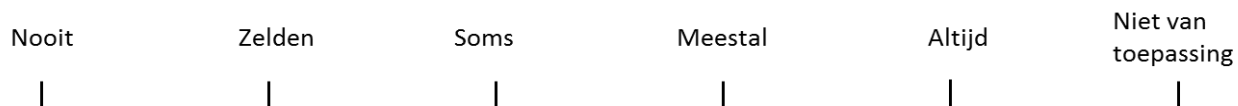


- In welke mate vindt u dit belangrijk?

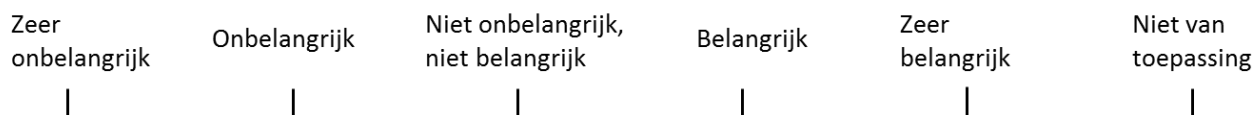


16. Dit centrum is gemakkelijk bereikbaar.

- In welke mate is dit voor u waar?



- In welke mate vindt u dit belangrijk?



17. Wanneer ik ondersteuning nodig heb, kan ik zelf het centrum kiezen dat mij helpt.

- 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
----- ----- ----- -----					

18. Ik kan hier zelf kiezen wie mij helpt.

- 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
----- ----- ----- -----					

19. Ik ontvang zelf een exemplaar van mijn dossier of ondersteuningsplan.

- 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
----- ----- ----- -----					

20. Ik heb inzage in mijn dossier en kan hierover vragen stellen.

- 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
----- ----- ----- -----					

21. Doordat ik naar dit centrum kom, behandelen andere mensen mij met minder respect.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

22. Doordat ik naar dit centrum kom ben ik gaan twijfelen aan mezelf.

- In welke mate is dit voor u waar?

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing

Tot slot wensen we enkele achtergrondgegevens (van de gebruiker) te bevragen.

1. Wat is uw geslacht? Kruis aan.
 - Mannelijk
 - Vrouwelijk

2. In welk jaar bent u geboren?
In

3. Welk is uw hoogst behaalde diploma?
 - Diploma lager onderwijs
 - Diploma middelbaar onderwijs
 - Diploma hoger onderwijs

4. In welke provincie bevindt zich het centrum waarvoor u deze vragenlijst invulde?
 - Antwerpen
 - Brussel
 - Limburg
 - Oost-Vlaanderen
 - Vlaams-Brabant
 - West-Vlaanderen

5. Voor wie zocht u ondersteuning bij dit centrum?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 - Voor mezelf
 - Voor iemand anders:
 - Voor een kind/jongere (tot 18 jaar)
 - Voor een volwassene
 - Voor een 65-plusser
 - Andere:.....

6. Welk type van ondersteuning krijgt u van dit centrum?
Meerdere antwoorden zijn mogelijk.
 - Ik verblijf in het centrum.
 - De ondersteuning vindt plaats in het centrum.
 - Het personeel van het centrum komt tot bij mij.
 - Andere:

7. Vult u deze vragenlijst voor een andere persoon in?
 - Nee, ik vul deze vragenlijst voor mezelf in
 - Ja en ik ben de wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon (bv. familielid)
 - Ja, maar ik ben geen wettelijk vertegenwoordiger van deze persoon

8. Feedback met betrekking tot de vragenlijst kan u hieronder kwijt.