

**Ontwikkeling van een vragenlijst voor het  
bevragen van de ervaringen van gebruikers betrokken in de  
pilootfase Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)**

Eva Pattyn  
Ruben Willems  
Jeroen Trybou

Universiteit Gent

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

**STEUNPUNT  
 WELZIJN  
 VOLKSGEZONDHEID &  
 GEZIN**

Publicatie nr. 2024/06  
 SWVG-Rapport 32  
 Titel rapport: Ontwikkeling van een vragenlijst voor het bevragen van de ervaringen van gebruikers betrokken in de pilootfase RTH  
 Promotor: Jeroen Trybou<sup>1</sup>  
 Copromotor: Ruben Willems<sup>1</sup>  
 Onderzoekers: Eva Pattyn<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universiteit Gent

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

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

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

#### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
<b>KU Leuven</b>	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Koen Hermans
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
<b>UGent</b>	
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Jeroen Trybou
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
· Sociaal Werk	
<b>Hogeschool Gent</b>	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
<b>Karel De Grote hogeschool</b>	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
<b>Hogeschool PXL</b>	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
<b>Odisee co-hogeschool</b>	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
<b>KeFor</b>	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder
	Lut Van Hoof

## Rapport 32

Mei 2024

### Ontwikkeling van een vragenlijst voor het bevragen van de ervaringen van gebruikers betrokken in de pilootfase Rechtstreeks Toegankelijke Hulp (RTH)

Onderzoeker: Eva Pattyn<sup>1</sup>  
Promotor: Jeroen Trybou<sup>1</sup>  
Copromotor: Ruben Willems<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universiteit Gent

#### Samenvatting

De invoering van het persoonsvolgend financieringssysteem in 2017 door het Vlaamse Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), had als doel om gebruikers meer zeggenschap te geven over hun zorg en ondersteuning en een meer vraaggestuurde werking bij de aanbieders te bewerkstelligen. Om deze reden werd er geopteerd om de zorgaanbieders een regelluw kader aan te bieden, zodat zij zouden kunnen experimenteren met nieuwe vormen van dienstverlening, alsook de manier waarop de zorg en ondersteuning georganiseerd werd. Binnen de RTH werd dit flexibele kader verder doorgetrokken in de pilootprojecten. Hierbij kregen de RTH-aanbieders de kans om de noden die zij zagen in hun omgeving of bij hun cliënten te definiëren, en deze in een projectaanvraag in te dienen bij het VAPH. 111 initiatieven kregen zo de kans om nieuwe ondersteuningsvormen aan te bieden bij hun cliënten.

Gezien het VAPH verantwoordelijk is voor de organisatie en uitvoering van het beleid, zijn zij ook verantwoordelijk voor de evaluatie van dit beleid. Om deze reden werd er een onderzoeksaanvraag opgesteld om de cliëntgerichtheid of vraaggestuurdheid van de RTH-pilootprojecten te evalueren vanuit het perspectief van de gebruikers, en om een meetinstrument te ontwikkelen om deze ervaringen te capteren. Concreet werd de ervaring van cliëntgerichtheid in de RTH-pilootprojecten bekeken vanuit vier door het VAPH vooropgestelde thema's: (1) snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar, (2) laagdrempelig en nabij, (3) vraaggericht en op maat, en (4) geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH)-ondersteuning.

## Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen die in dit rapport besproken zullen worden, zijn de volgende:

- Hoe ervaren de betrokken stakeholders de cliëntgerichtheid van de geboden zorg en ondersteuning?
  - Hoe definiëren en ervaren zij de vier basisprincipes (snel en flexibel inzetbaar, laagdrempelig en nabij, vraaggericht en op maat, geïntegreerd en afgestemd) binnen de initiatieven van de pilootfase RTH?
  - Welke facilitators en barrières zijn er volgens hun m.b.t. deze basisprincipes?
- Hoe kan de cliëntgerichtheid van de zorg en ondersteuning op basis van de vier basisprincipes gemeten worden bij gebruikers?

## Algemene onderzoeksopzet

Om de ervaringen van cliëntgerichtheid en de vier thema's goed te capteren, werd er gewerkt met een *mixed method* opzet met enerzijds interviews en anderzijds de afname van vragenlijsten. In een eerste fase werd er een *rapid review* van de literatuur gedaan om een beeld te krijgen van de meetinstrumenten die reeds voorhanden zijn. Daarna werden er enkele interviews afgenomen met de verschillende stakeholders om hun ervaring met de vier vooropgestelde thema's van het project (1. snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar, 2. laagdrempelig en nabij, 3. vraaggericht en op maat, en 4. geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH)-ondersteuning) te bevragen en het gevonden meetinstrument, *de Vragenlijst Cliëntenperspectief op Vraaggerichtheid van de Zorg (CCCQ)*, uit de literatuur te bespreken. Via de interviews werd er op die manier nagegaan hoe gebruikersorganisaties, koepelorganisaties en RTH-aanbieders de cliëntgerichtheid en de dienstverlening ervaren en definiëren, en of er hier verschillen tussen deze stakeholdergroepen zijn.

In een tweede fase werd het nieuwe meetinstrument ontwikkeld, waarbij de concepten van cliëntgerichtheid in de literatuur en het bestaande meetinstrument werden vergeleken met de bevindingen uit de interviews en de vier vooropgestelde thema's van het project. Hierbij werd er nagegaan of er nog aanvullingen nodig waren aan het meetinstrument. Voor ontbrekende thema's werden er items opgesteld a.d.h.v. de projectfiche, de literatuur en de interviews. Volgens de respondenten dienden volgende thema's nog opgenomen te worden in de vragenlijst: het voortraject (toegang tot informatie of kennis over het zorglandschap, en de bereikbaarheid of de manier waarop men in contact kwam met de RTH-aanbieder), het natraject (de betrokkenheid, het aanpassen van de ondersteuning wanneer nodig of indien mogelijk, en de overdracht) en geïntegreerde ondersteuning of samenwerking tussen partners.

De draftversie van de vragenlijst werd eerst afgetoetst op de RTH-studiedag van 15 september 2023 waar zo'n 90% van de pilootprojecten aanwezig was. Daarna werd de feedback van de RTH-pilootprojecten verwerkt en de nieuwe versie werd voorgelegd aan de stuurgroep waar onderzoekers, medewerkers van het VAPH, gebruikers- en koepelorganisaties deel van uitmaakten. Tijdens deze stuurgroep werden de verschillende vragen besproken op vlak van de duidelijkheid, relevantie en correctheid.

De finale versie van de vragenlijst werd digitaal afgenomen via Qualtrics en was beschikbaar van 20 oktober 2023 tot en met 3 februari 2024. Er werd ook de mogelijkheid geboden om de vragenlijst op papier te verkrijgen. Respondenten werden gerekruteerd via de pilootprojecten.

De data van de vragenlijst werden in SPSS (versie 29 voor windows) geanalyseerd. De resultaten werden eerst geanalyseerd via beschrijvende statistiek, namelijk met behulp van frequenties, parameters van positie en van spreiding. Daarna werden de structurele validiteit en interne consistentie van het gevalideerd meetinstrument geanalyseerd met Principal Axis Factoring en de Cronbach's Alpha.

## Resultaten

Bij de online vragenlijst, vulden 82 respondenten de vragen over het voortraject in. 78 respondenten vulden de vragen over het voortraject en het bestaande gevalideerd meetinstrument in en 74 respondenten vulden de nieuw ontwikkelde vragenlijst volledig in. Daarnaast werden er acht ingevulde vragenlijsten op papier ontvangen van de 58 verstuurd vragenlijsten (response rate van 13.7%).

Driekwart van de respondenten (75.6%) vulde de nieuw ontwikkelde vragenlijst in voor de ondersteuningsvorm *begeleiding*, waarbij één op één begeleiding thuis (42.2%) het vaakst geëvalueerd werd. De ervaringen met het voortraject, de cliëntgerichtheid van de ondersteuning en het natraject werden positief bevonden. 15.6% vond het niet duidelijk welke ondersteuning ze gingen krijgen bij de RTH-aanbieder, terwijl dit voor twee derde van de respondenten wel duidelijk was (66.7%). Meer dan driekwart van de respondenten (77.8%) diende maximaal drie maanden te wachten voor hun ondersteuning. Daarnaast was de ondersteuning voor 36.7% gratis en voor de 36.7% van de respondenten die wel diende te betalen, was de bijdrage ook betaalbaar.

Ook voor het natraject werden gelijkaardige resultaten gevonden met 81.9% van de respondenten die de ondersteuning zinvol vond, 63.8% die zich betrokken voelde bij de werking van de RTH-aanbieder en 79.5% die de gemaakte afspraken kon aanpassen indien de noden wijzigden. Tot slot werden er geen verschillen gevonden in de ervaring van cliëntgerichtheid tussen RTH-aanbieders, noch qua type RTH-aanbieder (nieuw vergund of al een vergunning bij het VAPH) als qua grootte (klein en middelgroot versus groot) of tussen respondenten qua hoe de vragenlijst ingevuld werd (cliënt vulde de vragenlijst alleen in of met een informele zorgverlener versus ingevuld met een professionele hulpverlener of als persoon uit het netwerk) of qua leeftijd (minderjarigen versus meerderjarigen).

## Aanbevelingen en conclusies

25 respondenten beantwoordden de vraag over bij welke RTH-aanbieder ze hun ondersteuning inkochten niet, dus bij de afname van een volgende vragenlijst wordt er best gewerkt met codes om RTH-aanbieders in te delen op basis van type en grootte.

Er werd weinig ingevuld bij de open vragen, dus het vierde principe *geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH)-ondersteuning* zal nog verder uitgewerkt dienen te worden in de vragenlijst om dit te kunnen capteren. Hiervoor kan er gewerkt worden met de data die het VAPH tijdens de evaluatiegesprekken met de pilootprojecten verzamelde.

Er is een divers publiek aan cliënten binnen de RTH-pilootprojecten en binnen de RTH-ondersteuning algemeen, waardoor er enkele aanpassingen nodig zijn aan de huidige vragenlijst. Deze betreffen een verkorte versie voor mondelinge afname, het verwijderen van de vraag over type handicap of de referentie naar handicap in de informatiebrief. Daarnaast dient er nagegaan te worden hoe de cliënten van de pilootprojecten die zich richten op outreach, het beste bevraagd kunnen worden m.b.t. hun ervaringen met deze outreach ondersteuning. Deze cliënten zijn geen zorggebruikers, maar medewerkers van bepaalde organisaties die meer inclusief willen gaan werken, bv. een school, een bedrijf of een OCMW.

Voor een betere afname zal de vragenlijst dus nog verder ingekort dienen te worden, waarbij er gebruik gemaakt kan worden van de resultaten uit de factoranalyse en de interne consistentieanalyse van de CCCQ. Daarnaast dient de vraag over de betaalbaarheid en over de afstemming van de ondersteuning op bepaalde aspecten herbekeken te worden.

## Inhoud

<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
<b>Hoofdstuk 1      Methode</b>	<b>11</b>
1      Fase 1: Verkenning van de thema's en opmaak van de vragenlijst	11
1.1      Screening literatuur	11
1.2      Interviews met de verschillende stakeholders	11
2      Fase 2: Validering vragenlijst en eerste datacollectie	12
2.1      Ontwikkeling vragenlijst en validatie	12
2.2      Datacollectie	12
2.3      Dataverwerking	13
3      Ethisch Comité	13
<b>Hoofdstuk 2      Resultaten</b>	<b>15</b>
1      Literatuurstudie	15
2      Interviews met stakeholders	18
2.1      De vier vooropgestelde thema's	18
2.2      Positieve en negatieve factoren voor een cliëntgerichte aanpak binnen de RTH-pilootprojecten	20
2.3      Feedback op het gevalideerd meetinstrument	21
3      Resultaten van de eerste meting	21
3.1      Aantal ingevulde vragenlijsten	21
3.2      Karakteristieken van de respondenten	23
3.3      De karakteristieken van de zorg en ondersteuning van de RTH-gebruiker	25
3.4      De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: voortraject	27
3.5      De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: Vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg (CCCQ)	28
3.6      De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: natraject	32
3.7      Verschillen tussen RTH-aanbieders	35
3.8      Verschillen tussen respondenttypen	38
<b>Hoofdstuk 3      Aanbevelingen en conclusies</b>	<b>43</b>
<b>Referenties</b>	<b>45</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>49</b>

## Lijst Tabellen

Tabel 1	Sociodemografische factoren van de RTH-gebruikers (n=90)	23
Tabel 2	Sociodemografische factoren van de meerderjarige RTH-gebruikers (n=77)	24
Tabel 3	Handicaptypes (n= 149 antwoorden; n = 90 respondenten)	25
Tabel 4	Ondersteuning binnen de gezondheids- welzijnssector (n = 90)	25
Tabel 5	Ingekochte ondersteuningstypes (n= 124 antwoorden; n = 90 respondenten)	26
Tabel 6	Ondersteuningstype waarvoor men de vragenlijst invult (n= 90)	27
Tabel 7	Stellingen over informatieverlening	27
Tabel 8	Stellingen over de betaalbaarheid van de RTH-ondersteuning	28
Tabel 9	Beschrijvende statistieken voor de CCCQ © Zuyd Hogeschool te Heerlen (2003)	29
Tabel 10	Correlatiematrix van de CCCQ	30
Tabel 11	Beschrijvende statistieken voor de CCCQ13 en twee factoren CCCQ1 en CCCQ2	31
Tabel 12	Stelling rond betrokkenheid en flexibiliteit	32
Tabel 13	Afstemming van de ondersteuning	32

## Lijst Figuren

Figuur 1	PRISMA flow diagram van het inclusieproces van de artikelen m.b.t. meetinstrumenten van cliëntgerichtheid bij personen met een handicap	16
Figuur 2	PRISMA flow diagram van het inclusieproces van de reviews m.b.t. meetinstrumenten van cliëntgerichtheid	17
Figuur 3	Flowchart van de online vragenlijsten	22
Figuur 4	Wachttijd voor de RTH-gebruikers	28
Figuur 5	Scree plot van de CCCQ zonder items 2 en 7	31
Figuur 6	Hulp om van aanbieder te wijzigen	33
Figuur 7	Aanwezigheid van andere partners bij de ondersteuning	34
Figuur 8	CCCQ13 per type RTH-aanbieder	35
Figuur 9	CCCQ1 per type RTH-aanbieder	36
Figuur 10	CCCQ2 per type RTH-aanbieder	36
Figuur 11	CCCQ13 per grootte organisatie	37
Figuur 12	CCCQ1 per grootte organisatie	37
Figuur 13	CCCQ2 per grootte organisatie	38
Figuur 14	CCCQ13 per type respondent	39
Figuur 15	CCCQ1 per type respondent	39
Figuur 16	CCCQ 2 per type respondent	40
Figuur 17	CCCQ13 per leeftijdscategorie	41
Figuur 18	CCCQ1 per leeftijdscategorie	41
Figuur 19	CCCQ2 per leeftijdscategorie	42



## Inleiding

Het bevorderen en implementeren van cliëntgerichte praktijken staat sinds enkele jaren op de politieke agenda van verschillende Westerse landen. Dit komt door de vraag naar meer betrokkenheid en inspraak bij de zorgvrager (Mead & Bower, 2000). Personen die nood hebben aan zorg en ondersteuning, willen niet langer een passieve ontvanger van zorg zijn maar mee vorm geven aan hun zorg en ondersteuning. Op die manier is deze zorg en ondersteuning meer op maat en aangepast aan hun wensen, noden en levensdoelen (Crozier et al., 2013; Riedel et al., 2016). M.a.w. wordt er dus gevraagd aan zorgaanbieders om vraaggestuurde zorg te leveren op maat van de cliënt. Zorgaanbieders dienen dus verder te kijken dan de aandoening, handicap of stoornis door een holistische focus aan te nemen, en te kijken naar de persoon achter de handicap. Daarnaast dienen ze de autonomie van de cliënt centraal te zetten en een coöperatieve houding aan te nemen (Cott et al., 2006; de Witte et al., 2006; Law et al., 1995). Dit betekent ook dat niet enkel individuele zorgaanbieders, maar ook zorgorganisaties, hun dienstverlening dienen aan te passen om meer cliëntgericht en vraaggestuurd te werken. Zorgaanbieders zullen zich dus flexibel moeten opstellen om tegemoet te komen aan de noden en wensen van hun cliënten (Eriksson, 2014).

Ook in Vlaanderen werd er gekozen om cliëntgerichte zorg en ondersteuning te stimuleren vanuit de overheid. In de sector voor personen met een handicap besloot de Vlaamse Overheid daarom om een systeem van persoonsvolgende financiering (PVF) in te voeren (Vlaams Parlement, 2014). PVF werd in 2017 geïmplementeerd bij meerderjarige personen met een handicap door het Vlaamse Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), en bestaat uit twee trappen; de eerste trap is de Rechtstreeks Toegankelijk Hulp (RTH) en de tweede trap is een Persoonsvolgend Budget (PVB). Het verschil tussen RTH en een PVB is dat de gebruiker voor RTH geen aanvraag hoeft in te dienen, gezien dit beperkte, handicapspecifieke ondersteuning betreft. Voor een PVB dient de persoon met een handicap wel een aanvraag in te dienen en wordt er een budget bepaald op maat van de aanvrager. Een PVB dient dus voor personen die nood hebben aan meer intensieve vormen van handicapspecifieke zorg en ondersteuning (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2024b).

Om beroep te doen op RTH, kunnen personen met (een vermoeden van) een handicap rechtstreeks aankloppen bij de RTH-aanbieders voor een kortdurend traject van ondersteuning. Deze ondersteuning kan de vorm aannemen van ambulante of mobiele begeleiding, dagopvang of een verblijf. Per jaar kan men op die manier acht punten inzetten bij een RTH-aanbieder en kan men dus afhankelijk van de ondersteuningsvorm een X-aantal dagen zorg en ondersteuning verkrijgen bij de RTH-aanbieder, bijvoorbeeld 91 dagen dagopvang of 61 nachten verblijf. Het is ook mogelijk om de verschillende ondersteuningsvormen te combineren (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2024a).

Bij de invoering van het PVF-systeem werd er ook geopteerd om de zorgaanbieders een regelluw kader aan te bieden. Zorgaanbieders krijgen de kans om te experimenteren met nieuwe vormen van dienstverlening, alsook de manier waarop de zorg en ondersteuning georganiseerd wordt. Het regelluw kader geeft hun zo de tijd en de mogelijkheid om zich aan te passen aan de nieuwe context. Daarnaast hebben ze ook de nodige flexibiliteit om vraaggestuurd te gaan werken en in te gaan op nieuwe zorgnoden (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2010). Binnen de RTH wordt dit flexibele kader verder doorgetrokken in de pilootprojecten. Hierbij krijgen zorgaanbieders de kans om de noden die zij zien in hun omgeving of bij hun cliënten, te definiëren en deze in een projectaanvraag in te dienen

bij het VAPH. Op deze manier kunnen zowel gekende ondersteuningsvormen zoals begeleiding, dagopvang of verblijf aangevraagd worden, maar ook nieuwe ondersteuningsvormen zoals de open functies en outreach.

Gezien het VAPH verantwoordelijk is voor de organisatie en uitvoering van het beleid, zijn zij ook verantwoordelijk voor de evaluatie van dit beleid (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2022b). Om deze reden werd een onderzoeksaanvraag opgesteld om de cliëntgerichtheid of vraaggestuurdheid van de RTH-pilootprojecten te evalueren vanuit het perspectief van de gebruikers en een meetinstrument te ontwikkelen om deze ervaringen te capteren. Concreet wordt de ervaring van cliëntgerichtheid bekeken vanuit vier door het VAPH vooropgestelde thema's: (1) snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar, (2) laagdrempelig en nabij, (3) vraaggericht en op maat, en (4) geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH) -ondersteuning. Deze vier thema's zullen a.d.h.v. interviews bevraagd worden bij verschillende stakeholders om op deze manier tot een meetinstrument te komen dat de ervaringen van RTH-gebruikers kan capteren en evalueren.

# Hoofdstuk 1

## Methode

### 1 Fase 1: Verkenning van de thema's en opmaak van de vragenlijst

#### 1.1 Screening literatuur

Door middel van een *rapid review* werd de bestaande wetenschappelijke literatuur m.b.t. de meetinstrumenten van cliëntgerichtheid van zorg en ondersteuning in kaart gebracht. Hiervoor werd er geopteerd om te werken met twee zoekstrings. Met de eerste zoekstring werd er gezocht naar artikelen over meetinstrumenten die cliëntgerichtheid bij personen met een handicap meten, met de tweede zoekstring werd er gezocht naar reviews die in het algemeen over meetinstrumenten van cliëntgerichtheid rapporteren. Er werd geopteerd om met twee zoekstrings te werken om zowel het validatieproces te bekijken van sector specifieke meetinstrumenten als deze van meetinstrumenten in een algemene zorg- en ondersteuningscontext.

Beide zoekstrings bestonden uit drie delen: het eerste deel omvatte alle zoektermen m.b.t. cliëntgerichtheid, het tweede deel de zoektermen m.b.t. meetinstrumenten en de validering van deze en de derde ofwel zoektermen m.b.t. personen met een handicap ofwel zoektermen m.b.t. soorten reviews. Met beide zoekstrings werden zes databanken doorzocht tot en met 14 juli 2023: CINAHL, Embase, Medline, ProQuest (selectie van databanken), PubMed en Web of Science. Om geïnccludeerd te worden, dienden artikelen te rapporteren over meetinstrumenten die de cliëntgerichtheid van zorg meten bij zorg- en ondersteuningsgebruikers. Daarnaast dienden artikelen geschreven te zijn in het Nederlands, Frans of Engels. Er werden geen limieten opgelegd qua jaartal of locatie van het onderzoek.

De zoekresultaten werden geëxporteerd naar EndNote 20 (Clarivate, 2024) en duplicaten werden verwijderd. Na het verwijderen van de duplicaten werden de titels van de zoekresultaten gescreend in Rayyan (Ouzzani et al., 2016). De meetinstrumenten die gerapporteerd werden in de geïnccludeerde zoekresultaten na de abstract screening, werden beoordeeld a.d.h.v. drie criteria: (1) het type respondent, (2) de context en (3) het type aandoening. Meetinstrumenten dienden afgenomen te worden bij de cliënt of zorggebruiker zelf en niet bij de zorgverlener. Meetinstrumenten dienden bruikbaar te zijn in een thuiscontext en dus geen klinische setting te betreffen. Meetinstrumenten dienden een algemene insteek te hebben en dus niet gericht te zijn op bepaalde types van aandoeningen zoals bijvoorbeeld: kanker, diabetes of psychiatrische aandoeningen.

#### 1.2 Interviews met de verschillende stakeholders

Na de zoektocht in de literatuur naar meetinstrumenten die de cliëntgerichtheid van zorg en ondersteuning meten, werden er interviews ingepland met een selectie van RTH-pilootprojecten, koepelorganisaties en gebruikersorganisaties. De selectie van de pilootprojecten gebeurde a.d.h.v. enkele criteria om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de verschillende doelgroepen en werkwijzen binnen de pilootprojecten. Hierbij werd er gekeken naar de doelgroep, zowel qua leeftijd (minderjarigen, meerderjarigen of de beide) als qua aandoening (fysieke, sensitieve of verstandelijke

handicap), de locatie van het project, de grootte volgens het aantal toegekende RTH-punten en of de zorgaanbieder al een vergunning als RTH-aanbieder had of niet.

Tijdens het interview werd de ervaring met en de visie op de vier vooropgestelde thema's bevraagd: (1) snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar, (2) laagdrempelig en nabij, (3) vraaggericht en op maat, en (4) geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH)-ondersteuning. Daarnaast werd ook een gevalideerde vragenlijst, *Vragenlijst Cliëntenperspectief op Vraaggerichtheid van de Zorg (CCCQ)*, die in de literatuur gevonden werd, besproken. Hierbij werd er gevraagd naar de bruikbaarheid van dit meetinstrument voor de doelgroep van de studie en de toepasbaarheid op de vier vooropgestelde thema's.

In totaal werden er 11 interviews afgenomen die 20 tot 40 minuten duurden. Interviews werden online of fysiek afgenomen afhankelijk van de voorkeur van de respondent. De data werden geanalyseerd op basis van de vier vooropgestelde thema's, en er werd gekeken of er nog nieuwe informatie gevonden werd m.b.t. deze. Tot slot werden de aanbevelingen m.b.t. de vragenlijst of het project geanalyseerd.

## **2 Fase 2: Validering vragenlijst en eerste datacollectie**

### **2.1 Ontwikkeling vragenlijst en validatie**

Het gevalideerd meetinstrument, CCCQ, werd vergeleken met de vier vooropgestelde thema's van het project om na te gaan of er nog aanvullingen nodig zijn. Daarnaast werden ook de aanbevelingen van tijdens de interviews meegenomen om ontbrekende thema's te capteren. Voor de ontbrekende thema's worden er items opgesteld a.d.h.v. de projectfiche, de interviews en de literatuurstudie.

De draftversie van de vragenlijst werd tijdens de RTH-studiedag op 15 september 2023 meegegeven aan alle deelnemers. De deelnemers aan deze studiedag omvatten ongeveer 90% van alle RTH-pilootprojecten. Tijdens de studiedag konden de deelnemers anoniem hun feedback geven door een papieren versie met hun aantekeningen achter te laten in een brievenbus. Daarnaast was er ook de mogelijkheid om de feedback achteraf per mail te bezorgen.

Na het toepassen van de feedback van de RTH-pilootprojecten werd de vragenlijst een laatste keer afgetoetst en gevalideerd in de stuurgroep bij de stakeholders van het project. Tijdens deze stuurgroep werden de verschillende vragen besproken op vlak van duidelijkheid, relevantie en correctheid. De vragenlijst werd aangepast aan de feedback van de stuurgroepleden en deze aangepaste versie werd nog een laatste keer doorgestuurd ter goedkeuring.

### **2.2 Datacollectie**

De finale vragenlijst werd digitaal afgenomen via Qualtrics en stond open vanaf 20 oktober 2023. Origineel zou de vragenlijst openstaan tot en met 28 november 2023. Echter gezien enkele RTH-aanbieders gevraagd hadden of er eventueel papieren versies beschikbaar zouden zijn, werd de studieduur verlengd tot en met 3 februari 2024. Op 28 november 2023 werd er daarom een reminder gestuurd naar alle pilootprojecten met de melding dat de studieduur verlengd werd en dat men papieren vragenlijsten kon aanvragen bij de onderzoekers. Op 25 januari 2024 werd er opnieuw een reminder gestuurd naar alle pilootprojecten en op 12 februari 2024 werd er specifiek een reminder gestuurd naar de pilootprojecten die om papieren versies gevraagd hadden.

### **2.3 Dataverwerking**

De data werden in SPSS (versie 29 voor Windows) geanalyseerd. De resultaten werden eerst geanalyseerd via beschrijvende statistiek, namelijk met behulp van frequenties en parameters van positie en van spreiding.

Daarna werd de structurele validiteit met een exploratieve factoranalyse geanalyseerd, namelijk Principal Axis Factoring (PAF). Deze techniek werd gekozen omdat de data niet normaal verdeeld zijn en de sample minder dan 300 respondenten is. De assumpties voor factoranalyse werden getest met een Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) en Bartlett's test of sphericity. Nadien werd PAF met oblique rotatie toegepast. De interne consistentie van de vragenlijst werd getest met een Cronbach's Alpha.

Daarnaast werden non-parametrische testen gebruikt om het type RTH-aanbieder te vergelijken en de respondententypes te vergelijken (Mann-Whitney Test en Kruskal-Wallis Test). Bij het vergelijken van de verschillende respondententypes werden post-hoc testen gebruikt of de groepen van elkaar verschillenden met een Mann-Whitney test met Bonferroni correctie. Daarnaast werd ook de effectgrootte ( $r$ ) berekend. Er werd gekozen voor non-parametrische testen gezien de data niet normaal verdeeld waren en gezien de sample minder dan 100 respondenten bevat. Echter zijn de groepen, die vergeleken worden, niet gelijk verdeeld in aantal en kunnen er dus geen algemene conclusies getrokken worden uit deze resultaten.

### **3 Ethisch Comité**

Het onderzoek en de vragenlijst werden voorgelegd aan en goedgekeurd door het ethisch comité van onze faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent (registratienummer ONZ-2023-0362 en ONZ-2023-0506).



## Hoofdstuk 2

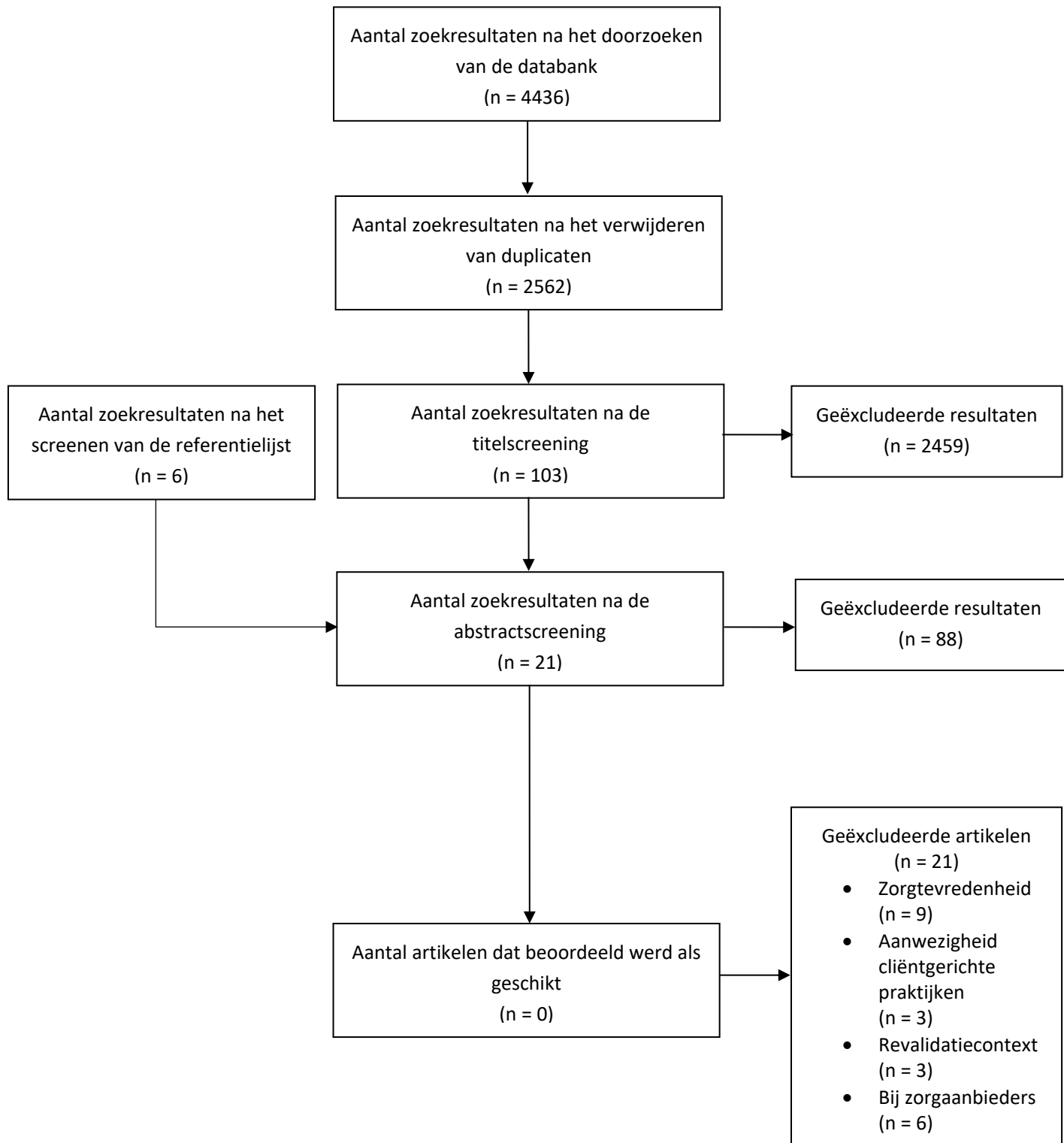
### Resultaten

#### 1 Literatuurstudie

De zoekstring m.b.t. meetinstrumenten gevalideerd bij personen met een handicap leverde 4436 resultaten op (zie Figuur 1). Na de verwijdering van duplicaten bleven er 2562 zoekresultaten over, waarvan 103 titels geïnccludeerd werden. Na het screenen van de abstracts, bleven er 15 artikelen over. De referentielijsten van deze zoekresultaten werden ook gescreend op relevante literatuur en zes artikelen werden hierbij geïnccludeerd. Van deze 21 resultaten handelden negen items over de tevredenheid met de geboden zorg (Beatty et al., 1998; Benjamin et al., 2000; Caldwell & Heller, 2007; Doty et al., 1996; Fleming-Castaldy, 2008, 2011; Squillace & Gold, 2000; Vinton, 2010; Wiener et al., 2007), drie items handelden over een beoordeling of cliëntgerichte praktijken aanwezig waren in de organisatie (Friedman, 2019; Sousa et al., 2010; Zhang et al., 2022), drie items betroffen een meetinstrument dat de cliëntgerichtheid meet in een revalidatiecontext (Himuro et al., 2013; Terwiel et al., 2017; Trute et al., 2008) en zes meetinstrumenten meten cliëntgerichtheid van zorg bij de zorgaanbieder (Conway et al., 2019; Cramm & Nieboer, 2019; Hakobyan et al., 2020; McCormick et al., 1975; Ratti et al., 2015, 2019). Geen enkel meetinstrument voldeed dus aan de vooropgestelde criteria.

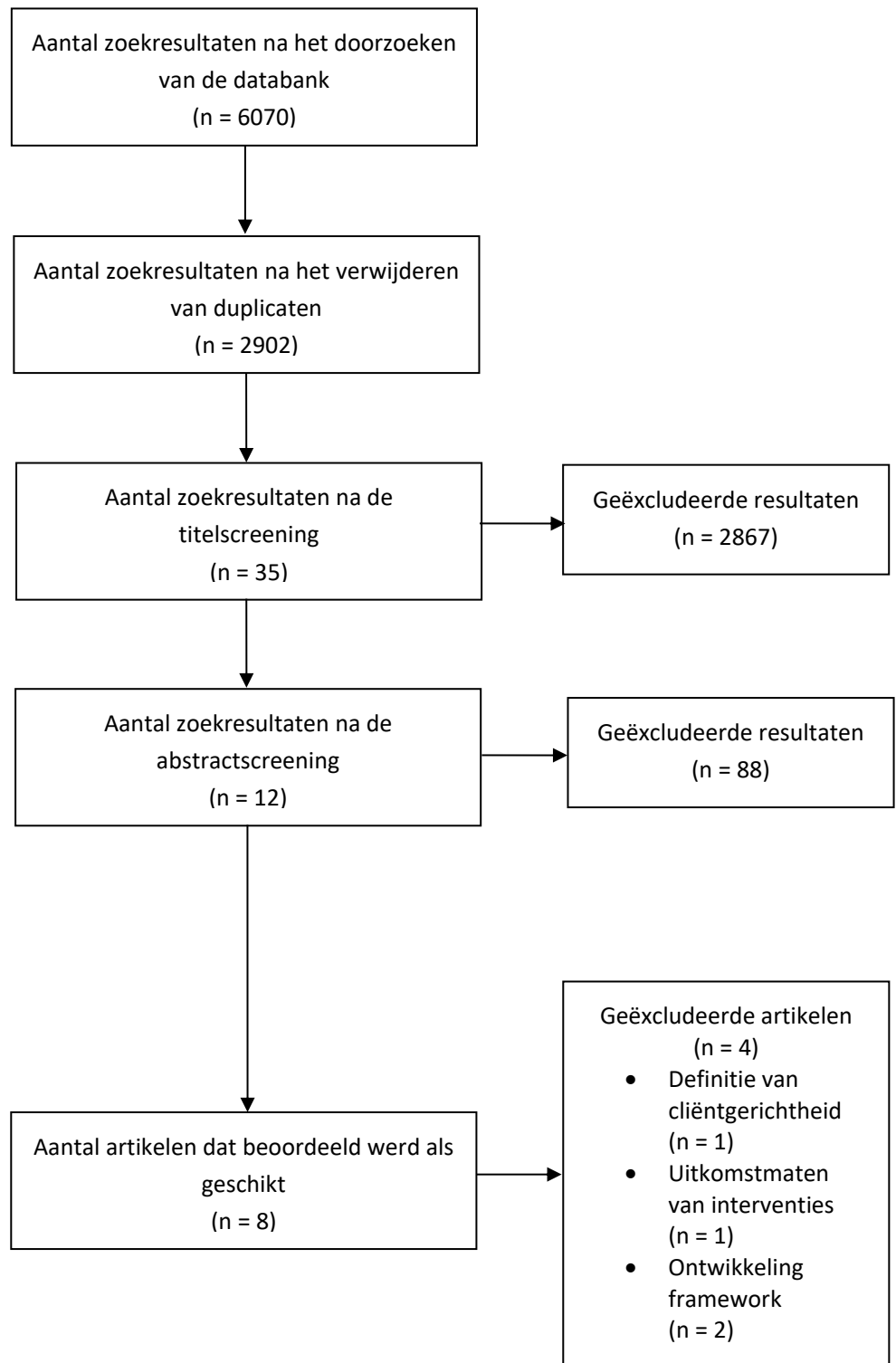
De zoekstring m.b.t. de reviews over meetinstrumenten die cliëntgerichtheid van zorg en ondersteuning meten, leverde 6070 resultaten op (zie Figuur 2). Na de verwijdering van duplicaten bleven er 2902 zoekresultaten over, waarvan 35 titels geïnccludeerd werden. Na het screenen van de abstracts, bleven er 12 artikelen over. Vier van deze 12 artikelen handelden niet over de beoordeling van meetinstrumenten, maar over een definitie van cliëntgerichte zorg (Byrne et al., 2020), uitkomstmaten van een interventie (Kuhlthau et al., 2011) of het ontwikkelen van een framework (Manalili et al., 2016; Marulappa et al., 2022). In de andere reviews (Almasri et al., 2018; Barbosa et al., 2022; Bautista et al., 2016; Clavel et al., 2021; Köberich & Farin, 2015; Nelson et al., 2022; Uijen et al., 2012; Wilberforce et al., 2016) werden de gerapporteerde meetinstrumenten beoordeeld a.d.h.v. de vooropgestelde criteria. Opnieuw werden de meeste meetinstrumenten gebruikt in een klinische setting zoals een ziekenhuis, een revalidatieafdeling, de eerstelijnszorg of de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast waren er meetinstrumenten die afgenomen werden bij de zorgverlener i.p.v. de gebruiker. Slechts één meetinstrument werd gevonden dat ontwikkeld werd in een thuiszorgcontext bij kwetsbare ouderen (de Witte et al., 2006) en dus voldeed aan de vooropgestelde criteria.

Figuur 1 PRISMA flow diagram van het inclusieproces van de artikelen m.b.t. meetinstrumenten van cliëntgerichtheid bij personen met een handicap





Figuur 2 PRISMA flow diagram van het inclusieproces van de reviews m.b.t. meetinstrumenten van cliëntgerichtheid



## 2 Interviews met stakeholders

Drie interviews vonden fysiek plaats op een locatie gekozen door de respondent en de overige acht vonden online plaats via Microsoft Teams. Hierbij werden er zes medewerkers uit zes van de 111 RTH-pilootprojecten bevraagd en vijf medewerkers uit de koepel- of gebruikersorganisaties. RTH-aanbieders kozen zelf welke medewerker deelnam aan het interview, maar vaak was dit de verantwoordelijke voor of de expert in het RTH-pilootproject.

### 2.1 De vier vooropgestelde thema's

De vier vooropgestelde thema's kwamen ook naar voren in de interviews. Hierbij werden er zaken vernoemd die zowel bij het thema *snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar* paste als bij het thema *laagdrempelig en nabij*.

#### 2.1.1 Snel inzetbaar en flexibel aanpasbaar

Aan de start van een traject wordt er gekeken welke noden de cliënt heeft, en hoe de RTH-aanbieder hiermee aan de slag kan gaan. Daarnaast wordt er ook gekeken welke oplossingen er zijn om de ondersteuning aan te passen aan de cliënt. Ondersteuning wordt dus zo *dicht mogelijk bij de cliënt* geboden. Sommige respondenten gaven ook aan dat ze *het traject van inschaling zo kort mogelijk* trachten te houden, zodat cliënten en andere zorgaanbieders zo snel mogelijk met hun adviezen aan de slag kunnen.

Tot slot wordt *de cliënt ook opgevolgd* tijdens het traject, waarbij evaluatiemomenten een belangrijke rol spelen. Trajecten worden na enkele maanden geëvalueerd met de cliënt om te kijken of alles goed verlopen is en nog steeds goed verloopt. Zo wordt er nagegaan of de begeleiding aangepast is aan de ondersteuningsnoden van de cliënt en of deze voldoet aan de verwachtingen van de cliënt.

#### 2.1.2 Laagdrempelig en nabij

Binnen dit thema wordt de *continuïteit in de begeleiding* vermeld, waarbij het belangrijk is dat de cliënt steeds dezelfde gezichten ziet en er niet te veel wissels in de begeleiding gebeuren. Ook geven sommige respondenten aan dat de ondersteuning *in de thuissituatie voorzien* wordt, zodat de cliënt zich niet dient te verplaatsen. Daarnaast gaven respondenten aan om in de begeleiding ook *het positieve te benadrukken*, zodat cliënten gesterkt worden in wat er wel goed loopt.

Sommige respondenten geven aan dat ze, om de *toegankelijkheid te vergroten*, ook buiten de kantooruren bereikbaar zijn, of dat ze de verplaatsing naar de locatie waar de begeleiding plaatsvindt, samen inoefenen met de cliënt. Daarnaast zorgt de pilootfase ervoor dat men een *loketfunctie* kan uitoefenen of *inloophuizen* kan voorzien waar de cliënt zonder afspraak kan binnenlopen, en dus onmiddellijk met zijn/haar vraag terecht kan. Ook wordt er in dit opzicht *het ontbreken van een toegangspoort* vermeld welke ervoor zorgt dat cliënten spontaan kunnen aankloppen bij een RTH-aanbieder zonder een aanvraagprocedure te moeten doorlopen. Tot slot kan de ondersteuning of bepaalde types van ondersteuning dankzij de deelname aan de pilootfase ook *kosteloos* geboden worden, zodat cliënten sneller geneigd zijn om het eens te proberen.

### 2.1.3 Gezamenlijk onderwerpen bij snel inzetbaar en flexibel en bij laagdrempelig en nabij

Hierbij wordt het *gebrek aan wachtlijsten* vermeld, zodat de ondersteuning snel aangeboden kan worden, maar ook als laagdrempelig aanzien wordt. Vaak is het voor een cliënt al een drempel om ondersteuning aan te vragen of aan te kloppen bij een RTH-aanbieder voor ondersteuning. Wanneer een cliënt dan dient te wachten op de nodige ondersteuning, kan dit als een drempel ervaren worden. Het zal dan moeilijker voor de cliënt zijn om daarna de begeleiding effectief op te starten. Echter geven een aantal respondenten ook aan dat hun capaciteit bijna bereikt is, en dat zij dus het ontbreken van een wachtlijst niet kunnen blijven garanderen. Bovendien kan er toch een wachtlijst gecreëerd worden doordat het aanbod binnen de regio beperkt is, en er dus te weinig plaatsen vrij zijn binnen die regio.

Daarnaast wordt ook het meer *regionaal werken* vermeld waarbij er gekeken wordt voor een regionale spreiding tussen personeelsleden. Op die manier kan men zo snel mogelijk op een vraag inspelen, maar ook de nabijheid bij de cliënt te garanderen. Het is niet altijd gemakkelijk om de juiste medewerker te vinden. Echter door een regionale spreiding te betrachten, kan dit wel zorgen voor een snelle opvolging van een vraag.

### 2.1.4 Vraaggericht en op maat

Een meerderheid van de respondenten haalt *het vraaggestuurd werken* aan waarbij men vertrekt vanuit de cliënt om de ondersteuning vorm te geven, en dit zowel qua noden en wensen als qua timing en frequentie. Het is dus belangrijk dat cliënten de mogelijkheid hebben om *de eigen noden aan te geven*, zodat de ondersteuning *afgestemd is op* deze noden. Op die manier geven respondenten aan dat er *maatwerk* geboden wordt of *op maat* van de cliënt gewerkt wordt. Dit gebeurt a.d.h.v. verschillende technieken die toegepast worden om de cliënt te betrekken bij de ondersteuning maar ook bij inschalingsverslagen of evaluaties. Een verslaggeving gebeurt bijvoorbeeld a.d.h.v. visuele voorstellingen of door te werken met kleurencodes, als dit nodig is om de begrijpbaarheid voor de cliënt te verhogen.

Een *coöperatieve samenwerking* tussen de cliënt en de RTH-aanbieder is belangrijk om vraaggestuurd te kunnen werken, waarbij de RTH-aanbieder regelmatig op zoek dient te gaan *naar de vraag achter de vraag*. Soms is er nog een andere vraag op de achtergrond aanwezig. Het is dan belangrijk om deze in een gesprek op te zoeken. *Informatieverlening* is hierbij ook belangrijk, zodat cliënten de mogelijkheid hebben om een beslissing te nemen over het type ondersteuning dat ze nodig hebben. Daarnaast geven de respondenten aan dat cliënten zoveel mogelijk *hun leven in eigen handen moeten kunnen nemen* en *eigen keuzes* moeten kunnen maken. Zo ook binnen de ondersteuning die ze wensen of nodig hebben; het dient mogelijk te zijn dat cliënten *sturing en regie geven* over de ondersteuning die ze nodig hebben. Tot slot dient de ondersteuning ertoe te leiden dat de cliënten *vertrouwen hebben in hun eigen kunnen*.

### 2.1.5 Geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH) -ondersteuning

Respondenten vermelden het belang van *samenwerking, doorverwijzingen of outreach in ruime zin*. Sommige respondenten melden hier ook het deelnemen aan *lokale overlegorganen*, of *het delen van locaties* met andere partners. Mogelijke samenwerkingen worden steeds bekeken vanuit de cliënt om zo te bepalen welke partner(s) er het best aangesproken wordt/worden. Sommige respondenten geven aan daarom zeer sterk *in te zetten op de transitiefase*, omdat tijdens deze fase vaak kostbare informatie verloren gaat. Gezien andere partners binnen een ander kader werken, verloopt het delen van dossiers niet altijd even vlot. Hierdoor begint een cliënt opnieuw als een wit blad bij de volgende aanbieder, en gaan nuttige adviezen of interessante info verloren.

Daarnaast geven respondenten ook aan om *in te zetten op hun bekendheid, en zich kenbaar te maken bij relevante stakeholders*. Tijdens de beginfase van het project zetten ze in op informatieverlening aan externe partners over wie ze zijn, wat ze doen, en welke cliënten bij hen terechtkunnen. Hierdoor beginnen cliënten pas op een later tijdstip door te stromen. Het is ook nodig om zich blijvend in te zetten voor deze bekendmaking, en te zoeken naar andere partners in het netwerk. Er zijn namelijk verschillende projecten lopende, waardoor het niet altijd even gemakkelijk is om elkaar te vinden. Tot slot wordt ook de *vrijheid om aan de slag te gaan met de cliënt* vermeld, en het kunnen *denken buiten de hokjes*.

## **2.2 Positieve en negatieve factoren voor een cliëntgerichte aanpak binnen de RTH-pilootprojecten**

### **2.2.1 De voordelen van het RTH-pilootproject**

Verschillende respondenten geven aan dat de erkenning als RTH-pilootproject ervoor gezorgd heeft dat er *extra financiële middelen* zijn vrijgekomen binnen de organisatie. Dit maakt dat men extra personeel kan aanwerven, of een nieuw personeelslid met specifieke expertise kan aanwerven. Op die manier zijn RTH-aanbieders in staat om zich te *specialiseren* rond een bepaald thema, een bepaalde doelgroep of een bepaald type van ondersteuning.

Daarnaast heeft dit ervoor gezorgd dat sommige respondenten *hun aanbod konden verruimen*, en dus meer kunnen doen dan voordien. Een belangrijk aspect dat daarbij vermeld wordt, is de mogelijkheid om *proactief* te werken. Men kan proactief op zoek gaan naar problemen voordat deze zich voordoen, en zo crisissituaties vermijden.

### **2.2.2 Barrières voor een cliëntgericht ondersteuningsbeleid**

Een eerste factor, vermeld door de respondenten, is een probleem dat zich algemeen voordoet in de welzijns- en zorgsector: *een tekort aan middelen, aan tijd en aan personeel*. Daarbij worden ook *personeelswissels* gemeld, welke ervoor zorgen dat bv. een inschalingstraject langer duurt dan vooropgesteld door de RTH-aanbieder, of dat de continuïteit in begeleiders in gedrang komt. Dit vormt bij kleinschalige projecten een groter probleem dan bij grotere projecten. Als iemand uitvalt in een kleinschalig project, heeft dit grotere gevolgen voor de continuïteit van de begeleiding dan bij een groter project waar dit opgevangen kan worden door een andere medewerker binnen de organisatie. Toch werd het thema door verschillende respondenten aangehaald.

Een tweede factor is het *gebrek aan betrokkenheid of doorzetting* bij de cliënten, omdat de prijs zo laag is. Het is positief dat cliënten verschillende ondersteuningstypes kunnen uitproberen, maar dit zorgt soms ook voor een verminderde aanwezigheid, een traject wordt daardoor op regelmatige basis onderbroken, of stopt sneller. Bij een groepsbegeleiding kan dit door de andere cliënten als onaangenaam ervaren worden, omdat er dan regelmatig nieuwe gezichten in de groep komen, en er steeds opnieuw een vertrouwensband dient opgebouwd te worden.

Een derde factor heeft te maken met het opzetten van samenwerkingsverbanden, welke door verschillende zaken belemmerd kunnen worden. Enerzijds kan het zijn dat een samenwerking *niet door de cliënt nodig wordt geacht*, waardoor bepaalde partners niet op de hoogte zijn van het traject dat de cliënt loopt. Anderzijds worden samenwerkingsverbanden ook belemmerd doordat de andere partners *een gevoel van wantrouwen of concurrentie* hebben; de andere partners denken dat de RTH-aanbieder

hun werk komt overnemen, en zij dus niet meer nodig zullen zijn binnen het traject dat loopt met de cliënt. Daarnaast kunnen *verschillen in wetgeving of normering* ervoor zorgen dat de samenwerking tussen de partner en de RTH-aanbieder moeilijk loopt. Tot slot geven enkele respondenten aan dat het huidige *systeem van PVF in zijn geheel en RTH specifiek niet altijd bekend* is bij de andere partners in het zorglandschap. Er wordt dus veel tijd gependend aan het uitleggen hoe het systeem in elkaar zit, en welke cliënten een beroep kunnen doen op RTH.

### 2.3 Feedback op het gevalideerd meetinstrument

Bij het tonen van het gevalideerd meetinstrument werd dit positief onthaald door de respondenten. Echter werden er nog enkele aanvullingen meegegeven. Echter ontbraken er nog enkele thema's of zaken. Ten eerste het voortraject, met name *de toegang tot informatie of kennis over het zorglandschap, en de bereikbaarheid of de manier waarop men in contact kwam met de RTH-aanbieder. Ten tweede het natraject, met name de betrokkenheid, het aanpassen van de ondersteuning wanneer nodig of indien mogelijk, en de overdracht.* Tot slot ontbrak ook de *geïntegreerde ondersteuning of samenwerking tussen partners.* Daarnaast vertrok de vragenlijst vanuit een *focus op de fysieke zorg* dus kon de verwoording best aangepast worden naar helpen of ondersteunen i.p.v. zorg.

Tot slot werd erop gewezen dat de vragenlijst voor personen met een lage geletterdheid of voor kinderen en jongeren best samen met een vertrouwenspersoon ingevuld kon worden. Een andere optie was om een kortere versie te voorzien voor deze respondenten, te werken met visuele aspecten of het laten aanduiden van kernwoorden. Echter was het binnen de huidige timing van het project niet mogelijk om met twee vragenlijsten te werken.

## 3 Resultaten van de eerste meting

Dit onderzoek is een exploratief onderzoek, waarbij er geen algemene conclusies getrokken kunnen worden voor de volledige groep RTH-gebruikers. Ten eerste werden er slechts een beperkt aantal vragenlijsten ingevuld. Ten tweede is het niet mogelijk om een reponse rate te berekenen, gezien de vragenlijst online werd aangeboden. Tot slot weten we op basis van de feedback van de stuurgroep dat de studie sample niet representatief is voor de groep van RTH-gebruikers.

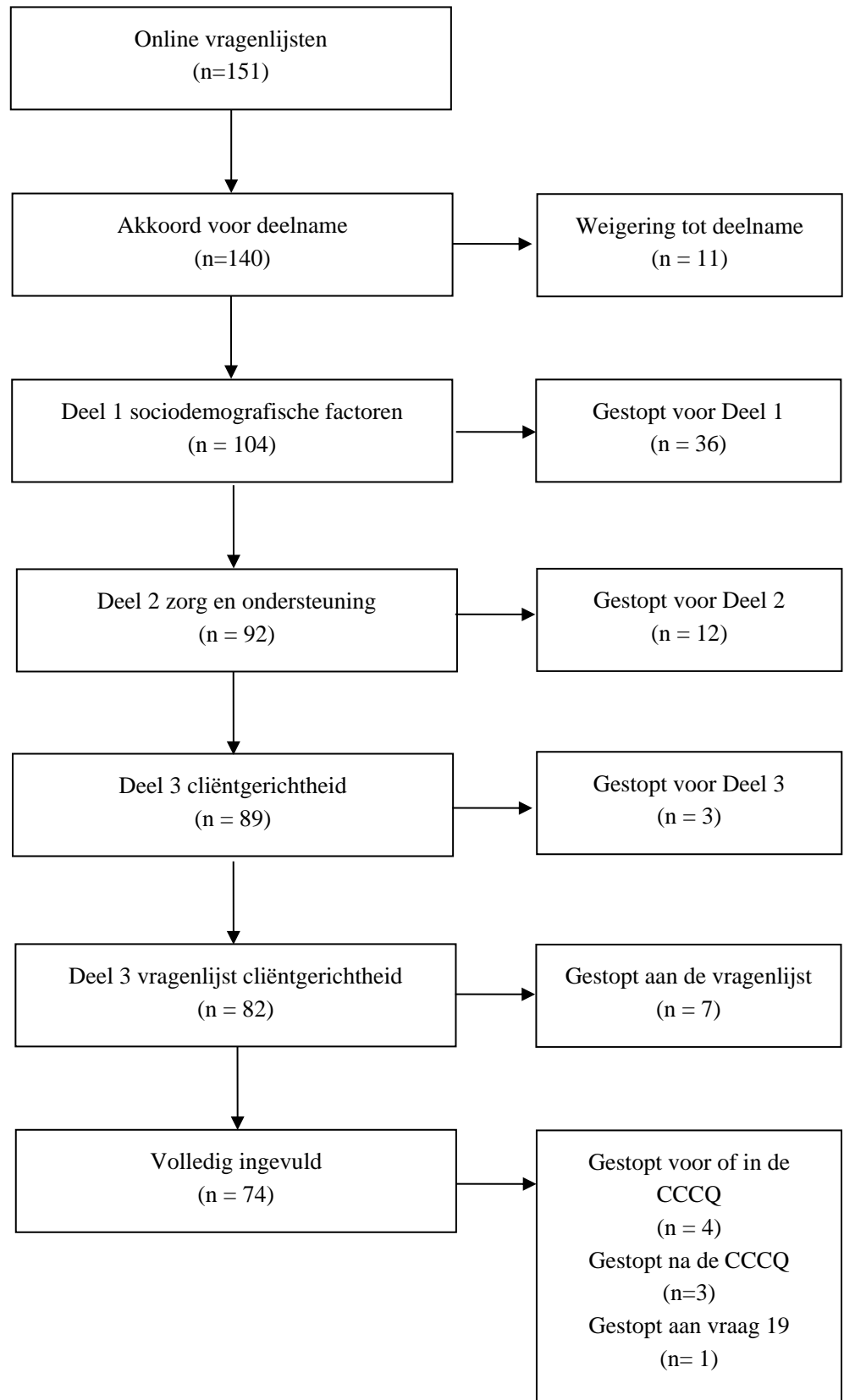
### 3.1 Aantal ingevulde vragenlijsten

Er werden in totaal 151 vragenlijsten online ingevuld, waarvan 11 respondenten weigerden om deel te nemen. Na het verwijderen van deze weigeringen, bleven er 140 vragenlijsten over (zie Figuur 3). Van deze 140 ingevulde vragenlijsten, zijn de meeste respondenten gestopt aan de vraag over type respondent ( $n=36$ ), of aan de vraag over type handicap ( $n=12$ ). Daarnaast zijn er nog drie respondenten gestopt aan de vraag over welke RTH-aanbieder ondersteuning verleende, en zeven aan het begin van de nieuw ontwikkelde vragenlijst over de cliëntgerichtheid van de ondersteuning.

Dit betekent dat 82 respondenten begonnen zijn aan de nieuw ontwikkelde vragenlijst over de cliëntgerichtheid van hun ondersteuning. Hierbij zijn er nog vier respondenten gestopt voor of in de CCCQ en drie na het invullen van de CCCQ. Een laatste respondent is gestopt aan vraag 19. Dit betekent dat er 74 volledig ingevulde vragenlijsten overbleven.

In totaal werden er 58 papieren versies verstuurd waarbij er negen weigerden om deel te nemen, en tien vragenlijsten teruggestuurd werden omwille van de terminologie 'handicap' die gebruikt werd in de informatiebrief en in de vragenlijst. Voor de 31 andere vragenlijsten is de reden om niet deel te nemen onduidelijk. Dit houdt in dat er acht volledig ingevulde vragenlijsten werden teruggestuurd (response rate van 13.7%).

Figuur 3 Flowchart van de online vragenlijsten



### 3.2 Karakteristieken van de respondenten

De helft van de respondenten vulde de vragenlijst alleen of met hulp van een familielid in (50.0%), terwijl 32.2% deze invulde met de hulp van een RTH-aanbieder. De RTH-gebruikers waren tussen 1 en 72 jaar oud met 85.6% van de respondenten die meerderjarig is. De meeste respondenten zijn vrouw, wonen in een dorpse omgeving, wonen samen met hun ouders en hebben een diploma middelbaar onderwijs. Daarnaast geeft 22.2% aan om moeilijk rond te komen met zijn/haar financiën en meer dan de helft van de respondenten heeft matig (34.4%) tot veel (20.0%) kennis over de gezondheids- en welzijnssector.

Tabel 1 Sociodemografische factoren van de RTH-gebruikers (n=90)

Variabele		Percentage
Respondenttype	Zonder hulp van anderen	41.1%
	Met hulp van een familielid of vriend	8.9%
	Met hulp van een RTH-aanbieder	32.2%
	Als persoon uit het netwerk	17.8%
Leeftijd (jaren)	Gemiddelde (Standaard Deviatie)	31.7 (15.2)
	Range	1.0 - 72.0
Leeftijdscategorie	Minderjarig (0 tot 17 jaar)	14.4%
	Meerderjarig (18 tot 65 jaar)	85.6%
Geslacht	Man	41.1%
	Vrouw	55.6%
	Andere	3.3%
Woonomgeving	Stedelijke omgeving	48.9%
	Dorpse omgeving	50.0%
	Ik weet het niet	1.1%
Woonsituatie	Alleen	30.0%
	Met partner en/of kinderen	23.3%
	Met ouders	36.7%
	Met anderen	8.9%
	Andere (niet gedefinieerd)	1.1%
Hoogst behaalde diploma	Geen opleiding of (buitengewoon) lager onderwijs	20.0%
	(Buitengewoon) middelbaar onderwijs of graduaat	52.2%
	Hogeschool, universitair onderwijs of doctoraat	27.8%

Tabel 1 Vervolg

Variabele		Percentage
Financiële situatie gebruiker (subjectieve inschatting)	Zeer moeilijk	7.8%
	Moeilijk	14.4%
	Neutraal	42.2%
	Gemakkelijk	25.6%
	Zeer gemakkelijk	10.0%
Kennis over de gezondheids- en welzijnssector	Geen	21.2%
	Weinig	20.0%
	Matig	34.4%
	Veel	20.0%
	Ik weet het niet	4.4%

Als we kijken naar de karakteristieken van de meerderjarige gebruikers (n=77), wonen de meeste respondenten alleen (35.1%), hebben ze een diploma middelbaar onderwijs (59.7%) en hebben ze een matige kennis over de gezondheids- en welzijnssector (39.0%).

Tabel 2 Sociodemografische factoren van de meerderjarige RTH-gebruikers (n=77)

Variabele		Percentage
Woonsituatie	Alleen	35.1%
	Met partner en/of kinderen	27.3%
	Met ouders	26.0%
	Met anderen	10.4%
	Andere (niet gedefinieerd)	1.3%
Hoogst behaalde diploma	Geen opleiding of (buitengewoon) lager onderwijs	7.8%
	(Buitengewoon) middelbaar onderwijs of grauaat	59.7%
	Hogeschool, universitair onderwijs of doctoraat	32.5%
Kennis over de gezondheids- en welzijnssector	Geen	14.3%
	Weinig	20.8%
	Matig	39.0%
	Veel	22.1%
	Ik weet het niet	3.9%



### 3.3 De karakteristieken van de zorg en ondersteuning van de RTH-gebruiker

Meer dan de helft van de respondenten had een autismespectrumstoornis (53.3%), terwijl één vijfde een motorische (20.0%) of een verstandelijke handicap (17.8%) had. Dit kan eventueel in combinatie met andere types van handicaps, aandoeningen of stoornissen zijn. Tot slot geeft 8.9% aan niet te weten welke handicap zij hebben.

Tabel 3 Handicaptypes (n= 149 antwoorden; n = 90 respondenten)

Type handicap, aandoening of stoornis	Aantal respondenten	Percentage aantal cases
Auditieve handicap	11	12.2%
Visuele handicap	5	5.6%
Motorische/fysieke handicap	18	20.0%
Verstandelijke handicap	16	17.8%
Stem-, spraak- en/of taalstoornis	6	6.7%
Gedrags- en/of emotionele stoornis	11	12.2%
Leerstoornis	9	10.0%
Autismespectrumstoornis	48	53.3%
Psychiatrische aandoening	8	8.9%
Chronische ziekte	3	3.3%
Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	5	5.6%
Degeneratieve aandoening	1	1.1%
Ik weet het niet	8	8.9%

Bijna driekwart van de respondenten heeft nooit een BOB ontvangen (74.4%) en bijna twee derde staat niet op de wachtlijst voor een PVB (63.3%). Voor bijna de helft van de respondenten is het pilootproject de eerste vorm van VAPH-ondersteuning die zij ontvangen (44.4%). Daarnaast heeft de RTH-aanbieder die hun ondersteuning biedt, in 58.9% van de gevallen al een vergunning voor een ander project bij het VAPH en is deze in 42.2% van de gevallen erkend voor meer dan 200 punten binnen de pilootfase. 27.8% van de respondenten wenste niet te antwoorden op de vraag wie de RTH-aanbieder was.

Tabel 4 Ondersteuning binnen de gezondheids- welzijnssector (n = 90)

Variabele	Percentage
Heeft u ooit een BOB ontvangen?	
Nee	74.4%
Ja	16.7%
Ik weet het niet	8.9%

Tabel 4 Vervolg

Variabele		Percentage
Is het pilootproject de eerste vorm van VAPH-ondersteuning?	Nee	44.4%
	Ja	26.7%
	Ik weet het niet	28.9%
Staat u op de wachtlijst voor een PVB?	Nee	63.3%
	Ja	18.9%
	Ik weet het niet	17.8%
Was de RTH-aanbieder al vergund bij het VAPH voor een ander project?	Nee	13.3%
	Ja	58.9%
	Ik weet het niet/ik zeg dit liever niet	27.8%
Hoe groot is de RTH-aanbieder in aantal toegekende punten?	Klein (35 tot 100 punten)	15.6%
	Middelgroot (101 tot 200 punten)	14.4%
	Groot (meer dan 200 punten)	42.2%
	Ik weet het niet/ik zeg dit liever niet	27.8%

Het ondersteuningstype waar de RTH-gebruikers de meeste punten op inzetten, is begeleiding waarbij bijna de helft van de respondenten één op één begeleiding thuis ontvangt (47.8%). RTH-gebruikers kunnen ook meerdere types van ondersteuning combineren.

Tabel 5 Ingekochte ondersteuningstypes (n= 124 antwoorden; n = 90 respondenten)

Type ondersteuning	Aantal respondenten	Percentage aantal cases
Eén op één begeleiding bij u thuis	43	47.8%
Eén op één begeleiding bij de RTH-aanbieder	30	33.3%
Groepsbegeleiding	23	25.6%
Begeleid werken	4	4.4%
Dagopvang	16	17.8%
Nachtverblijf	4	4.4%
Ik weet het niet	4	4.4%

### 3.4 De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: voortraject

Opnieuw is begeleiding de meest voorkomende vorm van ondersteuning met meer dan 40.0% van de respondenten die de vragenlijst invulde voor het ondersteuningstype *één op één begeleiding bij u thuis*. Dit houdt in dat de verschillende types ondersteuning moeilijk met elkaar vergeleken kunnen worden, gezien zij geen gelijke groepen in aantal vormen.

Tabel 6 Ondersteuningstype waarvoor men de vragenlijst invult (n= 90)

Type ondersteuning	Percentage
Eén op één begeleiding bij u thuis	42.2%
Eén op één begeleiding bij de RTH-aanbieder	26.7%
Groepsbegeleiding	6.7%
Begeleid werken	4.4%
Dagopvang	12.2%
Nachtverblijf	2.2%
Ik weet het niet of niet ingevuld	5.6%

Bijna 30.0% van de respondenten gaat niet akkoord met de stelling dat zij zich voldoende geïnformeerd voelen over de beschikbare ondersteuningsvormen. Echter gaat 15.6% niet akkoord dat zij op de hoogte waren over welke ondersteuning zij bij de RTH-aanbieder zouden krijgen.

Tabel 7 Stellingen over informatieverlening

Stelling	Helemaal				Helemaal akkoord
	niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	
Ik voel mij voldoende geïnformeerd over de beschikbare ondersteuningsvormen die ik kan vragen.	13.3%	15.6%	26.7%	27.8%	16.7%
Het was duidelijk welke ondersteuning ik ging krijgen bij de gekozen RTH-aanbieder	7.8%	7.8%	17.8%	28.9%	37.8%

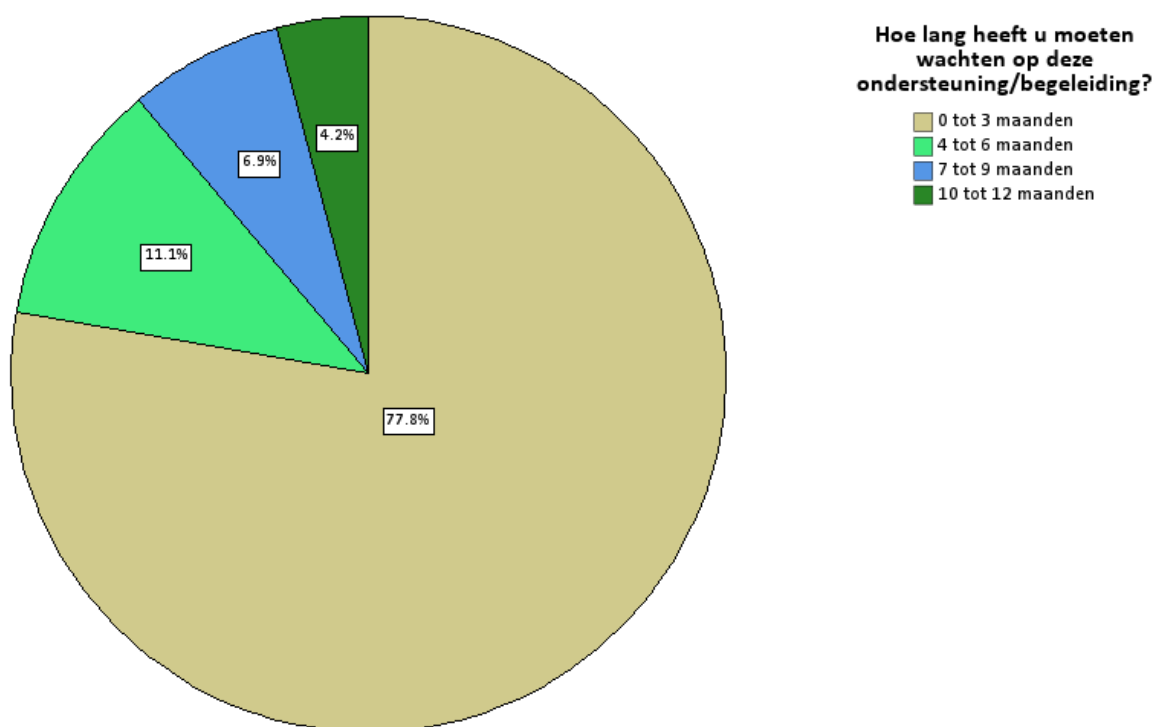
Voor 36.7% van de respondenten was de RTH-ondersteuning gratis, terwijl 11.1% niet wist of men een bijdrage betaald had. Op één van de papieren vragenlijsten werd vermeld dat dit de verantwoordelijkheid was van de budgetbeheerder waardoor de respondent moeilijk op deze vragen kon antwoorden. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat zij een bijdrage betaald hadden (52.2%), waarvan 8.9% aangaf dat het niet duidelijk was voor de start van de ondersteuning hoeveel deze zou kosten en 7.7% aangaf dat deze gevraagde bijdrage niet betaalbaar was voor hen.

Tabel 8 Stellingen over de betaalbaarheid van de RTH-ondersteuning

Stelling	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
Het was duidelijk voor de start van de ondersteuning hoeveel de aangeboden ondersteuning mij zou kosten.	3.3%	5.6%	15.6%	5.6%	22.2%
De gevraagde bijdrage was betaalbaar voor mij.	3.3%	4.4%	7.8%	11.1%	25.6%

Als we kijken naar de wachttijd, gaf 19.9% aan niet te weten hoe lang ze hebben moeten wachten. Van de 80.1% die dit wel wist, gaf 77.8% aan dat ze tussen de 1 tot 3 maanden hadden moeten wachten op hun ondersteuning.

Figuur 4 Wachttijd voor de RTH-gebruikers



### 3.5 De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg (CCCQ)

In tabel 9 worden de scores op de vragenlijst cliëntenperspectief op vraaggerichtheid van de zorg (CCCQ) weergegeven. In totaal vulden 86 respondenten dit deel van de vragenlijst in. De minimumscore op de items is 1.00 en de maximumscore is 5.00. De gemiddelden van de items variëren van 3.35 tot 4.22. De mediaan varieert van 3.00 tot 5.00. De minimumscore op de totaalscore is 19.00 en de maximumscore

is 75.00 met een gemiddelde van 58.74 en een mediaan van 62.00. Met een Kolmogorov-Smirnov test werd er nagegaan of de totaalscore van de CCCQ normaal verdeeld was, maar de data waren niet normaal verdeeld ( $K-S = 0.13$ ;  $df = 86$ ;  $p = 0.00$ ).

Tabel 9 Beschrijvende statistieken voor de CCCQ © Zuyd Hogeschool te Heerlen (2003)

Stelling	Gem.	S.D.	1 <sup>ste</sup>	Med.	3 <sup>de</sup>
1. De RTH-aanbieder houdt rekening met mijn persoonlijke wensen.	4.19	1.08	4.00	5.00	5.00
2. De RTH-aanbieder luistert echt naar mij.	4.22	1.13	4.00	5.00	5.00
3. De RTH-aanbieder houdt rekening met wat ik hem/haar verteld heb.	4.22	1.12	4.00	5.00	5.00
4. Ik kan zeggen aan welke ondersteuning ik behoefte heb.	3.94	1.19	3.00	4.00	5.00
5. De RTH-aanbieder respecteert mijn besluit als ik het niet met h	4.09	1.13	3.00	4.50	5.00
6. De RTH-aanbieder is duidelijk over wat hij/zij kan en mag.	4.20	1.13	4.00	5.00	5.00
7. De RTH-aanbieder zegt soms te snel dat iets niet mogelijk is.	3.95	1.18	3.00	4.00	5.00
8. Ik kan eigen kennis en ervaring inbrengen over de ondersteuning	3.69	1.25	3.00	4.00	5.00
9. Ik mag zelf doen wat ik zelf kan.	4.09	1.14	3.00	4.50	5.00
10. Ik kan mee beslissen over welke ondersteuning ik krijg.	3.85	1.22	3.00	4.00	5.00
11. Ik kan mee beslissen over hoe vaak ik ondersteuning krijg.	3.76	1.35	3.00	4.00	5.00
12. Ik kan mee beslissen over hoe de ondersteuning wordt uitgevoerd.	3.63	1.21	3.00	4.00	5.00
13. Ik kan mee beslissen op welk tijdstip de RTH-aanbieder mij kom	3.80	1.18	3.00	4.00	5.00
14. Er wordt voldoende met mij overlegd over wie de ondersteuning verleent.	3.77	1.13	3.00	4.00	5.00
15. Ik mag zelf de ondersteuning regelen en organiseren.	3.35	1.25	3.00	3.00	4.00
CCCQ-totaalscore	58.74	13.30	53.00	62.00	68.25

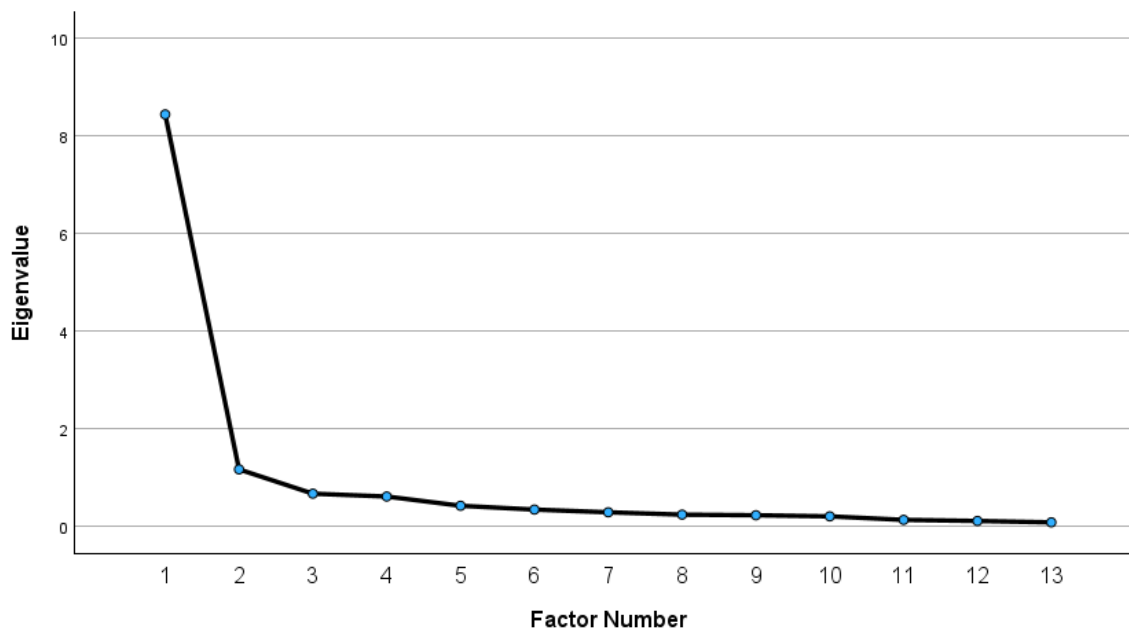
De correlatiematrix van de 15 items laat zien dat item 7 zeer lage correlaties vertoont met de andere 14 items en dat er een hoge correlatie bestaat tussen item 2 en item 3 van 0.94. Correlaties onder de 0.30 en boven de 0.90 zijn te vermijden bij het analyseren van data in een factoranalyse. Aangezien item 7 ook een score van minder dan 0.40 heeft bij de communalities en de score op de communalities van item 3 hoger is dan deze van item 2, is er besloten om item 7 en item 2 te verwijderen uit de vragenlijst voor een verdere analyse van de factoren.

Tabel 10 Correlatiematrix van de CCCQ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1.00	0.87	0.85	0.66	0.77	0.82	0.04	0.54	0.73	0.64	0.56	0.60	0.71	0.71	0.53
2		1.00	0.94	0.75	0.84	0.89	-0.05	0.63	0.70	0.63	0.48	0.57	0.70	0.66	0.45
3			1.00	0.78	0.88	0.86	-0.09	0.62	0.71	0.64	0.56	0.59	0.68	0.70	0.46
4				1.00	0.75	0.68	-0.10	0.61	0.55	0.51	0.38	0.43	0.56	0.54	0.39
5					1.00	0.83	-0.06	0.60	0.61	0.54	0.52	0.52	0.65	0.65	0.37
6						1.00	-0.07	0.61	0.64	0.60	0.57	0.55	0.72	0.67	0.44
7							1.00	-0.14	-0.14	-0.04	-0.03	0.02	0.10	-0.01	-0.09
8								1.00	0.66	0.65	0.42	0.55	0.57	0.51	0.57
9									1.00	0.76	0.61	0.66	0.65	0.62	0.53
10										1.00	0.62	0.69	0.68	0.64	0.64
11											1.00	0.73	0.59	0.54	0.51
12												1.00	0.54	0.54	0.58
13													1.00	0.76	0.54
14														1.00	0.63
15															1.00

Gezien de correlatiematrix geen grote problemen meer laat zien na de verwijdering van item 2 en 7, wordt er verder gekeken naar de andere assumpties voor factoranalyse. De Kaiser–Meyer–Olkin measure of sampling adequacy is 0.93 voor deze dataset wat betekent dat de steekproefgrootte voldoende is voor een factoranalyse. Daarnaast is er een voldoende hoge correlatie tussen de items, aangetoond door de Bartlett's test of sphericity ( $\chi^2(78) = 1017.69, p = 0.00$ ). De scree plot toont echter twee subschalen in plaats van één, zoals bij de eerste valideringsstudie van de schaal gevonden werd (de Witte et al., 2006). De twee gevonden factoren bestaan uit enerzijds de eerste vijf items (item 1 en 3 tot 6) en anderzijds de volgende acht items (items 8 tot 15). De eerste vijf items bevragen de houding van de RTH-aanbieder, terwijl de laatste acht items bevragen hoe actief de respondent betrokken wordt bij de ondersteuning. Dezelfde factorstructuur werd ook gevonden in een factoranalyse bij respondenten met een PVB (Pattyn et al., 2023; Pattyn et al., 2024).

Figuur 5 Scree plot van de CCCQ zonder items 2 en 7



Bij de interne consistentieanalyse komen we tot dezelfde conclusies; het verwijderen van het zevende item zou leiden tot een verbetering van de schaal met 0.01 (van 0.95 naar 0.96). Daarnaast toont de Corrected Item-Total Correlation een zeer lage correlatie van -0.06 van item 7 met de volledige schaal. Opnieuw scoort item 3 beter op de interne consistentieanalyse dan item 2, dus wordt er besloten om item 2 en 7 te verwijderen uit de vragenlijst. De schaal met de overblijvende items heeft een hoge betrouwbaarheid van 0.95. De Corrected Item-Total Correlation variëren van 0.64 tot 0.87.

Gezien er door de factoranalyse 13 items behouden bleven en er twee subschalen zijn gevonden in plaats van één, worden de scores van de nieuwe schaal en de twee subschalen, de eerste factor CCCQ1 en de tweede factor CCCQ2, berekend door deze items op te tellen. Tabel 11 geeft de scores op deze subschalen weer. De minimumscore van de CCCQ13 is 13.00 en de maximumscore is 65.00. De minimumscore van de CCCQ1 is 5.00 en de maximumscore 25.00. De minimumscore van de CCCQ2 is 8.00 en de maximumscore 40.00. Het gemiddelde van de CCCQ13 is 50.57, van de subschaal CCCQ1 20.64 en van de subschaal CCCQ2 29.93. Met een Kolmogorov-Smirnov test werd er nagegaan of de schalen normaal verdeeld waren, maar de data waren opnieuw niet normaal verdeeld voor zowel de CCCQ13 (K-S = 0.13; df = 86; p = 0.00) als de subschalen CCCQ1 (K-S = 0.20; df = 86; p = 0.00) en CCCQ2 (K-S = 0.11; df = 86; p = 0.00).

Tabel 11 Beschrijvende statistieken voor de CCCQ13 en twee factoren CCCQ1 en CCCQ2

Schaal	Gem.	S.D.	1 <sup>ste</sup>	Med.	3 <sup>de</sup>
CCCQ 13 items	50.57	12.32	45.75	53.00	59.00
CCCQ factor 1	20.64	5.15	19.00	23.00	25.00
CCCQ factor 2	29.93	7.87	25.00	31.50	36.00

De subschaal CCCQ1 (houding RTH-aanbieder) heeft een hoge betrouwbaarheid van 0.95 waarbij het verwijderen van het vierde item "Ik kan zeggen aan welke ondersteuning ik behoefte heb." zou leiden tot een kleine verbetering van 0.005. Dit houdt echter een zeer minimale verbetering van de score in.

De Corrected Item-Total Correlations variëren bovendien van 0.77 tot 0.93. De subschaal CCCQ2 (mate van betrokkenheid) heeft een hoge betrouwbaarheid van 0.92, waarbij het verwijderen van geen enkel item zou leiden tot een hogere interne consistentie. De Corrected Item-Total Correlations variëren bovendien van 0.68 tot 0.83.

### 3.6 De ervaring van cliëntgerichtheid in de zorg en ondersteuning: natraject

Bijna 11.0% van de respondenten gaat niet akkoord met de stelling dat de aangeboden ondersteuning zinvol was. Daarnaast geeft bijna 15.0% aan niet akkoord te zijn dat zij zich betrokken voelden bij de werking van de RTH-aanbieder. Tot slot gaf bijna 11.0% ook aan dat ze de gemaakte afspraken niet konden aanpassen wanneer de noden wijzigden.

Tabel 12 Stelling rond betrokkenheid en flexibiliteit

Stelling	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
De aangeboden ondersteuning was/is zinvol voor mij.	3.6%	7.2%	7.2%	25.3%	56.6%
Ik voelde/voel mij betrokken bij de werking van de RTH-aanbieder.	4.8%	9.6%	21.7%	27.7%	36.1%
Ik kon/kan de gemaakte afspraken aanpassen indien mijn noden wijzigen.	2.4%	8.4%	9.6%	31.3%	48.2%

Als we kijken naar Tabel 13 waarin de resultaten getoond worden of de ondersteuning afgestemd was qua doelgroep, type ondersteuning, intensiteit, frequentie en expertise, variëren de percentages van wie (helemaal) niet akkoord gaat van 7.3% tot 12.2%.

Tabel 13 Afstemming van de ondersteuning

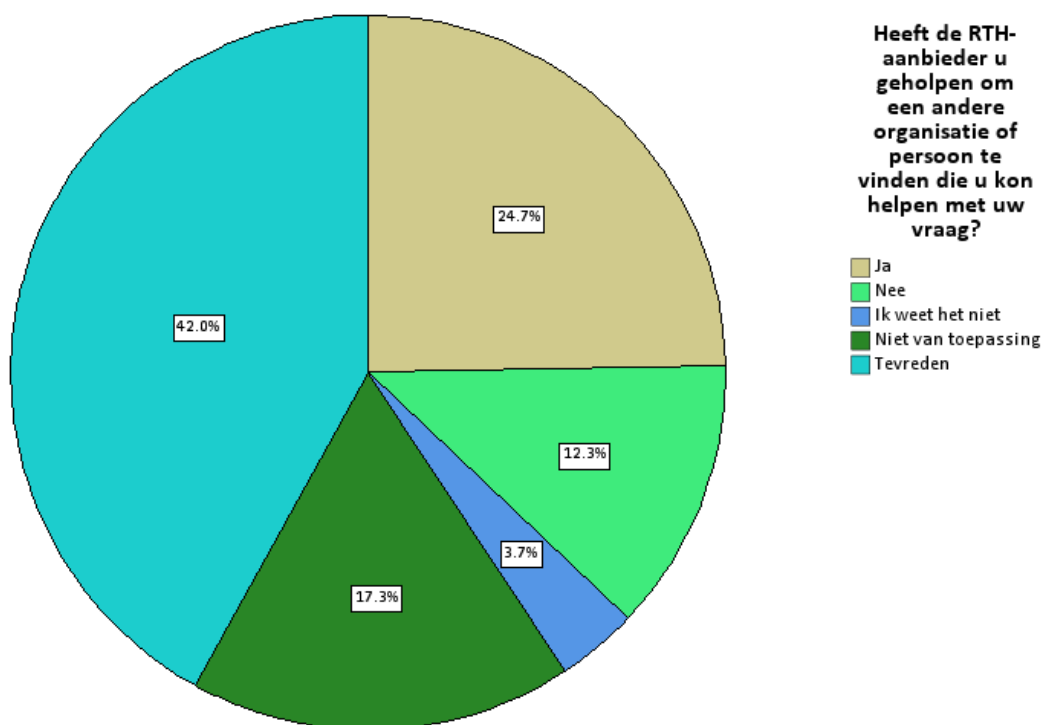
Stelling	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord	Niet van toepassing
Doelgroep	2.4%	6.1%	11.0%	23.2%	41.5%	15.9%
Type ondersteuning	1.2%	7.3%	12.2%	25.6%	41.5%	12.2%
Intensiteit	4.9%	7.3%	18.3%	22.0%	37.8%	9.8%
Frequentie	3.7%	8.5%	18.3%	25.6%	37.8%	6.1%
Expertise	2.4%	4.9%	17.1%	29.3%	37.8%	8.5%

Aansluitend werd er gevraagd aan de respondenten die niet akkoord of neutraal antwoorden op één van de elementen bevroegd in vraag 19, of de RTH-aanbieder hen geholpen had met een andere



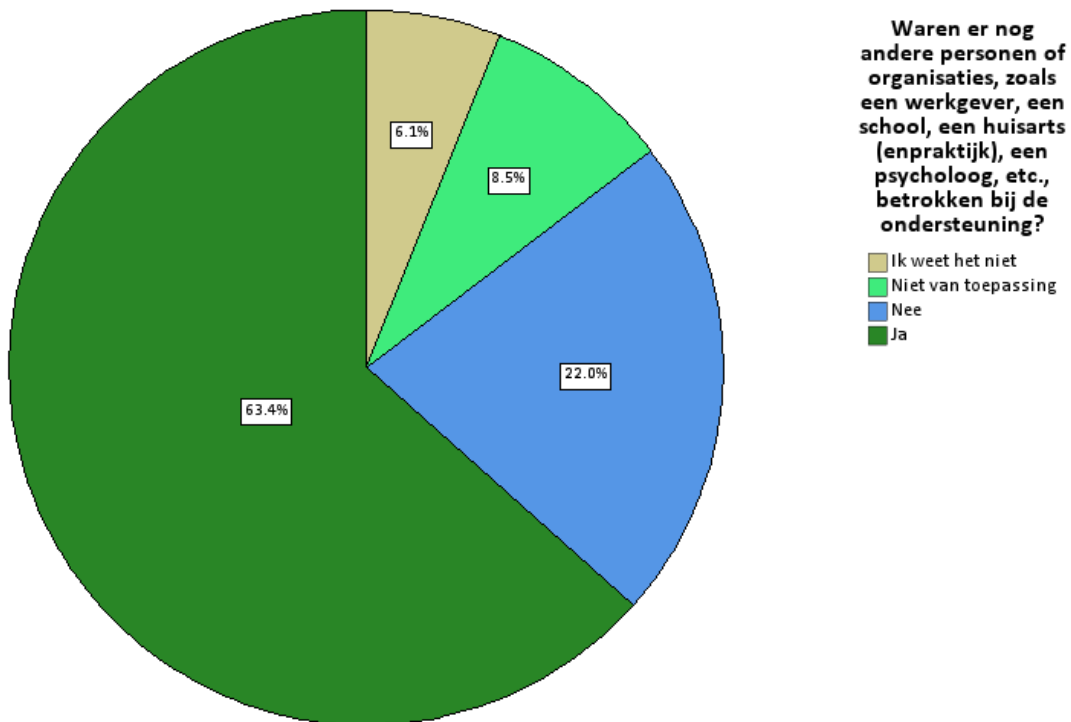
organisatie of persoon te vinden die hen kon helpen met hun ondersteuningsvraag. Bijna 42.0% was tevreden over de afstemming op de verschillende bevroagde aspecten. Daarnaast gaf 17.3% aan dat het voor hen niet van toepassing was om te veranderen van aanbieder, terwijl bijna 25.0% aangaf dat de aanbieder hen hierbij geholpen had.

Figuur 6 Hulp om van aanbieder te wijzigen



Tot slot werd er gevraagd of er nog andere personen betrokken waren bij de ondersteuning. 63.4% gaf aan dat er nog andere partners betrokken waren bij de ondersteuning. Respondenten konden nog zaken toevoegen aan deze vraag via een open vraag. Zes respondenten gaven in dit gedeelte aan welke andere partners er nog betrokken waren bij de ondersteuning zoals een huisarts, een psycholoog of een school. Twee respondenten gaven aan dat ze tevreden waren over de ondersteuning. De andere zaken die ingevuld werden, zullen besproken worden bij de vragen over welke zaken goed lopen en welke zaken minder goed lopen, gezien deze antwoorden eerder betrekking hadden op deze vragen.

Figuur 7 Aanwezigheid van andere partners bij de ondersteuning



### 3.6.1 Wat loopt voor u goed binnen de RTH-ondersteuning?

Negen respondenten gaven aan dat alles oké was. 13 respondenten gaven aan zeer tevreden te zijn over de begeleiding. Dit kon door aan te geven dat ze tevreden waren over de begeleiding in het algemeen of meer specifiek wat ze apprecieerden aan de begeleiding.

*“Persoonlijke opvolging en aanvoelen.”*

*“Individuele hulp en samenspraak, zeker ook begrip over zaken buiten de hulp.”*

Twee respondenten gaven aan tevreden te zijn over het aanbod dat zeer gevarieerd is. Twee respondenten waren tevreden over de snelheid waarmee hun vraag behandeld was, en dat ze dus niet hoefden te wachten. Eén respondent gaf het gebruiksgemak mee van het systeem: *“Er is weinig omzien naar, enkel zorgen dat je toekomt op het einde van het jaar”*. Tot slot gaven twee respondenten aan tevreden te zijn over de persoonlijke groei die de begeleiding teweeg had gebracht.

### 3.6.2 Heeft u verbeterpunten?

Acht respondenten gaven aan dat dit niet van toepassing was of dat er geen verbeterpunten waren. Vijf respondenten gaven aan dat het moeilijk is om informatie te vinden en het gebrek aan kennis bij andere partners in het circuit.

*“Maar om zelf de correcte hulpverlening te gaan zoeken is zéér moeilijk.”*

*“Het is een doolhof om als ouder van een kind met een handicap uw weg te vinden in de hulpverlening.”*

Drie respondenten gaven aan om op een wachtlijst te staan voor een PAB of PVB en daardoor gebruik te moeten maken van RTH, terwijl één respondent kortere wachtlijsten m.b.t. de RTH-ondersteuning

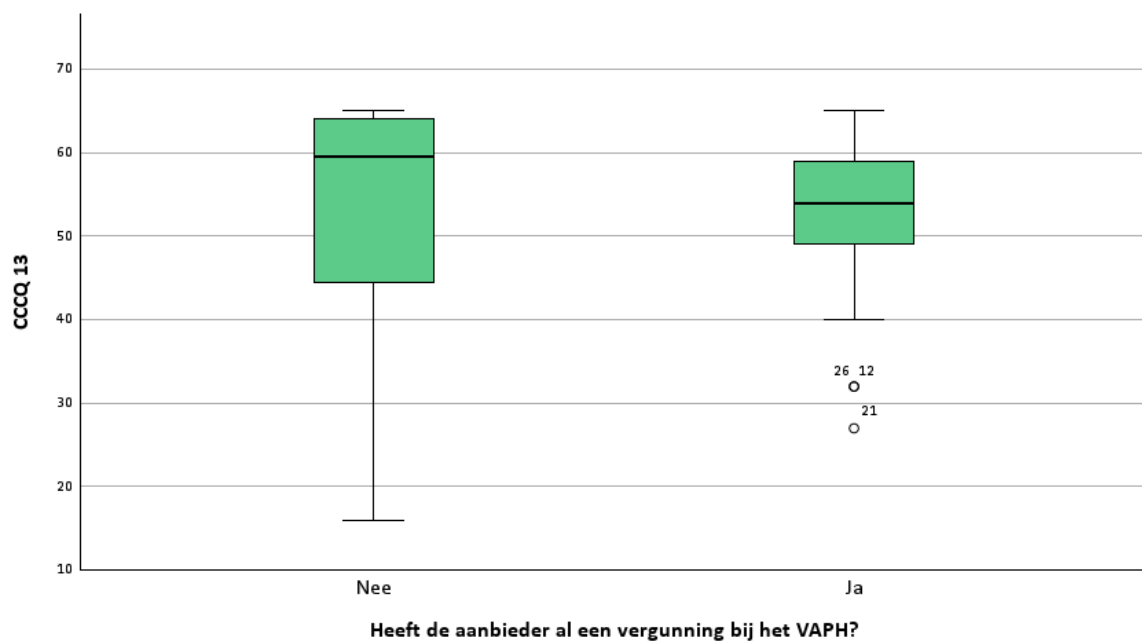
aangaf. Tot slot gaf één respondent aan dat de infrastructuur groter kon, en gaven twee respondenten nog zaken mee die beter konden in de begeleiding, zoals extra begeleiding voor sociale vaardigheden en de mogelijkheid om zelf een begeleider te kiezen.

### 3.7 Verschillen tussen RTH-aanbieders

Er werd daarnaast ook gekeken naar verschillen tussen de RTH-aanbieders. Echter zijn dit de data van een zeer kleine sample en kunnen hier geen algemene conclusies uit getrokken worden. Om de groepen wat meer afgestemd te krijgen qua aantal, werden kleine en middelgrote RTH-organisaties vergeleken met de grote RTH-organisaties. Daarnaast werden non-parametrische testen gebruikt.

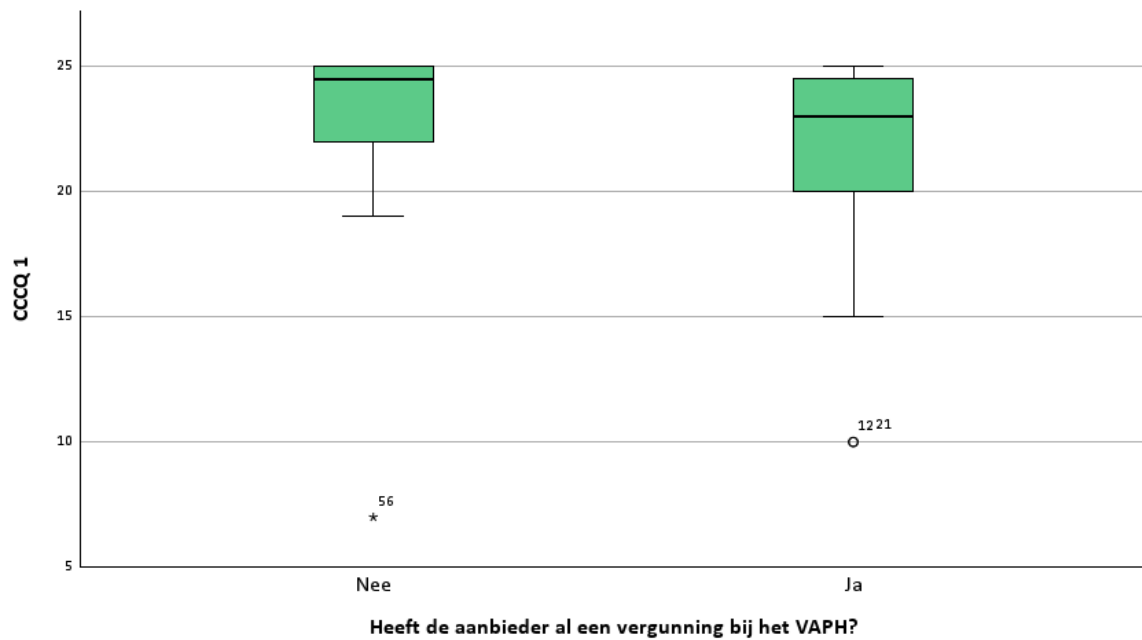
Als we kijken naar de verschillen in ervaring van cliëntgerichte zorg en ondersteuning tussen nieuw vergunde aanbieders ( $n = 12$ ) en aanbieders die al voor het pilootproject een vergunning als RTH-aanbieder hadden ( $n = 52$ ) merken we geen significant verschil in de CCCQ13 ( $Z = -0.78$ ,  $r = -0.10$ ,  $p = 0.44$ ), noch in de CCCQ1 ( $Z = -1.55$ ,  $r = -0.19$ ,  $p = 0.12$ ) of de CCCQ2 ( $Z = -0.27$ ,  $r = -0.03$ ,  $p = 0.79$ ). De effectgrootte varieert van klein tot matig. Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen nieuw vergunde aanbieders ( $mdn = 59.50$ ) en aanbieders met een voorafgaande vergunning ( $mdn = 54.00$ ) bij de CCCQ13.

Figuur 8 CCCQ13 per type RTH-aanbieder



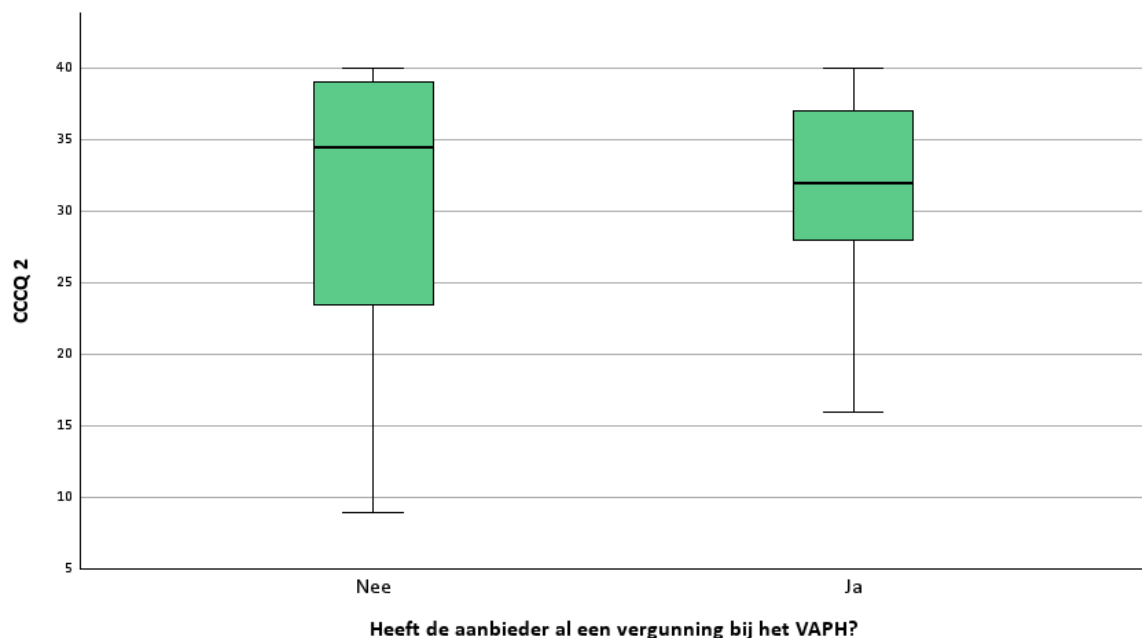
Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen nieuw vergunde aanbieders ( $mdn = 24.50$ ) en aanbieders met een voorafgaande vergunning ( $mdn = 23.00$ ) bij de CCCQ1.

Figuur 9 CCCQ1 per type RTH-aanbieder



Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen nieuw vergunde aanbieders (mdn = 34.50) en aanbieders met al een voorafgaande vergunning (mdn = 32.00) bij de CCCQ2.

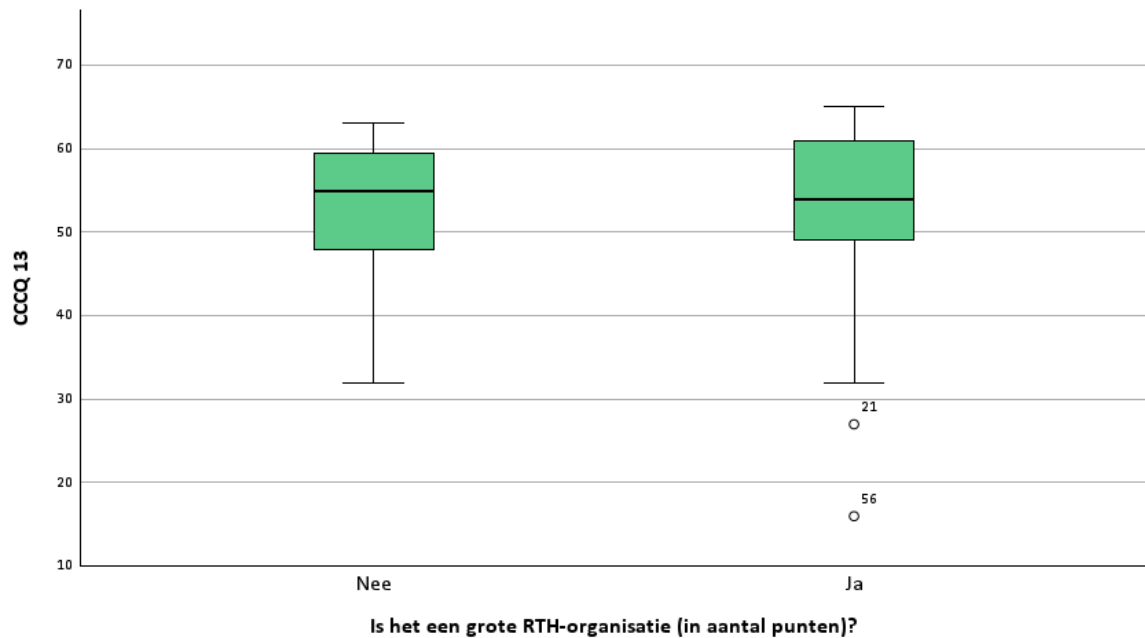
Figuur 10 CCCQ2 per type RTH-aanbieder



Als we kijken naar de verschillen in ervaring van cliëntgerichte zorg en ondersteuning tussen kleine of middelgrote RTH-organisaties (n = 27) en grote RTH-organisaties (n = 37) merken we geen significant verschil in de CCCQ13 ( $Z = -0.67$ ,  $r = -0.08$ ,  $p = 0.51$ ), noch in de CCCQ1 ( $Z = -0.42$ ,  $r = -0.05$ ,  $p = 0.68$ ) of

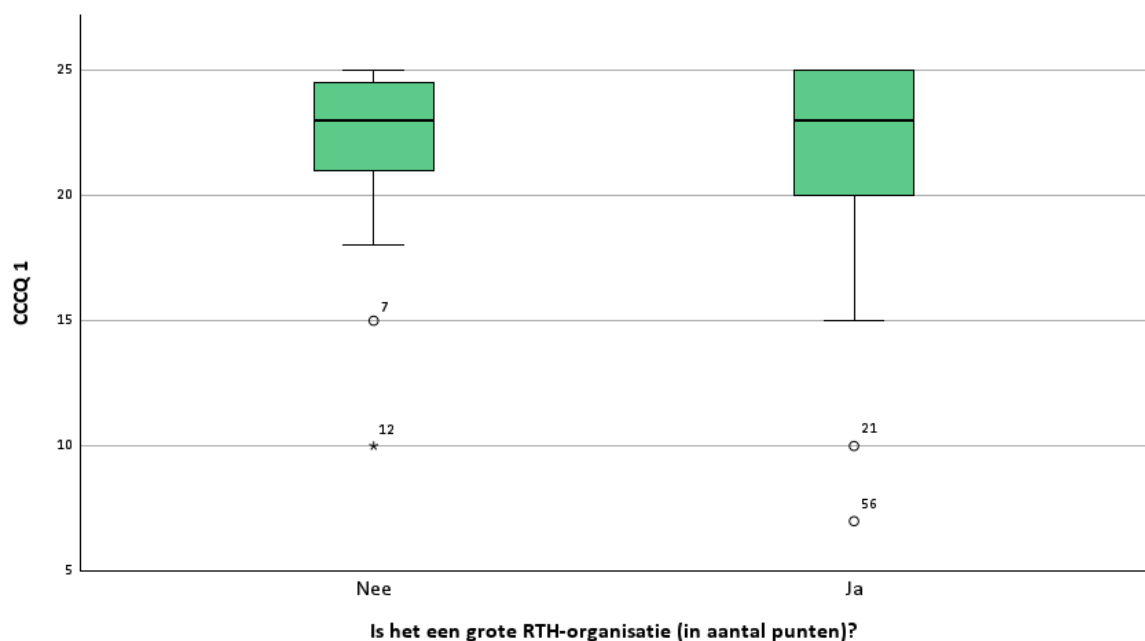
de subschaal CCCQ2 ( $Z = -0.83$ ;  $r = 0.10$ ,  $p = 0.41$ ). De effectgrootte is klein. Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen kleine en middelgrote RTH-organisaties ( $mdn = 55.00$ ) en grote RTH-organisaties ( $mdn = 54.00$ ) bij de CCCQ13.

Figuur 11 CCCQ13 per grootte organisatie



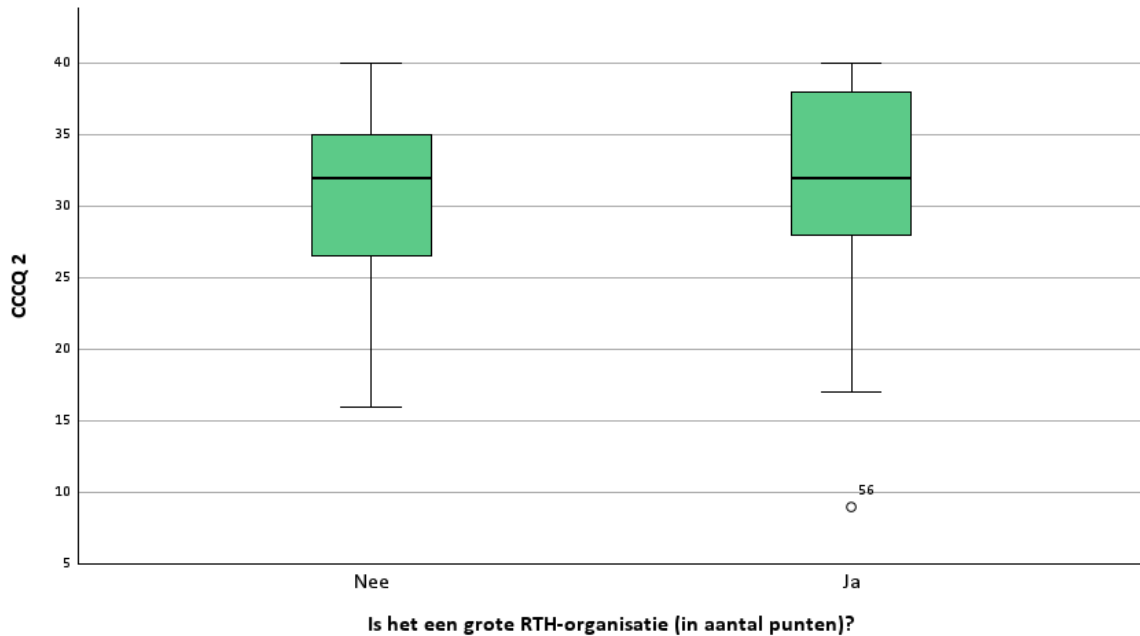
Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen kleine en middelgrote RTH-organisaties ( $mdn = 23.00$ ) en grote RTH-organisaties ( $mdn = 23.00$ ) bij de CCCQ1.

Figuur 12 CCCQ1 per grootte organisatie



Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen kleine en middelgrote RTH-organisaties (mdn = 32.00) en grote RTH-organisaties (mdn = 32.00) bij de CCCQ2.

Figuur 13 CCCQ2 per grootte organisatie

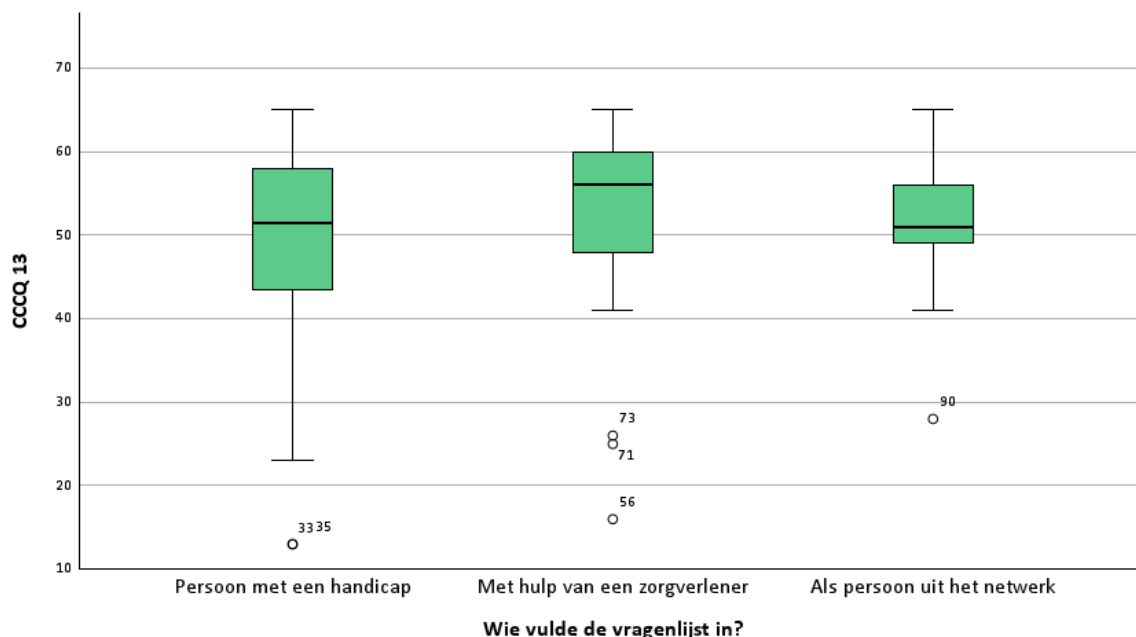


### 3.8 Verschillen tussen respondenten

Als we kijken naar de verschillende respondenten, wordt er een onderscheid gemaakt tussen type respondent of wie de vragenlijst invult: personen met een handicap met of zonder hulp (n = 44), met hulp van een RTH-aanbieder (n = 25) of als persoon uit het netwerk (n = 15). Daarnaast wordt er ook gekeken naar de leeftijdscategorie: minderjarig (n = 12) of meerderjarig (n = 74). Ook hier zijn dit data van een zeer kleine sample met een ongelijke verdeling in de verschillende groepen, dus we kunnen hier geen algemene conclusies uit trekken.

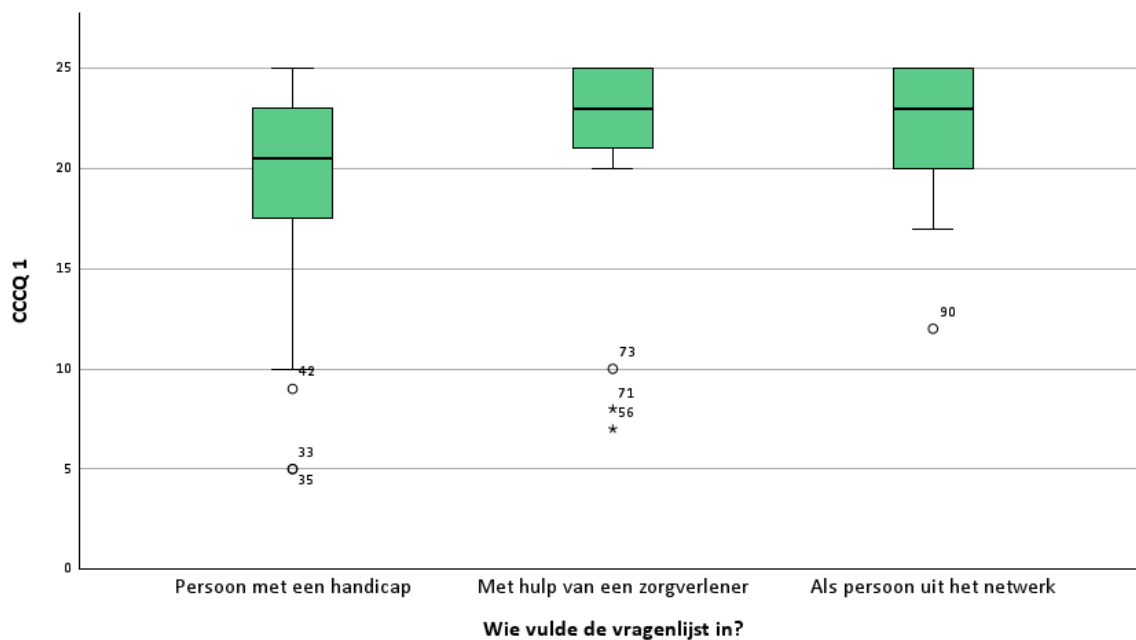
Opnieuw merken we geen significante verschillen op in zowel de CCCQ13 (Kruskal-Wallis Test Chi-Square = 2.07; df = 2; p = 0.36) als in de twee subschalen CCCQ1 (Kruskal-Wallis Test Chi-Square = 5.57; df = 2; p = 0.06) en CCCQ2 (Kruskal-Wallis Test Chi-Square = 1.07; df = 2; p = 0.59). Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen zonder hulp of met een informele zorgverlener ingevuld (mdn = 51.50) en met een RTH-aanbieder ingevuld (mdn = 56.00, r = -0.17, p = 0.45) of als persoon uit het netwerk ingevuld (mdn = 51.00, r = -0.07, p = 1.00) bij de CCCQ13. Ook de spreiding van de resultaten tussen met een RTH-aanbieder ingevuld en als persoon uit het netwerk ingevuld is niet significant (r = -0.12, p = 1.00). ). De effectgrootte varieert van klein tot matig.

Figuur 14 CCCQ13 per type respondent



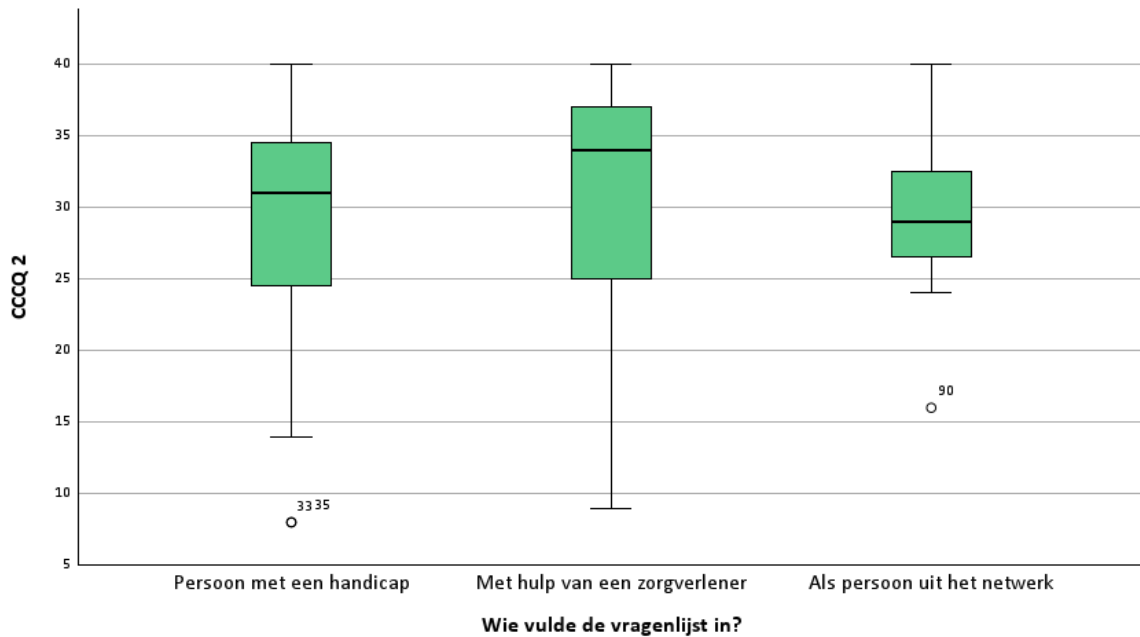
Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen zonder hulp of met een informele zorgverlener ingevuld (mdn = 20.50) en met een RTH-aanbieder ingevuld (mdn = 23.00,  $r = -0.26$ ,  $p = 0.09$ ) of als persoon uit het netwerk ingevuld (mdn = 23.00,  $r = -0.20$ ,  $p = 0.39$ ) bij de CCCQ1. Ook de spreiding van de resultaten tussen met een RTH-aanbieder ingevuld en als persoon uit het netwerk ingevuld is niet significant ( $r = -0.06$ ,  $p = 1.00$ ). De effectgrootte varieert van klein tot matig.

Figuur 15 CCCQ1 per type respondent



Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen zonder hulp of met een informele zorgverlener ingevuld (mdn = 31.00) en met een RTH-aanbieder ingevuld (mdn = 34.00,  $r = -0.11$ ,  $p = 1.00$ ) of als persoon uit het netwerk ingevuld (mdn = 29.00;  $r = -0.03$ ,  $p = 1.00$ ) bij de CCCQ2. Ook de spreiding van de resultaten tussen met een RTH-aanbieder ingevuld en als persoon uit het netwerk ingevuld is niet significant ( $r = -0.13$ ,  $p = 1.00$ ). De effectgrootte is klein.

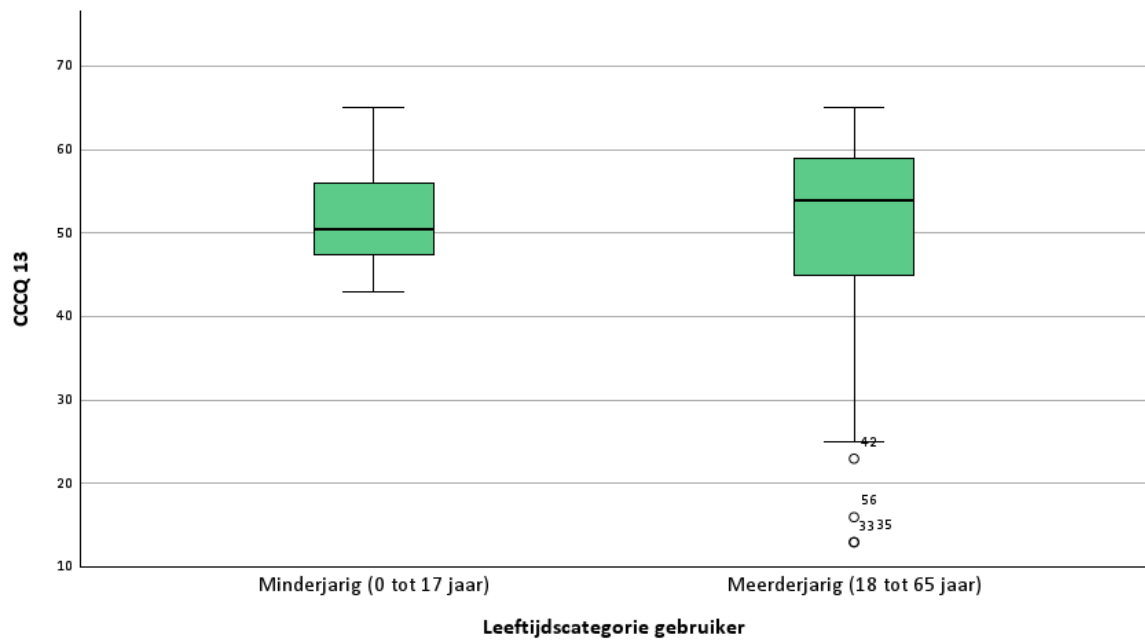
Figuur 16 CCCQ 2 per type respondent



Ook tussen minderjarige en meerderjarige RTH-gebruikers merken we geen significant verschil op in de CCCQ13 ( $Z = -0.25$ ,  $r = -0.03$ ,  $p = 0.80$ ), noch in de CCCQ1 ( $Z = -1,07$ ,  $r = -0.12$ ,  $p = 0.29$ ) of de CCCQ2 ( $Z = -0,59$ ,  $r = -0.06$ ,  $p = 0.55$ ). De effectgrootte is klein. Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen minderjarige (mdn = 50.50) en meerderjarige RTH-gebruikers (mdn = 54.00) bij de CCCQ13.

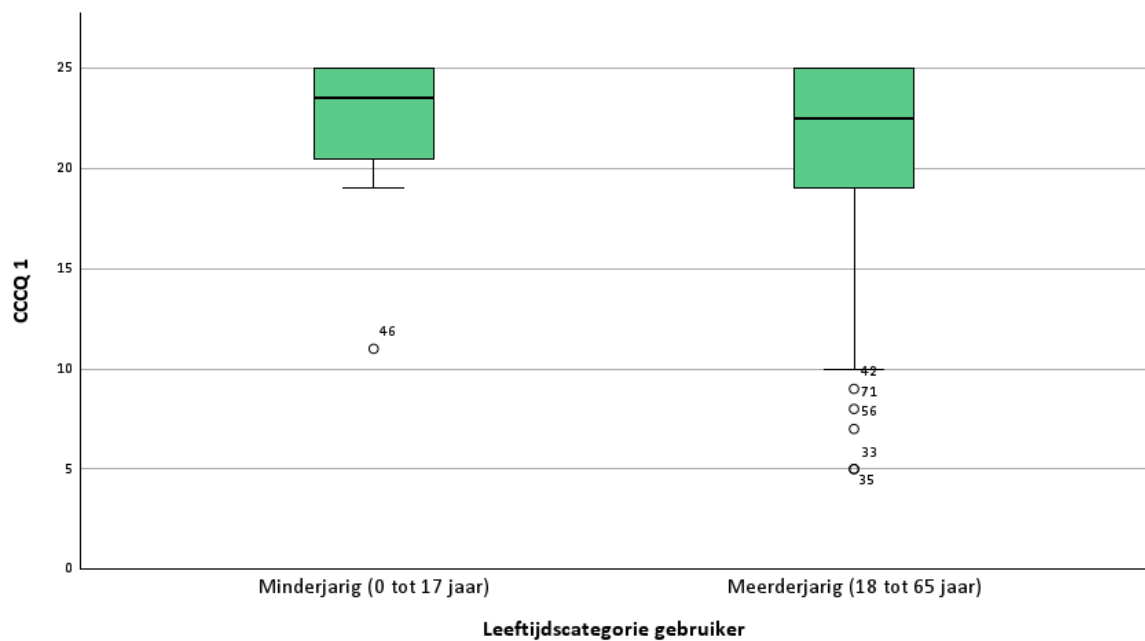


Figuur 17 CCCQ13 per leeftijdscategorie



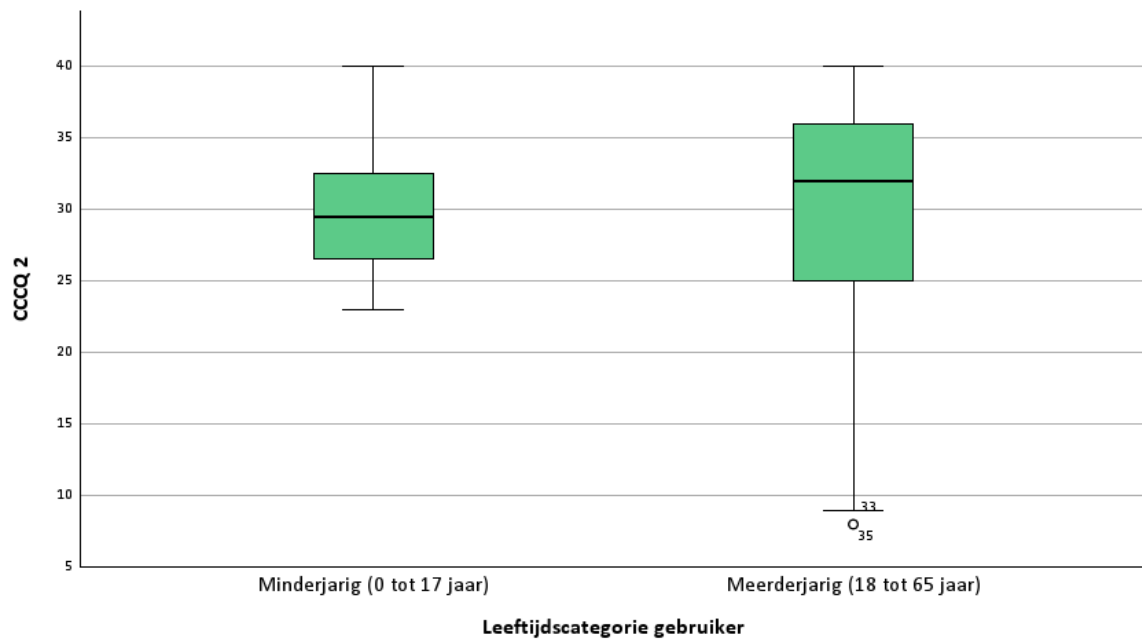
Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen minderjarige (mdn = 23.50) en meerderjarige RTH-gebruikers (mdn = 22.50) bij de CCCQ1.

Figuur 18 CCCQ1 per leeftijdscategorie



Er is geen verschil in de spreiding van de resultaten tussen minderjarige (mdn = 29.50) en meerderjarige RTH-gebruikers (mdn = 32.00) bij de CCCQ2.

Figuur 19 CCCQ2 per leeftijdscategorie



## Hoofdstuk 3

### Aanbevelingen voor het aanpassen van de vragenlijst en conclusies

Dit onderzoek is enkel een exploratief onderzoek om na te gaan hoe de vragenlijst aangepast kan worden voor verder gebruik. Er namen namelijk een beperkt aantal respondenten deel aan het onderzoek, wat o.a. gelinkt is aan de strakke deadlines. Bij de laatste reminder op 25 januari 2024 gaven een aantal pilootprojecten aan dat ze de link naar de vragenlijst nog niet hadden doorgestuurd naar hun cliënten. De pilootprojecten dienen namelijk op regelmatige basis deel te nemen aan evaluaties die ook vanuit het VAPH gevoerd worden. Hierdoor was dit onderzoek soms op de achtergrond geraakt. Dit betekent ook dat niet alle cliënten van de pilootprojecten uitgenodigd zijn geweest voor het onderzoek. Echter werd er voor gekozen om via de RTH-aanbieders respondenten te rekruteren omwille van de privacywetgeving, en omdat dit tot een hogere respons leidt. Daarnaast gaven sommige RTH-aanbieders ook nog extra en waardevolle feedback; zij gaven bijvoorbeeld aan waarom de organisatie niet wensten deel te nemen aan het onderzoek, of waarom hun cliënten niet wensten deel te nemen aan het onderzoek.

Ondanks het beperkt respondentenaantal en de aanpassingen aan de CCCQ, toonde de factoranalyse geen grote verschillen met de resultaten van de factoranalyse in de groep respondenten met een PVB. Opnieuw werd er een twee-factor oplossing gevonden en scoorde item 7 minder goed in zowel de factoranalyse als de interne consistentieanalyse. Wat wel een nieuwe bevinding was, is de hoge correlatie tussen item 2 en 3. Dit kan echter te wijten zijn aan de herformulering van de vragen waardoor deze items een gelijkaardig construct meten. Het is echter de bedoeling om in een volgende fase met een verkorte vragenlijst aan de slag te gaan, dus de gevonden resultaten kunnen hiervoor al een basis vormen. Deze volgende fase maakt echter geen onderdeel uit van dit onderzoek.

Er waren 25 respondenten die de vraag over bij welke RTH-aanbieder ze ondersteuning kregen, niet wensten te beantwoorden. Hierdoor is het vergelijken van de RTH-aanbieders op een zeer klein groep gebeurd, en dienen deze resultaten met de nodige voorzichtigheid bekeken te worden. Bij een volgende afname zou er daarom geopteerd kunnen worden om te werken met codes, welke aanduiden hoe groot de RTH-aanbieder is in aantal RTH-punten, of de RTH-aanbieder al eerder een erkenning RTH had en of de RTH-aanbieder een pilootproject of een 'reguliere aanbieder' betreft.

Er werden open vragen aan de vragenlijst toegevoegd op basis van de feedback vanuit de interviews en de stuurgroep om respondenten de kans te geven hun antwoord verder te duiden, of hen de kans te geven om extra informatie toe te voegen. Echter werd er weinig ingevuld bij de open vraag over de betrokken partners bij de ondersteuning; de vraag m.b.t. samenwerkingsverbanden met andere organisaties zal dus nog verder aangepast dienen te worden om het vierde principe *geïntegreerd en afgestemd met andere (niet-VAPH) -ondersteuning* beter te capteren.

De cliënten die beroep doen op RTH-ondersteuning vormen een divers publiek, waardoor er in de toekomst gewerkt dient te worden met twee versies; enerzijds een vragenlijst die op papier kan afgenomen worden, en anderzijds een verkorte versie van deze vragenlijst om mondeling af te nemen bij respondenten met een verminderde lees- en schrijfvaardigheid, respondenten die dak- of thuisloos zijn, en anderstalige respondenten. Binnen de timing van het project was het echter niet mogelijk om beide opties aan te bieden.

Daarnaast wordt er ook geopteerd om de vraag over type handicap of een referentie naar handicap te verwijderen, gezien dit gezorgd heeft voor het afhaken van een groot aantal respondenten. Personen met een vermoeden van een handicap kunnen ook beroep doen op RTH. Voor deze doelgroep ligt de term 'handicap' soms moeilijk waardoor zij niet wensten deel te nemen aan het onderzoek, of vroegtijdig hun deelname hebben stopgezet.

De vragenlijst kon in zijn huidige vorm niet gebruikt worden door outreach partners, gezien deze eerder gericht is op RTH-gebruikers. Sommige pilootprojecten zetten in op outreach waarbij niet de persoon met (een vermoeden van) een handicap de cliënt is, maar een organisatie die vragende partij is voor handicapspecifieke kennis. Op die manier kunnen zij deze kennis binnen hun werking toepassen. Deze partners dienen anders aangesproken te worden dan RTH-cliënten en zullen dus ook anders bevraagd dienen te worden dan de RTH-cliënten.

De volgende stap in de ontwikkeling van de vragenlijst is dus om naar een verkorte versie te werken, waarbij de CCCQ ingekort kan worden op basis van de resultaten uit de factoranalyse en de interne consistentieanalyse. Daarnaast kunnen enkele andere vragen ook kritisch bekeken worden. Zo is de vraag naar betaalbaarheid soms moeilijk te beantwoorden voor respondenten, wanneer er een budgetbeheerder is aangesteld die hun inkomensvervangende- of integratietegemoetkoming beheert. Tot slot was de vraag m.b.t. de afstemming van de ondersteuning ook moeilijk te beantwoorden voor verschillende respondenten.

## Referenties

- Almasri, N. A., An, M., & Palisano, R. J. (2018). Parents' Perception of Receiving Family-Centered Care for Their Children with Physical Disabilities: A Meta-Analysis. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 38(4), 427-443. <https://doi.org/10.1080/01942638.2017.1337664>
- Barbosa, M. M., Dias, I., Nwaru, B. I., Paul, C., Yanguas, J., & Afonso, R. M. (2022). Person-Centered Care for Older Adults at Residential Care Facilities in the Iberian Peninsula: A Systematic Review. *Rasp-Research on Ageing and Social Policy*, 10(2), 184-208. <https://doi.org/10.4471/rasp.9212>
- Bautista, M. A. C., Nurjono, M., Lim, Y. W., Dessers, E., & Vrijhoef, H. J. (2016). Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *Milbank Quarterly*, 94(4), 862-917. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>
- Beatty, P. W., Richmond, G. W., Tepper, S., & DeJong, G. (1998). Personal assistance for people with physical disabilities: Consumer-direction and satisfaction with services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(6), 674-677. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(98\)90043-0](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(98)90043-0)
- Benjamin, A. E., Matthias, R., & Franke, T. M. (2000). Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home. *Health Serv Res*, 35(1 Pt 2), 351-366.
- Byrne, A.-L., Baldwin, A., & Harvey, C. (2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS ONE*, 15(3), e0229923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>
- Caldwell, J., & Heller, T. (2007). Longitudinal outcomes of a consumer-directed program supporting adults with developmental disabilities and their families. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(3), 161-173. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2007\)45\[161:LOOACP\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[161:LOOACP]2.0.CO;2)
- Clarivate. (2024). *Endnote 20*. In <https://endnote.com/>
- Clavel, N., Paquette, J., Dumez, V., Claudio Del, G., Djahanchah Philip, G., Marie-Pascale, P., & Normandin, L. (2021). Patient engagement in care: A scoping review of recently validated tools assessing patients' and healthcare professionals' preferences and experience. *Health Expectations*, 24(6), 1924-1935. <https://doi.org/10.1111/hex.13344>
- Conway, M., Barr, O., & Melby, V. (2019). Exploring person-centredness in residential services for older people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(7), 643. <https://doi.org/10.1111/jir.12651>
- Cott, C. A., Teare, G., McGilton, K. S., & Lineker, S. (2006). Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 28(22), 1387-1397. <https://doi.org/10.1080/09638280600638398>
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019). Validation of an instrument to assess informal caregivers' perceptions about the delivery of patient-centred care to people with intellectual disabilities in residential settings. *Bmc Health Services Research*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4358-9>
- Crozier, M., Muenchberger, H., Colley, J., & Ehrlich, C. (2013). The disability self-direction movement: Considering the benefits and challenges for an Australian response. *Australian Journal of Social Issues*, 48(4), 455-472. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.2013.tb00293.x>
- de Witte, L., Schoot, T., & Proot, I. (2006). Development of the client-centred care questionnaire. *J Adv Nurs*, 56(1), 62-68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03980.x>
- Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin. (2010). *Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Brussels: Flemish Government
- Doty, P., Kasper, J., & Litvak, S. (1996). Consumer-Directed Models of Personal Care: Lessons from Medicaid. *The Milbank quarterly*, 74(3), 377-409. <https://doi.org/10.2307/3350306>
- Eriksson, S. (2014). The Need for Self-Determination and Imagination: Personal Budgeting and the Management of Disability Services in Finland. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(2), 137-148. <https://doi.org/10.1111/jppi.12079>
- Fleming-Castaldy, R. P. (2008). *Consumer-directed personal care assistance and quality of life for persons with physical disabilities* [New York University]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109849700&site=ehost-live>
- Fleming-Castaldy, R. P. (2011). Are satisfaction with and self-management of personal assistance services associated with the life satisfaction of persons with physical disabilities? *Disabil Rehabil*, 33(15-16), 1447-1459. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.533246>

- Friedman, C. (2019). Person-centered excellence: progress and priorities of disability service organizations. *International Journal on Disability and Human Development*, 18(1), 71-80. <https://doi.org/10.119/J.2191-0367>
- Hakobyan, L., Nieboer, A. P., Finkenflügel, H., & Cramm, J. M. (2020). The Significance of Person-Centered Care for Satisfaction With Care and Well-Being Among Informal Caregivers of Persons With Severe Intellectual Disability. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 17(1), 31-42. <https://doi.org/10.1111/jppi.12297>
- Himuro, N., Kozuka, N., & Mori, M. (2013). Measurement of family-centred care: translation, adaptation and validation of the Measure of Processes of Care (MPOC-56 and -20) for use in Japan. *Child: care, health and development*, 39(3), 358-365. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01371.x>
- Köberich, S., & Farin, E. (2015). A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. *Nursing Inquiry*, 22(2), 106-120. <https://doi.org/10.1111/nin.12078>
- Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Van Cleave, J., Knapp, A. A., Romm, D., Klatka, K., Homer, C. J., Newacheck, P. W., & Perrin, J. M. (2011). Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Academic pediatrics*, 11(2), 136-143. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.12.014>
- Law, M., Baptiste, S., & Mills, J. (1995). Client-centred practice: what does it mean and does it make a difference? *Can J Occup Ther*, 62(5), 250-257. <https://doi.org/10.1177/000841749506200504>
- Manalili, K., Jolley, R., Lu, M., Quan, H., & Santana, M. J. (2016). Developing an evidence-based framework for measuring patient-centred care: A scoping review. *Quality of Life Research*, 25(1), 182. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1390-7>
- Marulappa, N., Anderson, N. N., Bethell, J., Bourbonnais, A., Kelly, F., McMurray, J., Rogers, H. L., Vedel, I., & Gagliardi, A. R. (2022). How to implement person-centred care and support for dementia in outpatient and home/community settings: Scoping review. *Bmc Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07875-w>
- McCormick, M., Balla, D., & Zigler, E. (1975). Resident-care practices in institutions for retarded persons: a cross-institutional, cross-cultural study. *American journal of mental deficiency*, 80(1), 1-17.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Nelson, H. J., Pienaar, C., Williams, A. M., Munns, A., McKenzie, K., & Mörelius, E. (2022). Patient experience surveys for children's community health services: A scoping review. *Journal of Child Health Care*, 26(1), 154-166. <https://doi.org/10.1177/13674935211005874>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Pattyn, E., Gemmel, P., & Trybou, J. (2023). *Evaluatie PVF: het perspectief van de gebruikers en hun netwerk*. <http://lib.ugent.be/catalog/pug01:01HGDT38VM2V6J3KEHVE0YDSS0>
- Pattyn, E., Gemmel, P., Willems, R., Lagaert, S., & Trybou, J. (2024). Validation of the Psychological Empowerment Scale and Client-Centered Care Questionnaire in budget holders with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2343417>
- Ratti, V., Crabtree, J., & Hassiotis, A. (2015). Person-centred care and challenging behaviour in adults with intellectual disabilities: An exploratory study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 93-94. <https://doi.org/10.1111/jir.12214>
- Ratti, V., Crabtree, J., & Hassiotis, A. (2019). Person-centred support and choice in adults with intellectual disabilities and challenging behaviour supported in the community by paid carers: Results from a cross-sectional study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(7), 690. <https://doi.org/10.1111/jir.12653>
- Riedel, M., Kraus, M., & Mayer, S. (2016). Organization and Supply of Long-term Care Services for the Elderly: A Bird's-eye View of Old and New EU Member States. *Social Policy & Administration*, 50(7), 824-845. <https://doi.org/10.1111/spol.12170>
- Sousa, V. D., Williams, J. K., Barnette, J. J., & Reed, D. A. (2010). A new scale to measure family members' perception of community health care services for persons with Huntington disease. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 470-475. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01144.x>
- Squillace, M. R., & Gold, R. S. (2000). *An exploratory study of personal assistance service choice and decision making among persons with disabilities and surrogate decision makers* University of Maryland, College Park]. United States, Maryland.

- Terwiel, M., Alsem, M. W., Siebes, R. C., Bieleman, K., Verhoef, M., & Ketelaar, M. (2017). Family-centred service: differences in what parents of children with cerebral palsy rate important. *Child: care, health and development*, 43(5), 663-669. <https://doi.org/10.1111/cch.12460>
- Trute, B., Hiebert-Murphy, D., & Wright, A. (2008). Family-centred service coordination in childhood health and disability services: the search for meaningful service outcome measures. *Child: care, health and development*, 34(3), 367-372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00819.x>
- Uijen, A. A., Heinst, C. W., Schellevis, F. G., van den Bosch, W. J. H. M., van de Laar, F. A., Terwee, C. B., & Schers, H. J. (2012). Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: A systematic review. *PLoS ONE*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042256>
- Vinton, L. (2010). Caregivers' perceptions of a consumer-directed care program for adults with developmental disabilities. *Journal of Family Social Work*, 13(3), 208-226. <https://doi.org/10.1080/10522151003756052>
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2024a). *Rechtstreeks naar de zorgaanbieder*. Retrieved 13/02/2024 from <https://www.vaph.be/organisaties/rth/algemeen>
- Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2024b). *Wat is persoonsvolgende financiering (PVF)?* Retrieved 14/03/2024 from <https://www.vaph.be/pvf/wat>
- Decreet houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, 64667 (2014). <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1024475&param=informatie>
- Wiener, J. M., Anderson, W. L., & Khatutsky, G. (2007). Are Consumer-Directed Home Care Beneficiaries Satisfied? Evidence From Washington State. *The Gerontologist*, 47(6), 763-774. <https://doi.org/10.1093/geront/47.6.763>
- Wilberforce, M., Challis, D., Davies, L., Kelly, M. P., Roberts, C., & Loynes, N. (2016). Person-centredness in the care of older adults: a systematic review of questionnaire-based scales and their measurement properties. *BMC Geriatrics*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0229-y>
- Zhang, T., Liu, Y., Wang, Y., Li, C., Yang, X., Tian, L., Wu, Y., Lin, L., & Li, H. (2022). Quality indicators for the care of older adults with disabilities in long-term care facilities based on Maslow's hierarchy of needs. *Int J Nurs Sci*, 9(4), 453-459. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.09.012>





## **Bijlagen**

Bijlage 1 draftversie van de vragenlijst voorgelegd op de RTH-studiedag

Bijlage 2 draftversie van de vragenlijst voorgelegd aan de stuurgroep

Bijlage 3 definitieve versie van de vragenlijst



## 1 Bijlage 1 draftversie van de vragenlijst voorgelegd op de RTH-studiedag

Beste deelnemer,

Ik ben Eva Pattyn, doctoraatsonderzoeker aan de Universiteit Gent, en voer onderzoek uit naar de cliëntgerichtheid van de Rechtstreeks Toegankelijke hulp (RTH). Hierbij wil ik meer specifiek nagaan of deze RTH-ondersteuning als afgestemd op uw noden en wensen en als vraaggericht wordt ervaren. Ik nodig u daarom graag uit om deel te nemen aan mijn onderzoek genaamd 'Pilotfase RTH: bevraging van gebruikers'.

Concreet ben ik op zoek naar personen met een handicap of iemand uit het netwerk van deze, die RTH-ondersteuning ontvangen en die 10 tot 15 minuten tijd hebben om een vragenlijst in te vullen. In de vragenlijst zullen er een aantal persoonlijke vragen gesteld worden bv.: leeftijd, geslacht en zo meer. Daarna volgen er enkele vragen over uw RTH-ondersteuning en de ervaring met deze.

Alvorens u kan deelnemen aan de studie, zal u uw toestemming dienen te geven. Gelieve daarom aandachtig op de volgende pagina uw rechten na te lezen. Graag wens ik u nu reeds mee te delen dat dit onderzoek gefinancierd wordt door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en dat zij op een later tijdstip de geanonimiseerde gegevens (dit betekent dat de door u ingevulde gegevens niet gelinkt kunnen worden aan uw identiteit) kunnen gebruiken voor het uitstippelen van hun beleid. Daarnaast kan ik tijdens het onderzoek bijgestaan worden door masterstudenten van de Universiteit Gent omwille van hun masterproef voor de opleiding Management en Beleid van de Gezondheidszorg.

Indien u meer informatie wenst over het onderzoek, aarzel dan zeker niet om mij te contacteren via mijn mailadres [evalilie.pattyn@ugent.be](mailto:evalilie.pattyn@ugent.be) of via mijn telefoonnummer +32 9 332 83 56.

Hopend op uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Jeroen Trybou, Dr. Ruben Willems en Eva Pattyn



**Clïentgerichte zorg en ondersteuning**

*Met de RTH-aanbieder wordt de persoon of organisatie bedoeld van wie u ondersteuning heeft gekregen. Dit kan zowel hulp zijn bij het huishouden, hulp bij het vinden van werk, het aanbieden van een zinvolle dagbesteding als een verblijf voor één of meerdere nachten.*

*Gelieve volgende vragen in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap of vanuit een gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap indien u de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.*

**1.a. Voor de start van de ondersteuning – 5 stellingen**

	Helemaal akkoord	Akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik voel mij in het algemeen voldoende geïnformeerd over welke types van ondersteuning er beschikbaar zijn.					
Het was duidelijk voor mij welk type ondersteuning ik ging krijgen bij de gekozen RTH-aanbieder.					
Het was duidelijk voor mij hoeveel de aangeboden ondersteuning mij zou kosten.					
De aangeboden ondersteuning was betaalbaar voor mij.					
Ik heb niet lang moeten wachten alvorens ik bij de gekozen RTH-aanbieder terecht kon.					

1.b. De geboden ondersteuning -15 stellingen © Zuyd Hogeschool te Heerlen (2003)

Geef aan in hoeverre u akkoord bent met de volgende 15 uitspraken door het voor u juiste antwoord aan te kruisen:

	Helemaal akkoord	Akkoord	Noch akkoord, noch niet akkoord	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik merk dat de RTH-aanbieder rekening houdt met mijn persoonlijke wensen.					
Ik merk dat de RTH-aanbieder echt naar mij luistert.					
Ik merk dat de RTH-aanbieder rekening houdt met wat ik hem/haar verteld heb.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke ondersteuning ik behoefte heb.					
Ik merk dat de RTH-aanbieder mijn besluit respecteert als ik het niet met hem/haar eens ben.					
Ik vind dat de RTH-aanbieder duidelijk is over wat hij/zij kan en mag.					
Ik vind dat de RTH-aanbieder soms te snel zegt dat iets niet mogelijk is.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de ondersteuning die ik nodig heb.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf te doen wat ik zelf kan.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen <b>over welke ondersteuning</b> ik krijg.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen <b>over hoe vaak</b> ik ondersteuning krijg.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen <b>over hoe</b> de ondersteuning wordt uitgevoerd.					
Ik kan meebepalen <b>op welk tijdstip</b> de RTH-aanbieder mij komt helpen.					
Ik vind dat er voldoende met mij overlegd wordt over wie de ondersteuning verleent.					
Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf de ondersteuning te regelen en te organiseren.					

**1.c. Na afloop van de ondersteuning – 4 tot 5 vragen**

1. De aangeboden ondersteuning is zinvol voor mij.

- Zeker akkoord
- Akkoord
- Neutraal
- Niet akkoord
- Zeker niet akkoord

2. De aangeboden ondersteuning is afgestemd op mijn vraag.

- Zeker akkoord
- Akkoord
- Neutraal
- Niet akkoord
- Zeker niet akkoord

**2.a. Indien (zeker) niet akkoord**, heeft de RTH-aanbieder u geholpen om een andere organisatie of persoon te vinden die u kon helpen met uw vraag?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

3. Kan u de ondersteuning aanpassen indien uw vraag of uw noden wijzigen?

- Zeker akkoord
- Akkoord
- Neutraal
- Niet akkoord
- Zeker niet akkoord
- Niet van toepassing

4. Voelt u zich in het algemeen betrokken bij de werking van de RTH-organisatie?

- Zeker akkoord
- Akkoord
- Neutraal
- Niet akkoord
- Zeker niet akkoord

**EINDE**

Zijn er zaken die u ons nog graag wil meedelen na het invullen van deze vragenlijst?

---

---

---

---



## 2 Bijlage 2 draftversie van de vragenlijst voorgelegd aan de stuurgroep

Welkom,

Ik ben Eva Pattyn, een doctoraatsonderzoeker aan de Universiteit Gent. Momenteel voer ik een onderzoek uit naar de vraaggestuurdheid of cliëntgerichtheid van de Rechtstreeks Toegankelijke hulp (RTH). Met Rechtstreeks Toegankelijke hulp (RTH) wordt de bepaalde, handicap-specifieke ondersteuning in de vorm van begeleiding, dagopvang of verblijf bedoeld voor wie af en toe hulp nodig heeft. Ik nodig u/jullie daarom graag uit om deel te nemen aan mijn onderzoek genaamd 'Pilotfase RTH: bevraging van gebruikers'.

Concreet ben ik op zoek naar:

- **personen met een handicap of iemand uit het netwerk** die de persoon met een handicap vertegenwoordigt
- die **RTH-ondersteuning** ontvangen
- die **10 tot 15 minuten** tijd hebben om een vragenlijst in te vullen

In de vragenlijst zullen er een aantal persoonlijke vragen gesteld worden bv. leeftijd, geslacht en zo meer. Daarna volgen er enkele vragen over de verkregen ondersteuning bv. type handicap, type ondersteuning dat ontvangen werd en zo meer. Tot slot wordt er gevraagd of deze RTH-ondersteuning afgestemd was op de gestelde vraag, m.a.w. hoe uw/jullie ervaring met deze ondersteuning was.

Alvorens u kan deelnemen aan de studie, dient u uw toestemming te geven. Gelieve daarom aandachtig op de volgende pagina uw rechten na te lezen. Graag wens ik nu reeds mee te delen dat dit onderzoek gefinancierd wordt door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en dat zij op een later tijdstip de geanonimiseerde gegevens (dit betekent dat de door u ingevulde gegevens niet gelinkt kunnen worden aan uw identiteit) kunnen gebruiken voor het uitstippelen van hun beleid. Daarnaast kan ik tijdens het onderzoek bijgestaan worden door masterstudenten van de Universiteit Gent omwille van hun masterproef. Indien u meer informatie wenst over het onderzoek, aarzel dan zeker niet om mij te contacteren via mijn mailadres [evalilie.pattyn@ugent.be](mailto:evalilie.pattyn@ugent.be) of via mijn telefoonnummer +32 9 332 83 56.

Hopend op uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Jeroen Trybou, Dr. Ruben Willems en Eva Pattyn



**Toestemmingsformulier voor de deelnemers:**

Ik heb de tekst hierboven over de aard, het doel en de duur van de studie gelezen en begrepen. Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik op elk ogenblik de vragenlijst kan stopzetten zonder enig gevolg voor de ontvangen zorg en ondersteuning.

Ik weet dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek.

Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie. Ik weet dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande de zorg en ondersteuning worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar.

Ik verklaar het volgende (meerdere antwoorden mogelijk):

- Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
- Ik wens deel te nemen aan deze studie.
- Ik ben akkoord dat de geanonimiseerde data aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) ter beschikking zal worden gesteld.
- Ik wens niet deel te nemen.



**Vragenlijst 'Pilotfase RTH: bevraging van gebruikers'**

U vult deze vragenlijst in:

- Zonder hulp van anderen → *sla deel 1(b) over*
- Met hulp van een familielid (partner, kind, ouder) of een vriend → vul **1(b)** ook in
- Met hulp van een professionele hulpverlener of een vrijwilliger → *sla deel 1(b) over*
- Als persoon uit het netwerk van de persoon met een handicap in kwestie (persoon met een handicap neemt niet actief deel aan het invullen van de bevraging) → vul **1(b)** ook in

**Informatie**

Indien u de vragenlijst invult als 'persoon uit het netwerk van de persoon met een handicap in kwestie', gelieve deel 3 in te vullen vanuit de gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap.

Gelieve alle vragen in te vullen.

Soms zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit zal ook aangegeven worden bij de vraag.

Als u het antwoord op een vraag niet weet of een vraag liever niet beantwoordt, gelieve dan aan te duiden 'Ik weet het niet' of 'Andere' of 'Neutraal'.

**Deel 1(a): Wie ben ik? (invullen als persoon met een handicap) – 7 vragen**

*Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap.*

1. Wat is uw leeftijd? \_\_\_\_\_ Jaar
2. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Andere
3. In welke omgeving woont u?
  - Een stedelijke omgeving
  - Een dorpse omgeving
4. Wat is uw woonsituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Alleen
  - Met uw partner en/of kinderen
  - Met uw ouders en eventuele broers en/of zussen
  - Met anderen (bijvoorbeeld cohousing)
  - Andere: \_\_\_\_\_

5. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
- Geen opleiding
  - (Buitengewoon) lager onderwijs
  - Buitengewoon middelbaar onderwijs
  - Middelbaar onderwijs
  - Postsecundair, niet-hoger onderwijs/Graduaat
  - Hoger, niet-universitair onderwijs/Hogeschool
  - Universitair onderwijs
  - Doctoraat
  - Andere: \_\_\_\_\_
6. Kan u rondkomen met uw persoonlijke inkomsten (zoals loon, spaargeld of geld van familie of vrienden)?
- Zeer gemakkelijk
  - Gemakkelijk
  - Neutraal
  - Moeilijk
  - Zeer moeilijk
7. Hoeveel kennis heeft u over de gezondheids- en welzijnssector? (bijvoorbeeld: weten welke organisaties en diensten beschikbaar zijn, weten waar u hulp kan vinden of welke contactpersonen u kunnen verder helpen)
- geen kennis (anderen doen dit voor u)
  - weinig kennis (veel hulp nodig van anderen)
  - matige kennis (af en toe hulp nodig van anderen)
  - veel kennis (geen of amper hulp nodig van anderen)
  - Ik weet het niet

---

**Deel 1(b): Wie ben ik? (invullen als vertegenwoordiger in eigen persoon) - 6 vragen**

Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon die helpt met het invullen van de vragenlijst of de persoon die de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.

1. Wat is uw leeftijd? \_\_\_\_\_ Jaar
2. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Andere
3. In welke omgeving woont u?
  - Een stedelijke omgeving
  - Een dorpse omgeving
4. Wat is uw woonsituatie?
  - Alleen
  - Met uw partner en/of kinderen
  - Met uw ouders en eventuele broers en/of zussen
  - Met anderen (bijvoorbeeld cohousing)
  - Andere: \_\_\_\_\_
5. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
  - Geen opleiding
  - (Buitengewoon) lager onderwijs
  - Buitengewoon middelbaar onderwijs
  - Middelbaar onderwijs
  - Postsecundair niet-hoger onderwijs/Graduaat
  - Hoger niet-universitair onderwijs/Hogeschool
  - Universitair onderwijs
  - Doctoraat
  - Andere: \_\_\_\_\_
6. Hoeveel kennis heeft u over de gezondheids- en welzijnssector? (bijvoorbeeld: weten welke organisaties en diensten beschikbaar zijn, weten waar u hulp kan vinden of welke contactpersonen u kunnen verder helpen)
  - geen kennis (anderen doen dit voor u)
  - weinig kennis (veel hulp nodig van anderen)
  - matige kennis (af en toe hulp nodig van anderen)
  - veel kennis (geen of amper hulp nodig van anderen)
  - Ik weet het niet

## **Deel 2: De zorg en ondersteuning van de persoon met een handicap – 5 vragen**

*Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap.*

1. Welke handicap heeft u? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Auditieve handicap: doof of slechthorend
  - Visuele handicap: blind of slechtziend
  - Motorische/fysieke handicap
  - Verstandelijke handicap
  - Stem-, spraak- en/of taalstoornis (bijvoorbeeld: moeilijker of niet kunnen praten, afasie, dysfasie, ...)
  - Gedrags- en/of emotionele stoornis
  - Leerstoornis
  - Autismespectrumstoornis
  - Psychiatrische aandoening
  - Chronische ziekte (bijvoorbeeld: dementie, ziekte van Parkinson)
  - Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
  - Degeneratieve aandoening
  - Ik weet het niet
2. Heeft u ooit een zorgbudget voor personen met een handicap (= het vroegere BasisOndersteuningsBudget (BOB)) ontvangen?
  - Ja
  - Nee
  - Ik weet het niet
3. Wanneer heeft u voor het eerst zorg en ondersteuning van het VAPH ontvangen?
  - Voor 2023
  - In of na 2023
  - Ik weet het niet
4. Staat u op de wachtlijst voor een persoonsvolgend budget?
  - Ja
  - Nee
  - Ik weet het niet
5. Welk type ondersteuning heeft u ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Eén op één begeleiding bij u thuis (bv. bij het huishouden, bij het zoeken naar werk, bij de opvoeding, bij het schoolgaan, etc.)
  - Eén op één begeleiding bij de RTH-organisatie (u gaat naar de organisatie voor begeleiding bij bv. het huishouden, het zoeken naar werk, de opvoeding, het schoolgaan, etc.)
  - Groepsbegeleiding
  - Begeleid werken
  - Dagopvang (dagbesteding bij de RTH-aanbieder)
  - Nachtverblijf (overnachting bij de RTH-aanbieder)
  - Andere: \_\_\_\_\_
  - Ik weet het niet

### Deel 3: Cliëntgerichte zorg en ondersteuning

Met de RTH-aanbieder wordt de persoon of organisatie bedoeld die u ondersteuning heeft geboden. Dit kan zowel hulp zijn in huis of bij het vinden van werk, het aanbieden van een zinvolle dagbesteding, psychosociale ondersteuning, educatie (opleiding of vorming) als een verblijf voor één of meerdere nachten. Indien u meerdere types ondersteuning heeft ontvangen, voor welke type vult u de vragenlijst in?

Antwoord:.....

Gelieve volgende vragen in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap of vanuit een gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap indien u de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.

#### 1.a. Voor de start van de ondersteuning – 4 tot 7 vragen

1. Ik voel mij voldoende geïnformeerd over de beschikbare ondersteuningsvormen in de RTH-pilootprojecten.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

2. Het was duidelijk welke ondersteuning ik ging krijgen bij de gekozen RTH-aanbieder.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

3. Heeft u een persoonlijke bijdrage betaald voor de ondersteuning van de RTH-aanbieder?

Ja

Nee

Ik weet het niet

#### 3.a Indien ja, was het duidelijk hoeveel de aangeboden ondersteuning u zou kosten?

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

#### 3.b Indien ja, was deze bijdrage betaalbaar voor u?

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

4. Ik heb lang moeten wachten alvorens ik bij de gekozen RTH-aanbieder terecht kon.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

**4.a Indien (helemaal) akkoord, hoe lang heeft u moeten wachten?**

- 0 tot 3 maanden
- 4 tot 6 maanden
- 7 tot 9 maanden
- 10 tot 12 maanden
- 1 tot 3 jaar
- Meer dan 3 jaar
- Ik weet het niet

**1.b. De geboden ondersteuning -15 stellingen** © Zuyd Hogeschool te Heerlen (2003)

Geef aan in hoeverre u akkoord bent met de volgende 15 uitspraken door het voor u juiste antwoord aan te kruisen:

1. De RTH-aanbieder houdt rekening met mijn persoonlijke wensen.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

2. De RTH-aanbieder luistert echt naar mij.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

3. De RTH-aanbieder houdt rekening met wat ik hem/haar verteld heb.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

4. Ik kan zeggen aan welke ondersteuning ik behoefte heb.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

5. De RTH-aanbieder respecteert mijn besluit als ik het niet met hem/haar eens ben.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

6. De RTH-aanbieder is duidelijk over wat hij/zij kan en mag.

Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

7. De RTH-aanbieder zegt soms te snel dat iets niet mogelijk is.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

8. Ik kan eigen kennis en ervaring inbrengen over de ondersteuning die ik nodig heb.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

9. Ik mag zelf doen wat ik zelf kan.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

10. Ik kan mee beslissen over welke ondersteuning ik krijg.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

11. Ik kan mee beslissen over hoe vaak ik ondersteuning krijg.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

12. Ik kan mee beslissen over hoe de ondersteuning wordt uitgevoerd.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

13. Ik kan mee beslissen op welk tijdstip de RTH-aanbieder mij komt helpen.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

14. Er wordt voldoende met mij overlegd over wie de ondersteuning verleent.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

15. Ik mag zelf de ondersteuning regelen en organiseren.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

### 1.c. Na afloop van de ondersteuning – 5 tot 8 vragen

1. De aangeboden ondersteuning was/is zinvol voor mij.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

2. De aangeboden ondersteuning was/is afgestemd op mijn vraag.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

**2.a. Indien (helemaal) niet akkoord**, op welk gebied was deze ondersteuning niet afgestemd?

- Doelgroep (bv. de types handicap of de leeftijd waarop de organisatie zich richt)
- Type ondersteuning (de vorm van de ondersteuning)
- Intensiteit van de ondersteuning (het aantal ondersteuningsmomenten)
- Frequentie (de tijd tussen de verschillende ondersteuningsmomenten)
- Expertise (de kennis van de RTH-aanbieder over uw handicap)
- Andere: \_\_\_\_\_
- Ik weet het niet

**2.b. Indien (helemaal) niet akkoord**, heeft de RTH-aanbieder u geholpen om een andere organisatie of persoon te vinden die u kon helpen met uw vraag?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

3. Ik kon/kan de gemaakte afspraken aanpassen indien mijn noden wijzigen.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

4. Ik voelde/voel mij betrokken bij de werking van de RTH-organisatie.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--



5. Waren er nog andere personen of organisaties, zoals een werkgever, een school, een huisarts(enpraktijk), een psycholoog, etc., betrokken bij uw ondersteuning?

Niet van toepassing

Ik weet het niet

Ja

Nee

**Indien ja of nee**, wenst u hier nog iets aan toe te voegen?

---

---

## **EINDE**

Zijn er andere zaken die u ons nog graag wil meegeven?

---

---

---

---



### 3 Bijlage 3 definitieve versie van de vragenlijst

Welkom,

Ik ben Eva Pattyn, een doctoraatsonderzoeker aan de Universiteit Gent. Momenteel voer ik een onderzoek uit naar de vraaggestuurdheid of cliëntgerichtheid van de Rechtstreeks Toegankelijke hulp (RTH). Met Rechtstreeks Toegankelijke hulp (RTH) wordt de bepaalde, handicapspecifieke ondersteuning in de vorm van begeleiding, dagopvang of verblijf bedoeld voor wie af en toe hulp nodig heeft. Ik nodig u/jullie daarom graag uit om deel te nemen aan mijn onderzoek genaamd 'Pilotfase RTH: bevraging van gebruikers'.

Concreet ben ik op zoek naar:

- **personen met een handicap of iemand uit het netwerk** die de persoon met een handicap vertegenwoordigt
- die **RTH-ondersteuning** ontvangen
- die **10 tot 15 minuten** tijd hebben om een vragenlijst in te vullen

In de vragenlijst zullen er een aantal persoonlijke vragen gesteld worden bv. leeftijd, geslacht en zo meer. Daarna volgen er enkele vragen over de verkregen ondersteuning bv. type handicap, type ondersteuning dat ontvangen werd en zo meer. Tot slot wordt er gevraagd of deze RTH-ondersteuning afgestemd was op de gestelde vraag, m.a.w. hoe uw/jullie ervaring met deze ondersteuning was.

Alvorens u kan deelnemen aan de studie, dient u uw toestemming te geven. Gelieve daarom aandachtig op de volgende pagina uw rechten na te lezen. Graag wens ik nu reeds mee te delen dat dit onderzoek gefinancierd wordt door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en dat zij op een later tijdstip de geanonimiseerde gegevens (dit betekent dat de door u ingevulde gegevens niet gelinkt kunnen worden aan uw identiteit) kunnen gebruiken voor het uitstippelen van hun beleid. Daarnaast kan ik tijdens het onderzoek bijgestaan worden door masterstudenten van de Universiteit Gent omwille van hun masterproef. Indien u meer informatie wenst over het onderzoek, aarzel dan zeker niet om mij te contacteren via mijn mailadres [evalilie.pattyn@ugent.be](mailto:evalilie.pattyn@ugent.be) of via mijn telefoonnummer +32 9 332 83 56.

Hopend op uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,

Prof. Dr. Jeroen Trybou, Dr. Ruben Willems en Eva Pattyn



***Toestemmingsformulier voor de deelnemers:***

Ik heb de tekst hierboven over de aard, het doel en de duur van de studie gelezen en begrepen.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik op elk ogenblik de vragenlijst kan stopzetten zonder enig gevolg voor de ontvangen zorg en ondersteuning.

Ik weet dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek.

Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik weet dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande de zorg en ondersteuning worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 10 jaar.

Ik verklaar het volgende (meerdere antwoorden mogelijk):

- Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
- Ik wens deel te nemen aan deze studie.
- Ik ben akkoord dat de geanonimiseerde data aan het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) ter beschikking zal worden gesteld.
- Ik wens niet deel te nemen.

### **Vragenlijst 'Pilotfase RTH: bevraging van gebruikers'**

U vult deze vragenlijst in:

- Zonder hulp van anderen → *sla deel 1(b) over*
- Met hulp van een familielid (partner, kind, ouder) of een vriend → vul **1(b)** ook in
- Met hulp van een professionele hulpverlener → *sla deel 1(b) over*
- Met hulp van een vrijwilliger → *sla deel 1(b) over*
- Als persoon uit het netwerk van de persoon met een handicap in kwestie (persoon met een handicap neemt niet actief deel aan het invullen van de bevraging) → vul **1(b)** ook in

### **Informatie**

Indien u de vragenlijst invult als 'persoon uit het netwerk van de persoon met een handicap in kwestie', gelieve deel 3 in te vullen vanuit de gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap.

Gelieve alle vragen in te vullen.

Soms zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit zal ook aangegeven worden bij de vraag.

Als u het antwoord op een vraag niet weet of een vraag liever niet beantwoordt, gelieve dan aan te duiden 'Ik weet het niet' of 'Andere' of 'Neutraal'.

**Deel 1(a): Wie ben ik? (invullen als persoon met een handicap) – 7 vragen**

Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap.

1. Wat is uw leeftijd? \_\_\_\_\_ Jaar
2. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Andere
3. In welke omgeving ligt uw hoofdverblijfplaats?
  - Een stedelijke omgeving
  - Een dorpse omgeving
4. Wat is uw woonsituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Alleen
  - Met uw partner en/of kinderen
  - Met uw ouders en eventuele broers en/of zussen
  - Met anderen (bijvoorbeeld cohousing)
  - Andere: \_\_\_\_\_
5. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
  - Geen opleiding
  - (Buitengewoon) lager onderwijs
  - Buitengewoon middelbaar onderwijs
  - Middelbaar onderwijs
  - Post secundair, niet-hoger onderwijs/Graduaat
  - Hoger, niet-universitair onderwijs/Hogeschool
  - Universitair onderwijs
  - Doctoraat
  - Andere: \_\_\_\_\_
6. Kan u rondkomen met uw persoonlijke inkomsten (zoals loon, spaargeld of geld van familie of vrienden)?
  - Zeer gemakkelijk
  - Gemakkelijk
  - Neutraal
  - Moeilijk
  - Zeer moeilijk
7. Hoeveel kennis heeft u over de gezondheids- en welzijnssector? (bijvoorbeeld: weten welke organisaties en diensten beschikbaar zijn, weten waar u hulp kan vinden of welke contactpersonen u kunnen verder helpen)
  - geen kennis (anderen doen dit voor u)
  - weinig kennis (veel hulp nodig van anderen)
  - matige kennis (af en toe hulp nodig van anderen)
  - veel kennis (geen of amper hulp nodig van anderen)
  - Ik weet het niet

**Deel 1(b): Wie ben ik? (invullen als vertegenwoordiger in eigen persoon) - 6 vragen**

*Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon die helpt met het invullen van de vragenlijst of de persoon die de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.*

1. Wat is uw leeftijd? \_\_\_\_\_ Jaar
2. Wat is uw geslacht?
  - Man
  - Vrouw
  - Andere
3. In welke omgeving ligt uw hoofdverblijfplaats?
  - Een stedelijke omgeving
  - Een dorpse omgeving
4. Wat is uw woonsituatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Alleen
  - Met uw partner en/of kinderen
  - Met uw ouders en eventuele broers en/of zussen
  - Met anderen (bijvoorbeeld cohousing)
  - Andere: \_\_\_\_\_
5. Wat is uw hoogst behaalde diploma?
  - Geen opleiding
  - (Buitengewoon) lager onderwijs
  - Buitengewoon middelbaar onderwijs
  - Middelbaar onderwijs
  - Post secundair niet-hoger onderwijs/Graduaat
  - Hoger niet-universitair onderwijs/Hogeschool
  - Universitair onderwijs
  - Doctoraat
  - Andere: \_\_\_\_\_
6. Hoeveel kennis heeft u over de gezondheids- en welzijnssector? (bijvoorbeeld: weten welke organisaties en diensten beschikbaar zijn, weten waar u hulp kan vinden of welke contactpersonen u kunnen verder helpen)
  - geen kennis (anderen doen dit voor u)
  - weinig kennis (veel hulp nodig van anderen)
  - matige kennis (af en toe hulp nodig van anderen)
  - veel kennis (geen of amper hulp nodig van anderen)
  - Ik weet het niet

## **Deel 2: De zorg en ondersteuning van de persoon met een handicap – 5 vragen**

Geelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap.

1. Welke handicap heeft u? (meerdere antwoorden mogelijk)
  - Auditieve handicap: doof of slechthorend
  - Visuele handicap: blind of slechtziend
  - Motorische/fysieke handicap
  - Verstandelijke handicap
  - Stem-, spraak- en/of taalstoornis (bijvoorbeeld: moeilijker of niet kunnen praten, afasie, dysfasie, ...)
  - Gedrags- en/of emotionele stoornis
  - Leerstoornis
  - Autismespectrumstoornis
  - Psychiatrische aandoening
  - Chronische ziekte (bijvoorbeeld: dementie, ziekte van Parkinson)
  - Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
  - Degeneratieve aandoening
  - Ik weet het niet
2. Heeft u nu of in het verleden een zorgbudget voor personen met een handicap (= het vroegere BasisOndersteuningsBudget (BOB)) ontvangen?
  - Ja
  - Nee
  - Ik weet het niet
3. Wanneer heeft u voor het eerst zorg en ondersteuning (geen hulpmiddelen) van het VAPH ontvangen?
  - Voor 2023
  - In of na 2023
  - Ik weet het niet
4. Staat u op de wachtlijst voor een persoonsvolgend budget?
  - Ja
  - Nee
  - Ik weet het niet

### **Deel 3: Cliëntgerichte zorg en ondersteuning**

Gelieve dit deel in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap

Met de **RTH-aanbieder** wordt **de persoon of organisatie** bedoeld **die u beperkte, handicapspecifieke ondersteuning heeft geboden.**

1. Bij welke organisatie heeft u ondersteuning gekregen?

(Ter info: Deze data worden **niet** aan het VAPH bezorgd, maar dienen om het type organisatie te bepalen (bv. klein of groot, nieuwe speler of niet).

Naam: \_\_\_\_\_

Ik weet het niet/ik zeg dit liever niet

2. Welk type ondersteuning heeft u ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Eén op één begeleiding bij u thuis (bv. bij het huishouden, bij het zoeken naar werk, bij de opvoeding, bij het schoolgaan, etc.)

Eén op één begeleiding bij de RTH-organisatie (u gaat naar de organisatie voor begeleiding bij bv. het huishouden, het zoeken naar werk, de opvoeding, het schoolgaan, etc.)

Groepsbegeleiding

Begeleid werken

Dagopvang (dagbesteding bij de RTH-aanbieder)

Nachtverblijf (overnachting bij de RTH-aanbieder)

Andere: \_\_\_\_\_

Ik weet het niet

3. Indien u meerdere types ondersteuning heeft ontvangen, voor welke type ondersteuning vult u de vragenlijst in?

Antwoord:.....



### 1.a. Voor de start van de ondersteuning – 4 tot 7 vragen

Gelieve volgende vragen in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap of vanuit een gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap indien u de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.

Geef aan in hoeverre u akkoord bent met de volgende 15 uitspraken door het **voor u juiste antwoord** aan te kruisen:

1. Ik voel mij voldoende geïnformeerd over de beschikbare ondersteuningsvormen die ik kan vragen.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

2. Het was duidelijk welke ondersteuning ik ging krijgen bij de gekozen RTH-aanbieder.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

3. Hoe lang heeft u moeten wachten op deze ondersteuning/begeleiding?

- 0 tot 3 maanden  
 4 tot 6 maanden  
 7 tot 9 maanden  
 10 tot 12 maanden  
 1 tot 3 jaar  
 Meer dan 3 jaar  
 Ik weet het niet

4. Heeft u een persoonlijke bijdrage betaald voor de ondersteuning van de RTH-aanbieder?

- Ja  
 Nee  
 Ik weet het niet

**4.a Indien ja:** het was duidelijk **voor de start** van de ondersteuning hoeveel de aangeboden ondersteuning mij zou kosten.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

**4.b Indien ja:** de gevraagde bijdrage was betaalbaar voor mij.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

**1.b. De geboden ondersteuning -20 vragen** © Zuyd Hogeschool te Heerlen (2003)

*Gelieve volgende vragen in te vullen vanuit het perspectief van de persoon met een handicap of vanuit een gedeelde ervaring van u en de persoon met een handicap indien u de vragenlijst invult in de plaats van de persoon met een handicap.*

*Geef aan in hoeverre u akkoord bent met de volgende 15 uitspraken door het **voor u juiste antwoord** aan te kruisen:*

1. De RTH-aanbieder houdt rekening met mijn persoonlijke wensen.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

2. De RTH-aanbieder luistert echt naar mij.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

3. De RTH-aanbieder houdt rekening met wat ik hem/haar verteld heb.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

4. Ik kan zeggen aan welke ondersteuning ik behoefte heb.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

5. De RTH-aanbieder respecteert mijn besluit als ik het niet met hem/haar eens ben.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

6. De RTH-aanbieder is duidelijk over wat hij/zij kan en mag.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

7. De RTH-aanbieder zegt soms te snel dat iets niet mogelijk is.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

8. Ik kan eigen kennis en ervaring inbrengen over de ondersteuning die ik nodig heb.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

9. Ik mag zelf doen wat ik zelf kan.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

10. Ik kan mee beslissen over **welke** ondersteuning ik krijg.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

11. Ik kan mee beslissen over **hoe vaak** ik ondersteuning krijg.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

12. Ik kan mee beslissen over **hoe** de ondersteuning wordt uitgevoerd.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

13. Ik kan mee beslissen **op welk tijdstip** de RTH-aanbieder mij komt helpen.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

14. Er wordt voldoende met mij overlegd over wie de ondersteuning verleent.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

15. Ik mag zelf de ondersteuning regelen en organiseren.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

16. De aangeboden ondersteuning was/is zinvol voor mij.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

17. Ik voelde/voel mij betrokken bij de werking van de RTH-organisatie.  
Helemaal akkoord Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

18. Ik kon/kan de gemaakte afspraken aanpassen indien mijn noden wijzigen.

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

19. De geboden ondersteuning was/is afgestemd op mijn vraag op gebied van:

a. Doelgroep (bv. de types handicap of de leeftijd waarop de organisatie zich richt)

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

b. Type ondersteuning (de vorm van de ondersteuning)

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

c. Intensiteit van de ondersteuning (het aantal ondersteuningsmomenten)

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

d. Frequentie (de tijd tussen de verschillende ondersteuningsmomenten)

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

e. Expertise (de kennis van de RTH-aanbieder over uw handicap)

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

Andere: \_\_\_\_\_

Helemaal akkoord

Helemaal niet akkoord

--	--	--	--

Geen idee/Niet van toepassing

---

**Indien (helemaal) niet akkoord bij vraag 19**, heeft de RTH-aanbieder u geholpen om een andere organisatie of persoon te vinden die u kon helpen met uw vraag?

- Ja
- Nee
- Ik weet het niet

20. Waren er nog andere personen of organisaties, zoals een werkgever, een school, een huisarts(enpraktijk), een psycholoog, etc., betrokken bij uw ondersteuning?

- Ik weet het niet
- Niet van toepassing
- Nee
- Ja

Wenst u hier nog iets toe te voegen aan uw antwoord op de vorige vraag (niet verplicht te antwoorden)?

---

---

---

---

**EINDE**

Wat loopt voor u goed binnen de RTH-ondersteuning? (niet verplicht te antwoorden)

---

---

---

---

Heeft u verbeterpunten? (niet verplicht te antwoorden)

---

---

---

---

Hartelijk dank voor uw deelname!

