



Departement Social Work

Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk

IK BLIJF THUIS!

*Onderzoek naar de tevredenheid over de kwaliteit van de dienst gezinszorg
van thuiszorg De Voorzorg Maaseik.*

Door Patricia Massij

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

Hasselt

Academiejaar 2014- 2015

Departement Social Work

Afstudeerrichting Maatschappelijk Werk

IK BLIJF THUIS!

*Onderzoek naar de tevredenheid over de kwaliteit van de dienst gezinszorg
van thuiszorg De Voorzorg Maaseik.*

Door Patricia Massij

**Eindwerk aangeboden tot het bekomen
van het diploma bachelor sociaal werk
(maatschappelijk assistent)**

Hasselt

Academiejaar 2014- 2015

Dankwoord

Ten eerste wil ik graag mijn stagementor Kevin Drees bedanken, hij gaf mij veel ruimte en tijd om mijn eindwerk tot stand te brengen. Hij beantwoorde al mijn vragen en las op regelmatige basis mijn teksten na. Hij ondersteunde me tijdens de uitvoering van mijn praktijkonderzoek en maakte mij wegwijs in de werking van de thuiszorg.

Daarnaast wil ik mevrouw Dehasque bedanken voor haar opbouwende en kritische inzichten. Ze nam mijn onzekerheden weg en stuurde me bij. Ze beantwoordde al mijn vragen en stond ten alle tijden klaar voor haar studenten.

De verzorgenden van de dienst thuiszorg mogen hier zeker niet vergeten worden. Zij hebben de tevredenheidsmetingen verspreid en motiveerden de mensen om de enquête in te vullen. Ze zijn mede verantwoordelijk voor de hoge respons en hebben me op deze manier enorm geholpen om mijn praktijkgedeelte vorm te geven.

Tot slot bedank ik alle cliënten van de dienst gezinszorg voor het invullen van de tevredenheidsmeting. Het verbeteren van de kwaliteit is mogelijk door én voor hen.

Aan iedereen een welgemeende 'dankuwel'!

Inhoudsopgave

1	DEEL 1: SITUERING STAGEPLAATS.....	5
1.1	Thuishulp vzw De Voorzorg.....	5
1.2	Thuiszorg De voorzorg Maaseik.....	6
1.3	Missie.....	6
1.4	Visie.....	7
1.5	Waarden.....	7
1.6	Aanbod.....	7
1.7	Rol van de maatschappelijk assistent.....	8
1.8	Besluit.....	9
2	DEEL 2: CLIËNTTEVREDENHEID EN KWALITEIT.....	10
2.1	Doelgroep.....	10
2.1.1	Ouderen.....	10
2.1.2	Invaliden.....	14
2.1.3	Mindervaliden.....	15
2.1.4	Dé cliënt bestaat niet.....	17
2.2	Kwaliteit.....	17
2.2.1	Waarom kwaliteit?.....	18
2.2.2	Integrale kwaliteitsontwikkeling (IKO).....	19
2.2.3	Het EFQM- Model.....	20
2.2.4	Kwaliteitsdecreet 17 oktober 2003.....	22
2.3	Tevredenheid.....	23
2.3.1	Beïnvloedende factoren voor tevredenheid.....	23
2.3.2	De weg van ontevredenheid naar tevredenheid.....	24
2.4	Besluit.....	26
3	DEEL 3: PRAKTIJK.....	27
3.1	Verantwoording.....	27
3.2	Opbouw tevredenheidsmeting.....	28
3.3	Verwerkingsmethode.....	28
3.4	Profiel van het cliënteel.....	29

3.5	Verwerking van de overige onderzoeksgegevens	31
3.5.1	Geschiedenis met de dienst	31
3.5.2	Verwachtingen ten aanzien van de zorgverlening	33
3.5.3	(On)tevredenheid over de verzorgenden.....	35
3.5.4	(On)tevredenheid over de administratie en contact	36
3.5.5	Algemene tevredenheid	40
3.5.6	Suggesties en tips.....	40
3.6	Algemene conclusies van het onderzoek	41
3.7	Besluit	42
4	Deel 4: KRITISCHE KIJK	43
4.1	Thuiszorg De Voorzorg Maaseik	43
4.2	Belemmeringen gedurende het onderzoek.....	44
4.3	Persoonlijk traject.....	45
4.4	Actuele tendensen	45
5	Algemeen besluit.....	48
6	BIBLIOGRAFIE	49
7	BIJLAGEN.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.1	BEL- score	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.2	Beheer van het kwaliteitshandboek.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.3	Klachtenformulier	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.4	Klachtenprocedure De Voorzorg	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.5	Tevredenheidsmeting.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.6	Artikels	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.6.1	Artikel 1: Samen voor dialoog in de zorg.	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
7.6.2	Artikel 2: Kwaliteit van hulpverlening	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Algemene inleiding

“Waardevolle zorg is wat de mens geeft als het hart spreekt.

Er voor elkaar zijn zoals praten over moeilijke dagen, over angsten, verdriet, onmacht en toekomst.

Waardevolle zorg maakt ruimte voor een glimlach, voor vrijheid en veiligheid, voor vertrouwen en voor meer kansen op een betere toekomst.

Waardevolle zorg smaakt, als tranen kunnen lachen.” (Jan van Kouwen, 2011)

Dit eindwerk werkt rond de thuiszorgdienst van Maaseik van ziekenfonds De Voorzorg. Meer specifiek werd er gekeken naar de tevredenheid over de kwaliteit van de dienst gezinszorg. De probleemstelling waarrond het onderzoek werd opgesteld, luidt als volgt: “Hoe tevreden zijn de cliënten over de kwaliteit van de dienst gezinszorg van thuiszorg De Voorzorg Maaseik?”.

Deze onderzoeksvraag werd onderzocht en uitgediept aan de hand van een tevredenheidsmeting. Hierbij werden 49 gezinnen, die gebruik maken van de dienst gezinszorg bevroegd. De tevredenheid over de verschillende gebieden werd bevroegd. Op die manier werd getracht een ruim kader te scheppen om de tevredenheid te onderzoeken. Zo krijgt de stageplaats een beeld over hetgeen haar cliënteel denkt over de kwaliteit en kunnen er werk- en aandachtspunten aangehaald worden.

Ik wil graag de structuur van mijn eindwerk overlopen. Het eerste hoofdstuk situeert de stageplaats. In dit deel wordt de missie, visie en het aanbod besproken. Verder wordt er uitgebreid stilgestaan bij de taak van de maatschappelijk assistent op de dienst. Beleidsgericht wordt het woonzorgdecreet 13 maart 2009 nader bekeken.

Het tweede hoofdstuk is opgebouwd rond de drie grote onderdelen van de onderzoeksvraag. In het eerste onderdeel wordt de doelgroep besproken. Ouderen enerzijds, mindervaliden en invaliden anderzijds. Hierbij wordt tevens stilgestaan bij de steeds toenemende ouderenpopulatie. Het tweede onderdeel definieert het begrip ‘kwaliteit’ en het belang van kwaliteit. Vervolgens wordt gekeken hoe het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 de invulling van kwaliteit voorschrijft en hoe een organisatie met deze richtlijnen om gaat. Hierbij wordt het EFQM- model aangehaald, waarmee een organisatie kan werken aan kwaliteit. Het laatste onderdeel definieert het begrip ‘tevredenheid’ en de beïnvloedende factoren. Tot slot staan we stil bij de weg die de invoer van kwaliteitsontwikkeling heeft doorgemaakt.

In hoofdstuk drie worden de belangrijkste bevindingen besproken uit het praktijkonderzoek. Deze worden geanalyseerd aan de hand van grafische voorstellingen en toelichtingen. In de algemene conclusie worden er linken gelegd tussen praktijk en theorie.

In hoofdstuk vier tracht ik kritische bevindingen weer te geven. Deze handelen over de werking van thuiszorg De Voorzorg Maaseik in het algemeen, belemmeringen gedurende het onderzoek, het persoonsgebonden traject en enkele actuele tendensen.

Ten slotte rest mij niets anders dan u veel leesplezier toe te wensen!

1 DEEL 1: SITUERING STAGEPLAATS

In het eerste deel wordt er een toelichting gegeven over de dienst Thuishulp vzw De Voorzorg. De dienst wordt eerst gekaderd binnen het Vlaamse beleidslandschap. Gevolgd door een beknopte uitwerking van het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 en haar doelstellingen.

Vervolgens wordt de overstap gemaakt naar de stageplaats, de dienst thuiszorg De Voorzorg Maaseik. Hier volgt een uitwerking van de missie, visie en belangrijkste kernwaardes. Er wordt stilgestaan bij de taak van de MA binnen de werking van de dienst thuiszorg. Tot slot wordt het aanbod van de stageplaats besproken en worden deze diensten toegelicht.

1.1 Thuishulp vzw De Voorzorg

Thuishulp vzw is erkend door het agentschap zorg en gezondheid. Het woonzorgdecreet van 13 maart 2009 is een integraal decreet voor thuiszorg en residentiële ouderenzorg. (“Woonzorgdecreet 13 maart 2009”, 2015)

Dit decreet regelt de aanmelding, de erkenning en de subsidiëring van voorzieningen in de georganiseerde woonzorg. Het decreet heeft tot doel de levenskwaliteit van de gebruiker te waarborgen. Dit tracht men te verwezenlijken door ondersteuning te bieden in de zelfzorg en mantelzorg, het verlenen van gespecialiseerde vormen van woonzorg en het bevorderen van de samenwerking en afstemming tussen de verschillende actoren binnen de woonzorg.

Het decreet beoogt drie doelstellingen om te werken aan de levenskwaliteit van de gebruiker. Het decreet wil zorg op maat aanbieden om zo zorgcontinuïteit te garanderen. Zorg op maat betekent dan zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en aangepast inzetten. Een tweede doelstelling is het actualiseren en afstemmen van zorg, wonen en welzijn. Op die manier wordt er getracht de samenwerking tussen thuiszorg, thuis- ondersteunende zorg (zoals mantelzorg) en de residentiele zorg aan te moedigen en te vergemakkelijken. Een derde doelstelling richt zich op de verhoging van kwaliteit, van wonen en zorg. Dit door passend in te spelen op de fysieke en psychische noden van de gebruiker, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het persoonlijke welbehagen.

Deze aspecten keren terug in de kernwaardes van de Thuishulp vzw. Hieruit vertrekt de zorgverlening.

1.2 Thuiszorg De voorzorg Maaseik

Thuishulp vzw De Voorzorg bestaat uit 15 dienstencentra voor hulpverlening, Maaseik is hier een van. Deze lokale centra noemen we dienst thuiszorg, het overkoepelende geheel noemen we dienst Thuishulp vzw. Echter worden deze begrippen door elkaar gebruikt in de praktijk.

Voor deze lokale centra gelden de missie, visie en waarden, vastgesteld door dienst Thuishulp vzw in Hasselt. Op die manier trachten de lokale centra eenzelfde doel te beogen en te werken in dezelfde richting. (Drees, persoonlijke communicatie, 11 februari 2015)

1.3 Missie

Thuishulp vzw biedt zorg- en dienstverlening op maat, vanuit een respectvolle houding, gesteund door solidariteit en gelijkwaardigheid. De focus ligt bij de zorgbehoevenden, waarbij men aandacht heeft voor de zelfredzaamheid en empowerment.

Een deskundig team treedt in dialoog met de cliënt en andere zorgverleners om op die manier een kwaliteitsvolle en laagdrempelige zorg- en dienstverlening aan te bieden. Dit wordt gedaan vanuit een financieel gezond en maatschappelijk verantwoord kader. (Stuurgroep kwaliteit, 2014, z.p.)

Hiermee wordt bedoeld dat de organisatie, op vrijwillige basis, streeft naar een voortdurende verbetering van de hulpverlening. Hierbij is men alert dat deze hulpverlening gedragen wordt door de waarden en visie van de dienst. Het gaat over initiatieven die verder gaan dan de opgelegde regels. Men doet iets, niet omdat dit moet, maar omdat dit de hulpverlening ten goede komt.

Een voorbeeld hiervan is de centrale dispatching. Dispatching is een vorm van hulp- en dienstverlening die cliënten rechtstreeks verder helpen binnen de organisatie zelf.

Cliënten worden onmiddellijk verder geholpen, waardoor zijzelf niet meer naar een andere dienst moeten gaan. Zij melden zich aan bij één dienst, deze dienst helpt hen verder om zo de zorgcontinuïteit te waarborgen. Thuiszorg kan deze hulpverlening voorzien inzake de Vlaamse zorgverzekering, het personenalarmsysteem, klusjesdienst, dienstencheques, etc. De sectorverantwoordelijke verwerkt de aanvraag en geeft deze door aan de desbetreffende dienst. (Drees, persoonlijke communicatie, 4 maart 2015)

1.4 Visie

Thuishulp vzw wil sterk aanwezig zijn in de maatschappij om bij zorgbehoevenden zorg- en dienstverlening aan te bieden. Hierbij streeft men naar een eenvormig aanbod met aandacht voor regionale accenten en een evenwichtige regionale spreiding. Daarom telt Thuishulp vzw Limburg 15 thuiszorgcentra.

Het is de bedoeling overal in de provincie hulp te kunnen aanbieden en gekend te zijn. Elk thuiszorgcentrum heeft zijn eigen aanbod aan diensten. Wanneer men een bepaalde dienst niet aanbiedt, kan men terugvallen op één van de andere thuiszorgcentra in de buurt. Ook op die manier waarborgt men de zorgcontinuïteit.

1.5 Waarden

Waarden die sterk naar voor treden in de missie, visie en werking zijn engagement, respect, solidariteit, nabijheid en kwaliteit. Omdat men werkt met professionele werknemers, verwacht men van deze werknemers dat ze geëngageerd zijn om te luisteren naar de noden en behoeften van de zorgvrager, onafhankelijk van de positie, religie of achtergrond van de cliënt. Men baseert zich op de gelijkheid, want thuis hulp vzw wil zorg bieden op maat van ELKE individuele cliënt. Dit vereist dat de medewerker respectvol en nabij is naar de cliënt toe en dat hij dit kan samenbrengen met de waarden en doelstellingen van de organisatie en, indien nodig, de zorg- en dienstverlening hierop kan afstemmen. Zo zal de medewerker soms een evenwicht moeten zoeken tussen de wil van de cliënt en de mogelijkheden/ aanbod van de organisatie.

1.6 Aanbod

In het algemeen biedt de dienst thuis hulp vzw 7 diensten aan: gezinszorg, poetsdienst, poetsdienst via dienstencheques, oppashulp, klusjeshulp, thuisoppas zieke kinderen en kraamzorg. (Thuishulp vzw De Voorzorg, 2014, p.9 t/m 11). In dit onderdeel wordt er enkel ingegaan op de diensten, welke thuiszorg Maaseik aanbiedt: gezinszorg, poetsdienst en oppasdienst. (Teunissen, 2012, p. 11). Daarnaast beschikt thuiszorg Maaseik over haar eigen medicotheek. Hier kan men allerlei voorwerpen uitlenen of kopen aan een voordelig tarief. Denk hierbij aan rolstoelen, incontinentiemateriaal, etc. Iedereen kan terecht bij de medicotheek, ook niet-leden van De Voorzorg. ("Verhuur en verkoop materialen", 9 maart 2015)

Gezinszorg

Hulp wordt aangeboden door verzorgenden. Deze hulp kan men zeer breed opvatten. Het gaat vooral om huishoudelijke hulp en algemene ondersteuning. Men kan bijvoorbeeld helpen bij het bereiden van maaltijden, boodschappen doen, helpen bij de verzorging van de kinderen, helpen met de administratie en financiën.

Daarnaast nemen de verzorgende ook een stuk persoonlijke verzorging op, zoals hulp bij wassen, aankleden, toezicht op medicatie inname, etc. Daarnaast is de psychosociale ondersteuning ook belangrijk. De verzorgende ondersteunt de cliënt door te luisteren en aanwezig te zijn. (Drees, persoonlijke communicatie, 13 februari 2015)

De bijdrage van de cliënt wordt berekend op basis van het inkomen en daarnaast ook op basis van de BEL- score. BEL staat voor “Basis Eerste Lijn” en meet vier verschillende aspecten van zorgafhankelijkheid wat betreft de ADL (Activiteiten Dagelijks Leven).

Men meet de lichamelijke ADL, de huishoudelijke ADL, de sociale ADL en de geestelijke gezondheid. Afhankelijk van deze score heeft een patiënt recht op een aantal uren gezinszorg en de hoogte van terugbetaling. (“Vlaamse zorgverzekering”, 19 februari 2015). Een voorbeeld hiervan kan u terug vinden in bijlage 1.

Poetsdienst

De poetsdienst is gericht op het onderhoud van de woning. Het betreft hier louter poetswas – en strijkwerk, verricht door niet- verzorgende. De bijdrage van de cliënt worden hier enkel berekend op basis van het inkomen en gezinslast.

Er wordt dus geen rekening gehouden met de BEL- score. Deze score wordt echter wel berekent in kader van de Vlaamse zorgverzekering. Wanneer cliënten een hoge score hebben, heeft men recht op een tegemoetkoming voor het financieren van niet- medische zorg zoals: thuiszorg, mantelzorg of residentiële zorg.

Oppashulp

Deze dienst is erop gericht om toezicht en gezelschap te houden. Ondersteuning kan geboden worden door begeleiding buitenshuis, assisteren bij het eten of licht verzorgende taken uitvoeren. Dit is een optie als gezinszorg (nog) niet vereist is en als men enkel op zoek is naar gezelschap om op die manier de dag te doorbreken. Deze dienst werkt tevens met flexibele uren, zoals avonduren en werken op zon- en feestdagen.

1.7 Rol van de maatschappelijk assistent

Binnen de dienst neemt de MA de rol van sectorverantwoordelijke (SV) op. De SV van thuiszorg Maaseik is verantwoordelijk voor de gemeente Maaseik en deelgemeenten Dilsen- Stokkem en Kinrooi. De SV begeleidt de cliënt gedurende het hele zorgtraject. Dit zorgtraject start vanaf het moment dat cliënten informeren naar de werking en aanbod van de dienst. Vervolgens volgt de intake. Hier bespreekt men de meest aangewezen hulp en ontvangt de cliënt bijkomende informatie over de hulpverlening. De SV helpt met het invullen van de benodigde documenten en gaat hiermee aan de slag. Dit wordt gedaan vanuit het principe: ‘mensen tot én aan hun rechten laten komen’. (Thuishulp vzw De Voorzorg, 2014, p.13)

De SV van de dienst in Maaseik leidt 3 diensten: de gezinszorg, de poetsdienst en de oppasdienst. Tijdens de lopende hulpverlening heeft de SV op regelmatige basis overleg met de werknemers. Voor de medewerkers van de gezinszorg gebeurt dit tijdens de 2-wekelijkse wijkwerking, voor de poetsdienst is dit per kwartaal.

De SV biedt cliëntgerichte hulp op maat aan. Dit betekent dat de juiste hulp bij de gepaste hulpvraag wordt gegeven. Daarnaast zal de SV de cliënt ook inlichten over eventuele tegemoetkomingen of kortingen waar de cliënt recht op heeft. Wanneer blijkt dat de dienst de gepaste hulp niet kan bieden, is het de SV die zal doorverwijzen of de cliënt zal ondersteunen om toch de gepaste hulp, hetzij bij een andere organisatie, te ontvangen.

De SV volgt de richtlijnen en beslissingen van het hoofdbureau in Hasselt op en brengt deze over op de eigen dienst.

In feite is de SV een personeelsdienst op zich, aangezien hij alle administratieve taken uitvoert. Hij is aanspreekpunt voor de verzorgenden en medewerkers van de poetsdienst. Hij stelt de planning op, brengt cliënten op de hoogte van eventuele wijzigingen en verwerkt de administratie, zoals de prestatielijst en afwezigheden wegens ziekte of verlof. (Drees, persoonlijke communicatie 4 maart 2015)

1.8 Besluit

U kreeg een toelichting over de werking van de dienst Thuishulp vzw De Voorzorg. Hierbij werd de missie, visie en aanbod besproken. Er werd stilgestaan bij de rol van de MA en belangrijke kernwaardes, welke in acht gehouden worden, binnen de dienst thuiszorg. Graag wil ik u meenemen naar het tweede deel van dit eindwerk, namelijk het theoretische luik. In dit deel zal ik een uitdieping geven van de begrippen 'tevredenheid' en 'kwaliteit'. Ik sta stil bij de vraag waarom kwaliteit belangrijk is en hoe dit geïntegreerd wordt binnen de werking van een organisatie. Daarnaast zal ik een voorstelling geven van de doelgroep van thuiszorg Maaseik.

2 DEEL 2: CLIËNTTEVREDENHEID EN KWALITEIT

In het theoretisch deel, werk ik de verschillende begrippen uit, die vermeld staan in de centrale onderzoeksvraag: “Hoe tevreden zijn de cliënten van thuiszorg De Voorzorg Maaseik over de kwaliteit van de dienst gezinszorg?”. Ten eerste stel ik u graag voor aan de cliënten. Dit zal ik doen door de groep ouderen enerzijds en de groep invaliden en mindervaliden anderzijds te definiëren. Ik tracht te duiden wie ze zijn, hun afhankelijkheid en hoe de huidige samenleving hen tracht te ondersteunen. Vervolgens wordt het begrip ‘kwaliteit’ uitgewerkt, rond het kwaliteitsdecreet en hoe kwaliteit geïntegreerd wordt binnen de werking van een organisatie. Ten slotte wordt het begrip ‘tevredenheid’ gekaderd en de beïnvloedende factoren uitgediept.

2.1 Doelgroep

De thuiszorg legt de focus van haar werking bij de zorgbehoevenden, van welke leeftijd dan ook. De doelgroep is niet eenduidig en moeilijk te groeperen. Eén grote groep springt eruit, namelijk de groep van de ouderen. (Zie grafiek 2 ‘Leeftijd’ op pagina 29 van dit eindwerk)

Naast de oudere groep, staat het overige (en jongere) deel van de doelgroep. Dit zijn mensen met beperkingen op verschillende gebieden. Deze beperkingen worden geplaatst bij de groep van de invaliden en mindervaliden.

2.1.1 Ouderen

Het begrip ‘ouderen’ of is niet eenduidig te definiëren. Als ouderen enkel op basis van hun leeftijd worden voorgesteld, ontstaat er een verkeerd beeld. Het zou betekenen dat mensen vanaf een bepaalde leeftijd in een groep geplaatst worden, apart van de actieve samenleving. Daarnaast worden er in België verscheidene leeftijdsgrenzen gebruikt. Op Vlaams niveau behoort men tot de groep ouderen wanneer men de leeftijd van 60 jaar bereikt. Op het federaal niveau hanteert men de leeftijd van 65 jaar, ook wel de pensioengerechtigde leeftijd genoemd. (Moerenhout, 2013, p. 3) In dit eindwerk wordt er gesproken van ouderen, wanneer de personen 60 jaar of ouder zijn.

Binnen de ouderenpopulatie zijn er heel wat verschillende leeftijden zichtbaar, variërend tussen 60 á 100 jaar. Ouderdom is een subjectief gegeven en is voor ieder individu anders en hangt nauw samen met de gezondheidstoestand van de persoon.

Voor iemand die zorgbehoevend is en beperkt is in zijn zelfredzaamheid, heeft ouder worden een andere betekenis dan voor iemand die geen gezondheidsproblemen heeft en actief kan participeren. (Moerenhout, 2013, pp. 3- 5)

De categorisering van mensen als 'ouderen' na het bereiken van een bepaalde leeftijd, staat in het teken van een tekort. Dit tekort wordt bepaald vanuit datgene wat de samenleving als 'normaal' beschouwt. Wat men verstaat onder 'normaal', wordt slechts vaag omschreven in termen als: productiviteit, intelligentie, beweeglijkheid en dynamiek. Van ouderen wordt minder verwacht, omdat ze zich reeds vele jaren verdienstelijk hebben opgesteld ten aanzien van de samenleving. Daarnaast is het algemene beeld dat men een oudere ziet als iemand die reeds zorgbehoefstig is of dat binnenkort zal worden. Zorgzaamheid is niet voldoende opgenomen in het normale leven van de gemiddelde mens. Daarom wordt het snel als iets abnormaals gezien en dreigt de persoon te verdwijnen achter de zorgbehoefvendheid. Er wordt te weinig gebruik gemaakt van de kwaliteiten, die ouderen ons kunnen bieden. Voor ouderen is het belangrijk om te ervaren dat zij nog meetellen en dat ze gewaardeerd worden om hetgeen ze bijdragen. (Baars, 2012, pp. 54-55)

Dit belang komt tevens tot uiting in de activiteitentheorie binnen de gerontologie. Deze theorie stelt dat mensen pas gelukkig kunnen zijn, als zij actief bezig zijn en op die manier iets kunnen betekenen voor de maatschappij. Indien men geen of een verminderde functie heeft in die maatschappij, wordt de persoon ontevreden en ongelukkig. Ouder worden staat onlosmakelijk in verbinding met verlies. Dit kan verlies zijn van lichamelijke taken en/of verlies van functies en rollen (cfr. pensioen), waardoor men geconfronteerd wordt met een toenemende inactiviteit. Vanuit deze theorie stelt men dat de ouderen- en welzijnszorg zich moet richten op activering van de ouderengroep. (BTSG, 2015, z.p.)

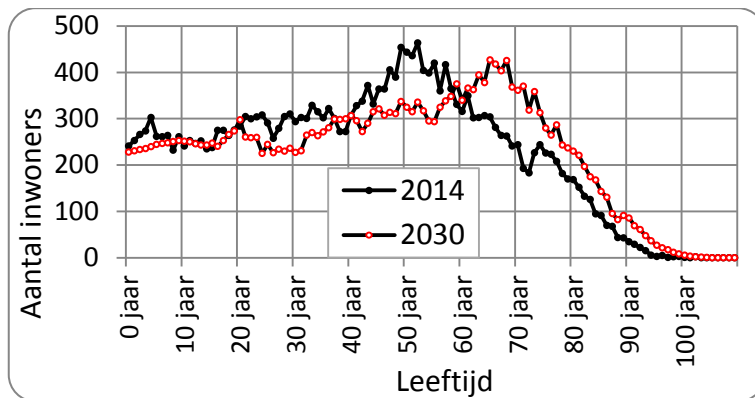
Het overgrote deel van de ouderen werkt op allerlei manieren mee in de maatschappij en participeert op die manier nog steeds actief mee in de samenleving. Hier gaat het vooral over vrijwilligerswerk en het zorgen voor andere generaties zoals kleinkinderen, partners, etc. Het volume aan informele zorg blijkt 8 maal omvangrijker dan de formele zorg, zoals thuis- en gezinszorg. Een zeer groot deel van die informele zorg wordt verricht door ouderen. (Baars, 2012, p.58) Daarnaast nemen zij veelal deel aan het sociale en culturele verenigingsleven en dient hun rijkdom aan ervaring en kennis gezien te worden als een toegevoegde waarde. (Vigez, 2012, z.p.)

Toename van de ouderenpopulatie

De veranderingen in het demografische landschap zijn snel gegaan. De studiedienst van de Vlaamse Regering (Pelfrene, & Schokaert, 2015, z.p.) maakte nieuwe projecties van de bevolking voor Vlaamse steden en gemeenten voor de periode 2015 – 2030.

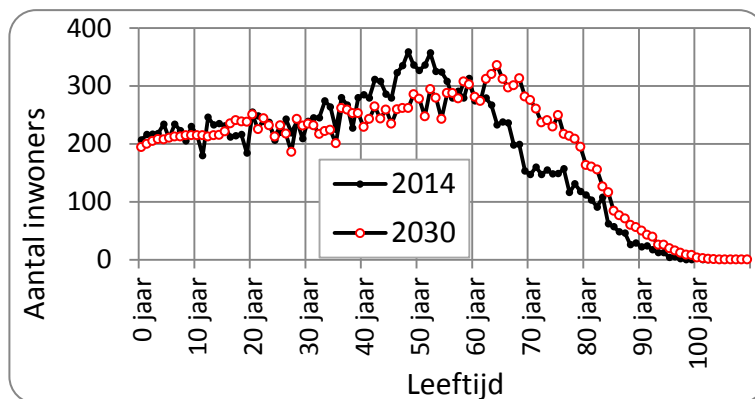
In volgende grafieken zien we de leeftijd van de inwoners van de gemeenten Maaseik, Dilsen- Stokkem en Kinrooi. Deze drie gemeenten werden uit het onderzoek gekozen, daar zij tot de werking van thuiszorg Maaseik behoren.

De zwarte lijn geeft de huidige situatie weer, de rode lijn geeft een voorspelling van de leeftijd van de inwoners van desbetreffende gemeente voor het jaar 2030.



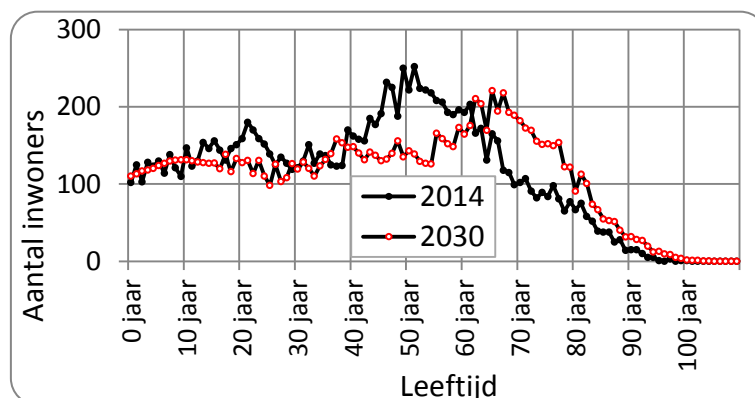
Grafiek 1: Inwoners in de gemeente Maaseik.

Bron: Pelfrene, E., & Schokaert, I. (2015). SVR-projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten.



Grafiek 2: Inwoners in de gemeente Dilsen- Stokkem.

Bron: Pelfrene, E., & Schokaert, I. (2015). SVR-projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten.



Grafiek 3: Inwoners in de gemeente Kinrooi.

Bron: Pelfrene, E., & Schokaert, I. (2015). SVR-projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten.

Zoals reeds vermeld geven bovenstaande grafieken enkel een beeld over de gemeenten, behorend tot het werkterrein van thuiszorg Maaseik. (Pelfrene, & Schokaert, 2015, z.p.)

Maar deze bevolkingsprojecties werden uitgevoerd in alle Vlaamse steden en gemeenten, dit wil zeggen: 272 gemeenten. Hieronder volgen de voornaamste algemene resultaten van het onderzoek.

- **In de komende 10 jaar (2014 – 2024) verwacht men een toename van het aantal 65-plussers in alle gemeenten.**

In 174 van de gemeenten beperkt de groei zich beneden de 5%, de overige 98 gemeenten verwachten een stijging boven de 5%. Antwerpen en Gent zijn de koplopers. Voor deze gemeenten wordt de aangroei geschat op iets meer dan 10%.

- **In de meeste gemeenten ligt de aangroei van de groep 65-plussers tussen 10% en 30%.**

In 50 gemeenten neemt het aantal 65-plussers toe met meer dan 30%. Dit is vooral in de provincies Antwerpen en Limburg het geval.

- **De actieve bevolking (20 – 64 jaar) neemt tegen 2024 in vele gemeenten af.**

In bijna 70% van de gemeenten neemt het aantal inwoners, behorend tot het actieve gedeelte van de bevolking af. Deze daling blijft meestal beperkt tot 5%.

Conclusie: de vergrijzingsgraad neemt toe in alle steden en gemeenten. De stijging van de 65-plussers en de daling van de actieve bevolking, leiden in de komende 10 jaar tot een veroudering van de bevolking in alle Vlaamse steden en gemeenten. In dit geval spreken we van een dubbele vergrijzing, want zowel de gemiddelde leeftijd van de bevolking, alsook het percentage ouderen stijgt. De vergrijzing is terug te koppelen naar drie grote aspecten:

de daling van het geboortecijfer, het ouder worden van de babyboomgeneratie en de aanzienlijke verhoging van de levensverwachting. (Socialsecurity, 2014, z.p.)

Stijgende levensverwachting

De levensverwachting geeft een indicatie over hoelang men gemiddeld leeft. Deze verwachting wordt berekend per leeftijd en is afhankelijk van de sterftetekans op die bepaalde leeftijd.

De levensverwachting is een indicator voor het omschrijven van de toestand van het menselijk kapitaal. Dit menselijk kapitaal bevat alle factoren, welke een invloed (kunnen) hebben op de gezondheid van een individu. Het gaat over voeding, hygiëne, toegang tot de zorg, ongevallen, arbeidsomstandigheden, tabaksgebruik, vervuiling, etc. Deze factoren zijn vooral verschillend in de arme en rijke landen. In de arme landen, zoals Afrika en India, zijn vooral de levensomstandigheden, zoals: voeding, hygiëne en epidemieën, bepalend voor de levensverwachting.

In de rijke landen, zoals in Europa, zijn niet- besmettelijke ziekten de voornaamste factor voor het bepalen van de levensverwachting. Dit zijn voornamelijk ziekten, welke verbonden zijn aan het consumptiepatroon. Denk hierbij vooral aan hart- en vaatziekten, kanker en diabetes.

De levensverwachting voor mannen en vrouwen is tussen het einde van de 19^e eeuw en het begin van de 21^e eeuw met meer dan 30 jaar toegenomen en neemt nog steeds toe. Een betere hygiëne en leefomstandigheden liggen vooral aan de basis van de evolutie. Daarnaast was er natuurlijk ook de spectaculaire medische vooruitgang, waardoor kindersterfte en sterfte van moeders bij de geboorte een flinke daling nam. (“Levensverwachting”, 2014, z.p.)

Levensverwachting in jaren op verschillende leeftijden.			
	Mannen	Vrouwen	Gemiddeld
0 jaar	78,9 jaar	83,6 jaar	81,25 jaar

Figuur 1: Levensverwachting in jaren op verschillende leeftijden.

Bron: Vlaamse overheid. (2014). *Levensverwachting in jaren op verschillende leeftijden*

De gemiddelde levensverwachting, voor zowel mannen als vrouwen, in het Vlaams gewest is 81,25 jaar (zie grafiek 4). Mannen bereiken gemiddeld 78,9 jaar, vrouwen gemiddeld 83,6 jaar. (“Levensverwachting in jaren op verschillende leeftijden”, 2014., z.p.)

2.1.2 Invaliden

Invalide personen zijn mensen die arbeidsongeschikt worden verklaard, omwille van medische redenen. Dit kan gaan om een ongeval, ziekte of een medische ingreep. Om een erkenning voor arbeidsongeschikt te verkrijgen, moet men aan enkele voorwaarden voldoen. Ten eerste moet men alle werkzaamheden onderbroken hebben, dit wil zeggen dat men geen enkele activiteit uitvoert, van welke aard dan ook. Daarnaast is er de 66%-regel waaraan men moet voldoen. Men moet ten minste 66% arbeidsongeschikt zijn of anders gezegd: het vermogen tot verdienen is verminderd tot 33%. Afhankelijk van het letsel kan de duur van de arbeidsongeschiktheid variëren. Arbeidsongeschiktheid wordt daarom bekeken in twee verschillende periodes.

De eerste 12 maanden noemt men de “primaire arbeidsongeschiktheid”. Vanaf het moment dat men langer dan 12 maanden arbeidsongeschikt is, stapt men over naar de periode van “invaliditeit”. (Heylen et al. 2013, p.118)

Tijdens de periode van invaliditeit, berekent men de uitkering op basis van het laatst verdiende bruto maandloon. Het bruto maandloon omvat het effectieve loon, 1/12 van het vakantiegeld en 1/12 van de eindejaarspremie. Indien men werkloos was, wordt de uitkering berekend op basis van een basisloon. Dit basisloon is vastgesteld door de desbetreffende werkloosheidsinstelling. Er gelden de volgende percentages;

- 65% van het laatste brutoloon voor personen met gezinslast;
- 55% van het laatste brutoloon voor alleenstaanden;
- 40% van het laatste brutoloon voor samenwonenden.

Het bedrag van de uitkering wordt begrensd. Dit betekent dat de uitkering nooit meer of minder kan bedragen dan een vooraf bepaald maximum- en minimumbedrag. Het bedrag van de uitkering wordt maandelijks gestort door het ziekenfonds.

Tijdens de periode van invaliditeit staat de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in voor de opvolging.

Zij volgen de cliënt verder op. Daarnaast zal de adviserend geneesheer van het ziekenfonds cliënten oproepen voor een controle. Zij zijn verplicht om hierop aanwezig te zijn. Wanneer blijkt, na controle, dat de arbeidsongeschiktheid doorloopt, zal het ziekenfonds de uitbetaling verder zetten. (De Voorzorg, 2015, z.p.)

2.1.3 Mindervaliden

Wanneer we spreken over mindervaliden, spreken we over mensen met een functiebeperking. Deze beperking kan lichamelijk, verstandelijk, psychisch en/of van sociale aard zijn.

Deze beperking kan de dagelijkse activiteiten en deelname aan het sociale leven belemmeren. (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2010, p.4)

Het stelsel van tegemoetkomingen aan personen met een beperking is een residuair stelsel, vanuit de FOD Sociale Zekerheid. Dit betekent dat de tegemoetkomingen pas toegekend worden als de persoon zijn recht op de andere tegemoetkomingen, zoals invaliditeit van het ziekenfonds, werkloosheid, pensioen, etc., heeft uitgeput. Daarnaast is de toekenning van een tegemoetkoming afhankelijk van bepaalde inkomensvoorwaarden. De FOD Sociale Zekerheid keert drie tegemoetkomingen uit. Twee hiervan zijn voor personen jonger dan 65 jaar, één hiervan is voor personen vanaf 65 jaar. (FOD Sociale Zekerheid, 2013, p.5)

De inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)

De IVT is een vervangingsinkomen en kan worden toegekend aan personen die niet in staat zijn om meer dan 33% te verdienen van het bedrag dat een valide persoon op de arbeidsmarkt verdient. Er wordt dus rekening gehouden met de gevolgen van de beperking, niet met de beperking op zich.

Op basis van de gezinssamenstelling, behoort men tot categorie A, B of C, met daaraan samenhangend het maximum bedrag. Tot categorie A behoren de personen die samenwonen met bloed- aanverwanten van de 1^{ste} (ouders, kinderen), 2^e (grootouders, broers/zussen) of 3^e graad (tantes/ooms). Tot categorie B behoren de personen die alleen wonen of wonen in een voorziening. Tot categorie C behoren de personen die samenwonen met een partner of wettelijk kind. (FOD Sociale zekerheid, 2014, pp. 5-7)

De integratietegemoetkoming (IT)

De IT is een aanvullende tegemoetkoming voor personen met een verminderde zelfredzaamheid. Door deze vermindering in zelfredzaamheid, hebben deze personen bijkomende kosten om zich te integreren in het sociale leven.

Zelfredzaamheid wordt beoordeeld op basis van de mogelijkheden van de persoon. Deze worden aan de hand van 6 criteria onderzocht:

- verplaatsing;
- het bereiden/nuttigen van maaltijden;
- persoonlijke hygiëne en kleden;
- onderhoud van de woning en huishoudelijk werk;
- leven zonder toezicht (in staat zijn gevaar te herkennen en te vermijden);
- communicatie en sociale contacten.

Op deze 6 criteria krijgt men telkens een score van 0 tot 3 toegekend. Hierbij betekent 0: geen moeilijkheden, 1: kleine moeilijkheden, 2: grote moeilijkheden en 3: onmogelijk zonder hulp van anderen. Indien men in totaal een score van 7 of meer behaalt, kan men een IT ontvangen.

Het aantal punten bepaalt de categorie (1, 2, 3, 4 of 5) waarin u zich zal bevinden. Men moet ten minste 7 punten behalen om tot categorie 1 te behoren en het recht op de IT te openen.

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB)

De THAB wordt toegekend wanneer men 65 jaar of ouder is en door een vermindering van de zelfredzaamheid bijkomende kosten te dragen heeft. De voorwaarde hierbij is dat men geen IVT of IT ontvangt. Echter indien men recht had op een IVT of IT vóór het 65^e levensjaar, behoudt men dit recht ook na het 65^e levensjaar. Indien men dan een aanvraag doet voor THAB, zal de FOD Sociale Zekerheid een onderzoek uitvoeren en zal de meest voordelige regeling, voor de cliënt, worden toegepast. (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, 2010, pp.30-31)

De voorgaande tegemoetkomingen werden besproken omdat ze indirect een invloed hebben op de tevredenheid van de cliënt. Op basis van het inkomen (loon, pensioen, uitkeringen, etc.) en gezinssamenstelling wordt met behulp van een bijdrageschaal de gebruikersbijdrage voor de gezinszorg vastgesteld. Het inkomen is dus medebepalend voor de hoogte van de gebruikersbijdrage. De hoogte van de gebruikersbijdrage heeft invloed op de tevredenheid over de hulpverlening. Wanneer men namelijk zorgbehoevend is, mag de kostenpost van de hulpverlening niet te hoog zijn. Het is immers zo dat een lage bijdrage de tevredenheid in de hand werkt.

2.1.4 Dé cliënt bestaat niet

Uit bovenstaande uitwerking blijkt duidelijk dat er geen eenduidige definitie gegeven kan worden aan de cliënten van de thuiszorg. Elke persoon heeft een andere achtergrond en problematiek. Daardoor is de vraag van cliënten niet eenduidig en dient iedere cliënt een hulpverlening op maat te ontvangen. Dit is onder andere terug te vinden in de missie van Thuishulp vzw. De verschillen in cliënten en de problematieken, brengen verschillende wensen met zich mee. Er zijn cliënten, die een kortdurende hulpverlening aangaan. Deze cliënten kunnen dan anders oordelen over de kwaliteit en andere prioriteiten stellen dan cliënten die gedurende langere tijd gebruik maken van de dienstverlening. Er zijn dus verschillen tussen cliëntsystemen, maar ook binnen één cliëntstelsel. Daarnaast kunnen de meningen en wensen van cliënten in de loop der tijd veranderen. Dit als gevolg van bijvoorbeeld nieuwe wetgevingen, technieken, tendensen, etc. (Verhagen, 2010, pp.44-45)

2.2 Kwaliteit

Kwaliteit heeft tot op de dag van vandaag nog geen eenduidige definitie. Het begrip wordt momenteel gezien als een containerbegrip: iedereen kan zijn eigen invulling geven aan de betekenis van kwaliteit. Meestal denkt men bij kwaliteit in termen van tevredenheid of de mate waarin een dienst aan de wensen van de cliënt voldoet.

De grote vraag, welke bij kwaliteit speelt, is de volgende: 'Doen we de dingen goed?', hierbij kunnen verscheidene vraagtekens geplaatst worden. Want wat betekent 'goed'? Wie bepaalt wanneer iets goed of slecht is? Daarom zal er in dit eindwerk één betekenis gegeven worden aan het begrip 'Kwaliteit'. Cuyvers zei het volgende over het begrip 'Kwaliteit';

"Kwaliteit is de mate waarin het proces en het resultaat van een geleverd product of geleverde dienst voldoet aan de behoeften en verwachtingen van relevante belanghebbenden in relatie tot de visie van de organisatie; dit komt tot uitdrukking in objectieve en subjectieve beoordelingen van de belanghebbenden." (Cuyvers, 2009 geciteerd door Verhagen, 2010, p. 24)

2.2.1 Waarom kwaliteit?

In het verleden werd er nauwelijks gesproken over kwaliteit. Men deed wat goed leek en kwam tegemoet aan de wil van de cliënt. Enkele maatschappelijke veranderingen brachten hierin verandering (zie paragraaf 2.2.4). Vanaf die tijd nam het belang van kwaliteit toe. Sindsdien zijn er met de invoering van het 'kwaliteitsdenken', goede zaken gedaan. Hieronder worden deze kort toegelicht.

Goede zorg- en dienstverlening treedt binnen in een relationeel proces waarin mensen verantwoordelijk voor elkaar zijn en waar zij de identiteit en persoonlijkheid kunnen ontwikkelen. Dit is een fundamenteel proces voor ieder persoon én voor de samenleving. Het streven naar de best mogelijke kwaliteit moet daarom gewoonweg behoren tot de zorg- en dienstverlening.

Kwaliteit blijkt een belangrijk criterium te zijn voor cliënten om al dan niet een organisatie te kiezen. Een organisatie functioneert binnen een complexe sociale context, waarin andere vergelijkbare organisaties zich bevinden. Hier is vooral de subjectieve kwaliteit doorslaggevend. Het is dan vooral de naam en het imago van de organisatie die een rol spelen bij het maken van een keuze.

De samenleving organiseert de non- profitsector en stelt middelen ter beschikking. Vanuit dit maatschappelijke engagement heeft een organisatie de plicht om deze samenleving de best mogelijke kwaliteit terug te geven.

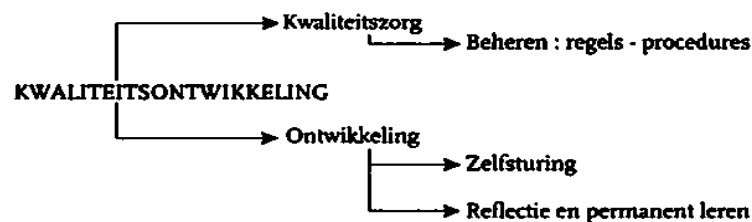
Kwaliteitsontwikkeling in een organisatie biedt kansen om de motivatie en tevredenheid van de medewerkers te verbeteren.

Kwaliteit leidt tot een betere organisatorische context, waardoor samenwerken belangrijk wordt. Bovendien biedt kwaliteit een positieve cultuur, waarin veel kansen vervat liggen voor de medewerkers om zich verder te kunnen ontplooiën.

Tot slot is investeren in kwaliteit een goede zet, omdat het de efficiëntie van de dienstverlening ten goede komt. Het draagt bij tot een betere werking, met minder fouten en meer tevredenheid. Want fouten hebben gevolgen voor de houding van de cliënt ten opzichte van de organisatie. Deze fouten beschadigen het imago van de organisatie en kunnen in het ergste geval leiden tot verlies aan cliënten. (Cuyvers, 2014, pp. 34-35)

2.2.2 Integrale kwaliteitsontwikkeling (IKO)

Kwaliteitsontwikkeling is een concrete manier van werken, welke ervoor zorgt dat de kwaliteit van zowel proces als resultaat voortdurend kan toenemen gedurende de interactie tussen alle belanghebbenden. Kwaliteitsontwikkeling komt tot stand in twee dimensies: de zorgdimensie en de ontwikkelingsdimensie (zie figuur 2).



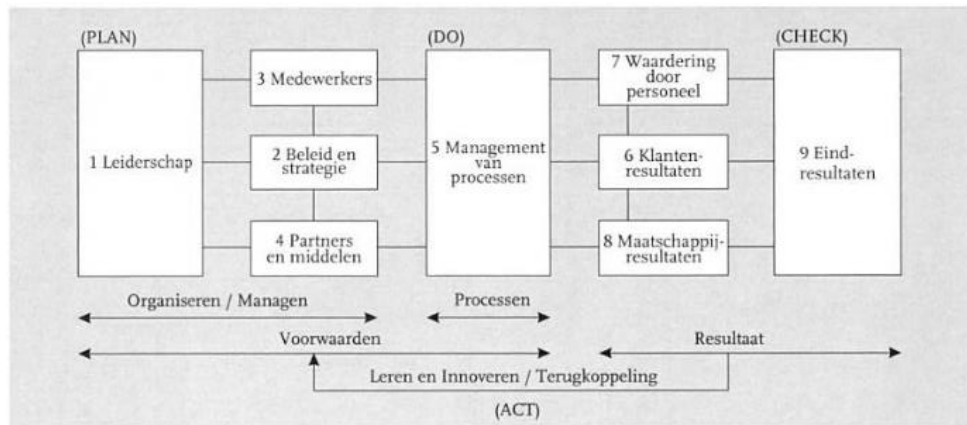
Figuur 2: Proces van kwaliteitsontwikkeling.
Bron: Cuyvers, G. (2014). *Zorgen voor kwaliteit: handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Lannoo

De zorgdimensie handelt over het proces om kwaliteit integraal in te voeren in een organisatie. Om dit te verwezenlijken is de eerste stap het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. In dit kwaliteitsbeleid worden de kwaliteitsdoelstellingen vastgesteld en de weg die men dient te volgen om deze doelstellingen te bereiken. Om het kort te verwoorden: kwaliteitszorg is het vastleggen van alle regels, procedures en richtlijnen in een kwaliteitshandboek. In bijlage 2 vindt u enkele richtlijnen met betrekking tot het kwaliteitshandboek van Thuishulp vzw De Voorzorg. (Emmerik, 2007, p.68)

De ontwikkelingsdimensie verwijst naar de zelfsturing door de organisatie enerzijds en het blijvend reflecteren over de visies op zorg- en dienstverlening en het proces anderzijds. Dit vraagt een constant leren en vernieuwen, van de individuele werknemer alsook van de gehele organisatie. Deze dimensie wordt verder uitgewerkt aan de hand van het EFQM-model.

2.2.3 Het EFQM- Model

Het EFQM- model kent een wereldwijde toepassing in zowel non- profit als profit organisaties. Zo ook in de werking van Thuishulp vzw De Voorzorg. Het model helpt organisaties een beeld te vormen over hun positie op de weg naar kwaliteit. Het geeft inzicht in de weg die men reeds heeft afgelegd en waar er tekorten kunnen worden vastgesteld. Het model stimuleert om effectief aan verbetering te werken. Het model baseert zich op de integrale benadering van kwaliteit, waardoor het iedereen uit de organisatie toelaat tot het kwaliteitsontwikkelings- traject. (Cuyvers, 2014, pp.140-156)



Figuur 3: Het EFQM- model.

Bron: Cuyvers, G. (2014). *Zorgen voor kwaliteit: handboek kwaliteitsontwikkeling voor non- profit organisaties*. Leuven: Lannoo

Het EFQM-model bestaat uit negen criteria/kaders (zie figuur 3). Vijf criteria zijn voorwaardengebieden, vier criteria zijn resultaatgebieden. De voorwaardengebieden hebben betrekking op het proces, hoe de organisatie functioneert. De resultaatgebieden vertellen meer over datgene wat de organisatie presteert, met andere woorden: wat de bekomen resultaten zijn. Op basis van deze negen criteria, kan een organisatie zichzelf evalueren en daarmee tot actiepunten komen. (EFQM, 2010, pp. 10-21)

1. Leiderschap

Dit criterium onderzoekt hoe de leidinggevenden hun medewerkers sturen en stimuleren om de visie en de doelstellingen te realiseren. Deze visie moet duidelijk worden in de manier waarop de leiders zich gedragen, ze dienen als rolmodel te functioneren.

Dit vereist dat zij een permanente aandacht hebben voor het verbeteren van het systeem en de prestaties. De leiding steunt, motiveert en staat te midden van de organisatie, alsook te midden van de samenleving. De leiding weet welke interne/externe factoren verandering teweegbrengen om de organisatie te laten groeien.

2. Beleid en strategie

Dit criterium onderzoekt de manier waarop de organisatie haar opdracht concretiseert in doelstellingen en acties. De strategie moet gebaseerd zijn op hetgeen de verschillende interne en externe belanghebbenden op lange- en korte termijn verwachten van de organisatie. Deze doelstellingen moeten regelmatig geëvalueerd en bijgeschaafd worden, om bijsturing mogelijk te maken.

De ontwikkeling van een degelijke strategie zorgt ervoor dat de organisatie een goed beeld heeft over noodzakelijke processen en wie hiervoor verantwoordelijk is.

3. Medewerkers

Dit criterium onderzoekt hoe een organisatie haar personeelsbeleid benut. Een organisatie dient de kennis en competenties van haar medewerkers in kaart te brengen, met het oog op hun blijvende ontwikkeling, alsook met het oog op een optimale inzet bij de realisatie van de doelstellingen van de organisatie. De medewerkers moeten erkend en gesteund worden door de leiding, dit door het aanbieden van een goede communicatie, motivatie en beslissingsbevoegdheid.

4. Partners en middelen

Dit criterium onderzoekt hoe de organisatie middelen ter beschikking stelt en gebruikt. Middelen zijn hier bijvoorbeeld gebouwen, financiën, materialen, etc.

Daarnaast functioneert een organisatie in een netwerk van verschillende partners. Deze partners dienen elkaar te helpen bij de ontwikkeling, verbetering en de realisatie van de organisatiedoelstellingen. De samenwerking van de partners moet een meerwaarde zijn voor de belanghebbenden.

5. Management van processen

Dit criterium onderzoekt hoe processen worden ontwikkeld om het best mogelijke aan de cliënten te kunnen bieden. Dit vereist een constant streven naar vooruitgang en onderzoek waar de verbetering dient op te treden. Dit kan men onderzoeken door klantbevragingen en andere vormen van feedback om de behoeften en verwachtingen van de cliënten te achterhalen. Met deze informatie kan men inzetten op het verstevigen van de cliënt- relaties.

6. Klantenresultaten

Dit criterium onderzoekt in welke mate de organisatie voldoet aan de behoeften en verwachtingen van de cliënten en hoe de cliënten de werking van de organisatie beleven. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen subjectieve en objectieve gegevens.

De subjectieve gegevens uitend zich vooral in de waardering van de dienst door de cliënten en worden verzameld via bijvoorbeeld een vragenlijst.

De objectieve gegevens zijn feitelijke gegevens die men ontvangt via registratiebronnen zoals bijvoorbeeld het aantal klachten, welke de organisatie ontving binnen een bepaald tijdsbestek.

7. Waardering door personeel

Dit criterium onderzoekt in hoeverre de organisatie voldoet aan de behoeften en verwachtingen van haar medewerkers. Medewerkers zijn alle mensen, welke in dienst zijn binnen de organisatie, zowel betaald als onbetaald.

8. Maatschappijresultaten

Dit criterium onderzoekt in hoeverre de organisatie voldoet aan de behoeften en verwachtingen van de ruimere samenleving. Dit wil zeggen personen en maatschappelijke organisaties, welke niet tot het directe klantsysteem van de organisatie behoren. Dit zijn resultaten zoals: het imago van de organisatie in de regio, mate van openstelling van voorzieningen, meewerken aan projecten, etc.

9. Eindresultaten

Dit criterium onderzoekt in welke mate de organisatie voldoet aan de geplande korte- en lange termijn doelstellingen, die men formuleerde in de strategie. Deze resultaten geven aan in welke mate de organisatie succesvol is op verscheidene gebieden. Bijvoorbeeld: innovatie, instroom, tijdsinvesteringen, financiële resultaten, etc.

2.2.4 Kwaliteitsdecreet 17 oktober 2003

Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 wil de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening bevorderen door voorzieningen ertoe aan te zetten deze kwaliteit voortdurend te bewaken en te verbeteren.

Om dit vorm te geven werden er enkele richtlijnen opgesteld waaraan de diensten gezinszorg en aanvullende thuiszorg zich moeten houden. De diensten moeten een kwaliteitsbeleid voeren, gebruik makend van een kwaliteitshandboek. Dit handboek geeft een weergave van het systeem waarin het kwaliteitsbeleid wordt uitgevoerd. Daarnaast dient het een beschrijving van de zelfevaluatie van de dienst te bevatten. Dit is een beschrijving van het huidige kwaliteitsniveau binnen de organisatie. De organisatie krijgt door middel van metingen een beeld van haar zwakke punten. Deze zwakke punten worden geformuleerd in kwaliteitsdoelstellingen en vormen de basis voor kwaliteitsverbetering. De zelfevaluatie geeft tevens maatregelen op, welke de organisatie dient te nemen om de kwaliteitsverbetering te bekomen.

Elke dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg dient een kwaliteitsplanning op te stellen. Dit is een omschrijving van activiteiten, welke door de dienst in de loop van één jaar uitgevoerd zullen worden om de doelstellingen, kwaliteitseisen en het kwaliteitssysteem te realiseren. Elk jaar dient afgesloten te worden met een jaarverslag, waarin men de gevoerde kwaliteitsplanning van dat jaar evalueert. Hierbij werpt men ook een blik op de ontvangen klachten en hoe de dienst hierop heeft ingespeeld. (Agentschap zorg en gezondheid, 2014, z.p.)

De Vlaamse regering wenst de sectoren te responsabiliseren om te werken aan kwaliteit. De organisaties werden hierbij in staat geacht zelf te bepalen wat goede kwaliteit is. De taak van de overheid is beperkt tot het scheppen van een kader, basisvoorwaarden en het opleggen van vormvereisten. Op die manier worden directies, medewerkers en gebruikers samen verantwoordelijk om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken. Actieve betrokkenheid en medewerking zijn belangrijk om tot een positief resultaat te komen. Gebruikers moeten aangespoord worden om hun verwachtingen; noden en klachten kenbaar te maken. De dienst kan hier dan rekening mee houden en er op inspelen. De zorg aan de gebruiker is dus heel belangrijk, maar dit mag niet ten koste gaan van het personeel. Werken aan kwaliteit is in ieders belang en zoekt naar een evenwicht waar alle betrokkenen beter van worden. (PPG, z.d., z.p.)

2.3 Tevredenheid

Tevredenheid is een complex begrip, dat samenhangt met de beoordeling van diensten of producten binnen de wensen en verwachtingen van de cliënt. Het is in feite een balans tussen de verwachtingen van de doelgroep enerzijds en de ervaring van de doelgroep ten aanzien van de producten of diensten anderzijds. (Beco, 2008, z.p.)

Met andere woorden: het is een afweging tussen datgene wat de cliënt verwacht en hetgeen de organisatie de cliënt effectief aanbiedt. (Cox, 2010, z.p.). Het gaat hierbij niet om hetgeen de organisatie zelf vindt, maar puur om hetgeen de cliënt vindt, op basis van de ervaring met de dienst. (Sugnomè, 2013, z.p.)

2.3.1 Beïnvloedende factoren voor tevredenheid

In feite zijn er twee grote factoren te onderscheiden, welke de klanttevredenheid bepalen: de 'verwachte kwaliteit' en 'het gevoel van controle'. (SB marketing, z.d., z.p.)

1. De verwachte kwaliteit

Hoe meer men verwacht van de dienstverlening, hoe sneller men ontevreden kan raken. Anderzijds, wie niet veel verwacht, kan moeilijker ontevreden raken. De verwachtingen van de cliënt staan dus in nauw verband met de tevredenheid. Deze verwachtingen worden mede bepaald door een aantal factoren.

Het is belangrijk dat de desbetreffende hulpverlener reële zaken belooft. Dit betekent dat men duidelijk is in hetgeen de cliënt wel en niet mag verwachten van de dienstverlening. Wanneer er reële zaken worden beloofd, kan de dienst deze ook waarmaken.

Daarnaast is het ook belangrijk dat de organisatie, op ruimer niveau, reële zaken belooft via publiciteitskanalen, zoals informatiebrochures, websites, etc.

Het imago van de organisatie is een belangrijk aspect voor de (on)tevredenheid van het cliënteel. Indien een organisatie reeds een populair imago heeft, zal de algemene tevredenheid hoger liggen. Wanneer een organisatie een minder bekend imago heeft, weet de cliënt niet veel over de organisatie en zal deze zich nog moeten 'bewijzen' ten opzichte van de cliënt. Bijgevolg is de kans op ontevredenheid groter, dan wanneer de cliënt al een bepaald beeld over de werking van de organisatie heeft, door dit imago. We zagen tevens, eerder in dit eindwerk beschreven, dat het imago ook zeer belangrijk is voor de instroom van nieuw cliënteel.

2. Het gevoel van controle

Cliënten hebben de situatie graag onder controle en willen weten wat ze kunnen en mogen verwachten. Het is dan ook heel belangrijk om het aanbod voldoende kenbaar te maken aan (toekomstige) cliënten. Voorbeelden wanneer de cliënt de situatie niet onder controle heeft: de gewenste persoon niet kunnen bereiken, onwetendheid over de kosten van de dienstverlening, onbekende wachttijd, etc. Wanneer mensen geen controle hebben over de situatie, ontstaan er gevoelens van angst en onzekerheid. Dit vooral omdat men onzeker is over het feit of de zaken in orde zullen komen. Wanneer bovenstaande voorbeelden op regelmatige basis voorkomen, ontstaat er langzaamaan een voedingsbodem voor ontevredenheid.

2.3.2 De weg van ontevredenheid naar tevredenheid

Kwaliteit als onderwerp van organisatiebeleid kwam pas in de jaren 1990 op gang. Voor die tijd hadden de cliënten weinig te kiezen en vertrouwden zij erop dat de organisatie besloot wat goed zou zijn voor hen. Met andere woorden: de organisaties in de sociale sector werkten aanbodgericht. In de jaren 1990 vond er een omwenteling plaats. Het aanbodgericht werken verloor belangstelling en het vraaggericht werken deed zijn intrede. Deze omwenteling kwam er door de opkomst van verscheidene maatschappelijke ontwikkelingen, welke onvrede en ontevredenheid over de dienstverlening teweeg brachten.

Maatschappelijke ontwikkelingen

De samenleving kenmerkt zich door een toegenomen emancipatie van de bevolking. Men is gemiddeld hoger opgeleid, mondiger en beter geïnformeerd door de technologische vooruitgang. Men is steeds beter in staat om de wensen en behoeften kenbaar te maken en hier ook voor op te komen.

De cliënten willen zich niet langer ondergeschikt voelen aan de professionals van een organisatie. Daarnaast kende de individualisering zijn opkomst. Cliënten wilden niet langer als onderdeel van een groter geheel gezien worden, maar als een zelfstandig individu. Iemand die meedenkt en meebeslist over de oorzaak en oplossing voor hun probleem. Daardoor wordt de vraag naar hulp steeds diverser, want ieder heeft zijn eigen inbreng in het verhaal.

De combinatie van de verschillende maatschappelijke ontwikkelingen zorgt ervoor dat de cliënt meer keuzevrijheid, zelfstandigheid en zeggenschap in het hulpverleningsproces wil. Het is dan belangrijk het aanbod aan te laten sluiten bij de diverse individuele wensen en behoeften. Kortom: het leveren van maatwerk is belangrijk. Dit staat onlosmakelijk in verbinding met de heersende (on)tevredenheid bij de doelgroep. Maatwerk vraagt veel flexibiliteit van zowel hulpverlener alsook van zijn organisatie.

Onvrede over de dienstverlening

In de jaren '90 was er sprake van een slechte afstemming tussen vraag en aanbod, lange wachtlijsten en een gebrek aan aspecten zoals maatwerk, klantgerichtheid en effectiviteit. Dit leidde tot een aantal hervormingen in het zorgstelsel. Daar de overheid vooral een sturende functie had en zij te ver van de cliënt en zijn vraag stond, kon men onmogelijk inspelen op de gestelde eisen. Er werd verantwoordelijkheid overgeheveld naar de dienstverlenende organisaties en de cliënt zelf. Dit was de periode waarin het kwaliteitsdenken op gang werd gebracht. Op die manier ontstond er meer ondernemerschap tussen de verschillende dienstverleningen.

De organisaties werden geprikkeld om effectiever en klantgerichter te gaan werken, om zich zo te onderscheiden van elkaar. De organisaties moesten nu hun kwaliteit kenbaar maken om cliënteel aan te trekken. Dit deed men door het cliënteel te laten zien wat men kon verwachten en welke aanbod men had. Vanaf nu dienden men stil te staan bij de vraag: "Welke kwaliteit kunnen we voor welke prijs aanbieden?" Op basis van deze informatie ging de cliënt de afweging maken: "Welke kwaliteit kan ik voor welke prijs verwachten?"

Als antwoord op deze maatschappelijke ontwikkelingen, hebben veel organisaties het vraaggericht werken als een belangrijke doelstelling opgenomen. Thuishulp vzw De Voorzorg heeft deze manier van werken ook geïntegreerd in haar werking. Het vraaggericht werken is een gezamenlijke inspanning van zowel cliënt als hulpverlener. Er is een voortdurende dialoog tussen de wensen van de cliënt enerzijds en de mogelijkheden van de dienst anderzijds. Vandaar wordt het vraaggericht werken ook wel het dialoog gericht werken genoemd. (Verhagen, 2010, pp. 37-39)

Het vraaggericht/dialooggericht werken, werd op 15 april 2015 belicht op het platform voor sociaal werk "Sociaal.net". Dit artikel kan u terugvinden als artikel 1: "*Samen voor dialoog in de zorg*".

De tevredenheid over de diensten van ziekenfonds De Voorzorg, inclusief haar specifieke hulpdiensten, zoals bijvoorbeeld Thuishulp vzw, worden bewaakt door de coördinator van kwaliteit en tevredenheid. Hij stelt, samen met zijn team, het kwaliteitshandboek op en voert op regelmatige basis tevredenheidsmetingen uit. Dit wordt steekproefsgewijs gedaan bij zowel het personeel, alsook bij het cliënteel. Op die manier krijgt men zicht op de heersende (on)tevredenheid. Mijn tevredenheidsonderzoek werd uitgevoerd bij de volledige cliëntenpopulatie van de dienst gezinszorg van thuiszorg Maaseik.

2.4 Besluit

U kreeg een toelichting over de doelgroep, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen ouderen enerzijds en mindervaliden/ invaliden anderzijds. Dit zijn doelgroepen, waar de verwachtingen en accenten ten aanzien van de hulpverlening van elkaar kunnen verschillen. Hierdoor kan de (on)tevredenheid bij de verschillende doelgroepen verschillen. Vervolgens werd het begrip 'kwaliteit' gedefinieerd, met daarnaast een toelichting over het belang van kwaliteit. Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 schrijft het gebruik van het kwaliteitshandboek en een zelfevaluatie voor. Hierbij maakt men gebruik van het EFQM- model. Dit model en haar negen criteria werden toegelicht. Ten slotte volgt er een terugblik naar de jaren 1990, waar het kwaliteitsdenken in opmars kwam door de toenemende ontevredenheid. Kwaliteit en tevredenheid van hulp- en dienstverlening hangen onlosmakelijk samen met het oordeel van de cliënt. De cliënt staat centraal binnen de hulp- en dienstverlening. Daarnaast is de dienstverlening er voor, maar ook door de cliënt. Dit betekent dat er dan ook rekening gehouden moet worden met zijn oordeel. Want de (on)tevredenheid, geeft een goed beeld over de kwaliteit en eventuele werkpunten. Vanuit dit oogpunt, koos ik voor een tevredenheidsmeting, als onderzoeksmethode. In het volgende deel tracht ik een beeld te scheppen over de (on)tevredenheid van het cliënteel van thuiszorg De Voorzorg Maaseik. De belangrijkste feiten worden besproken en grafisch voorgesteld.

3 DEEL 3: PRAKTIJK

In dit deel tracht ik een beeld te scheppen over de (on)tevredenheid van de kwaliteit van de dienst gezinszorg. Dit werd bevraagd aan de hand van een tevredenheidsmeting. Een blanco exemplaar hiervan, kan u terug vinden in bijlage 5. De vragenlijst is opgebouwd rond de centrale onderzoeksvraag: "Hoe tevreden zijn de cliënten over de kwaliteit van de dienst gezinszorg van thuiszorg De Voorzorg Maaseik?". In totaal verleent de dienst gezinszorg hulp aan 51 gezinnen, 49 gezinnen ontvingen een vragenlijst. Deze overige 2 gezinnen werden niet bevraagd omwille van het feit dat zij net in de opstartfase van de hulpverlening zaten, tijdens mijn onderzoek. Een bevraging was bij deze gezinnen irrelevant. Deze 49 gezinnen ontvingen een tevredenheidsmeting, 41 gezinnen vulden de meting effectief in.

3.1 Verantwoording

Een onderwerp kiezen is geen gemakkelijke opdracht. Het onderwerp moet namelijk aan enkele voorwaarden voldoen; het moet interessant, nuttig en haalbaar zijn. De kwaliteit, in eender welke organisatie, is altijd te verbeteren. Alleen moet onderzocht worden waar de accenten gelegd dienen te worden. Dit tracht ik te verwezenlijken met behulp van mijn eindwerk. Ik wil de stageplaats een nuttige tool aanbieden om, vanuit een andere invalshoek, naar hun werking te kijken. Mijn stageperiode moest een periode zijn waar zowel de stageplaats, als ik, uit kon leren. Dit vond ik belangrijk. Daarnaast behoorde het tevredenheidsonderzoek tot mijn takenpakket in de tweedejaars- stage. Deze ervaring gaf de doorslag om te kiezen voor de tevredenheidsmeting.

Thuiszorg Maaseik biedt drie diensten aan, namelijk: gezinszorg, poetsdienst en oppashulp. Ik koos ervoor om enkel de cliënten van de dienst gezinszorg te ondervragen. Deze keuze heb ik gemaakt omdat ik de kwaliteit het belangrijkste vind binnen de dienst gezinszorg. Daarnaast telt de oppasdienst slechts 2 gezinnen en is de poetsdienst niet werkzaam in de zorgsector. Dit terwijl ik op zoek ben naar de tevredenheid en kwaliteit van de zorgverlening, welk de dienst aanbiedt.

De keuze voor een schriftelijke vragenlijst was eveneens snel gemaakt. Een vragenlijst is objectief, anoniem en makkelijk te hanteren en te verwerken. Daarnaast is het voor de cliënten het meest aangenaam, vanwege het feit dat het weinig tijdrovend is. De tevredenheidsmeting werd samen met een begeleidende brief afgeleverd bij de cliënten. In deze brief stel ik mezelf voor en geef ik aan wat de bedoeling is en waar de tevredenheidsmeting voor gebruikt zal worden. De begeleidende brief bood daarnaast ook een kans om de mensen te overtuigen en zo een hogere respons te verkrijgen. (Migchelbrink, F., 2006. p.234)

Om de hoge respons te verzekeren, heb ik de verzorgenden persoonlijk gevraagd om de tevredenheidsmeting te verspreiden en cliënten te motiveren om de meting in te vullen. Ik heb hierbij gevraagd of zij dit, indien nodig, eventueel samen met de cliënten wilden doen. De cliënten hadden drie weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. Gedurende deze drie weken heb ik regelmatig contact gehad met de verzorgenden vanwege praktische zaken. Maar ik benutte deze momenten ook om te polsen naar mijn tevredenheidsmetingen. Op die manier werden de verzorgenden telkens herinnerd aan de meting. Ik kreeg van bijna alle verzorgenden een geruststellend antwoord dat veel cliënten de metingen hadden ingevuld. Uiteindelijk resulteerde de werkwijze in een zeer hoge respons. 49 gezinnen ontvingen een lijst, er kwamen maar liefst 41 ingevulde vragenlijsten binnen.

3.2 Opbouw tevredenheidsmeting

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende onderwerpen. Ik begin met de algemene gegevens van de cliënt, zoals: geslacht, leeftijd, zorgvraag, hoelang/hoe vaak maakt men gebruik van de dienst, etc. Op deze manier tracht ik een profielschets te bekomen van de ondervraagde cliënten. Vervolgens vraag ik naar de ervaringen met de zorgverlening in het algemeen: welke waren de verwachtingen, worden deze verwachtingen ingelost, is men tevreden over de taken en tijdstippen, etc. Dan volgt een onderdeel, om te onderzoeken hoe de cliënt in verhouding staat met zijn/ haar verzorgende: hoe is de relatie, heeft de verzorgende ook oog voor aspecten, welke verder reiken dan de gebruikelijke zorgverlening, etc. Het laatste deel is een bevraging over de administratie en het contact met de sectorverantwoordelijke. Uiteindelijk is dit de persoon waar men terecht moet kunnen om (on)tevredenheid te uiten en eventueel aanpassingen te doen.

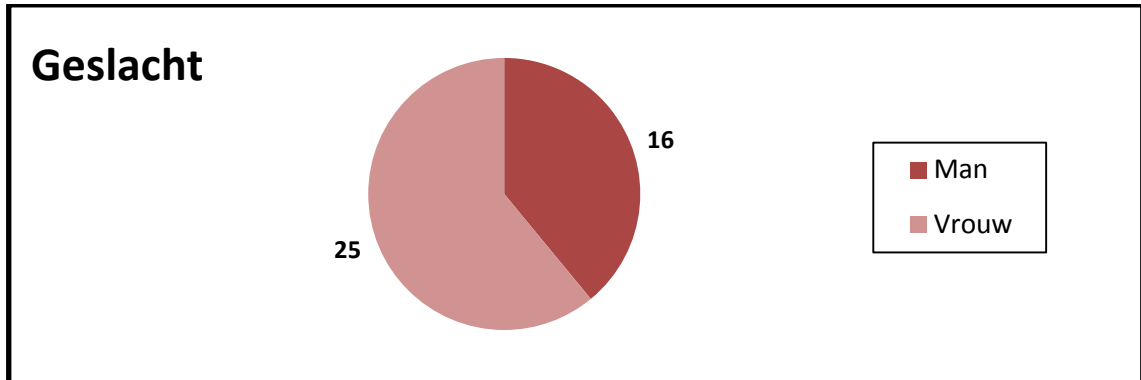
Om te controleren of de tevredenheidsmeting duidelijk was en om dubbelzinnigheden uit te sluiten, heb ik verscheidene mensen uit mijn omgeving en mijn stagementor gevraagd de lijst grondig te bekijken. Hieruit kwamen enkele kleinigheden, welke ik meteen heb aangepast.

3.3 Verwerkingsmethode

Tijdens de verwerking werd er gebruik gemaakt van cirkeldiagrammen om de resultaten visueler te maken. Deze diagrammen worden telkens vergezeld door een toelichting. Deze toelichtingen zijn algemene conclusies. Wanneer er dieper dient in te worden gegaan op bepaalde feiten, wordt dit gedaan bij het laatste punt van dit deel 'Algemene conclusies van het onderzoek'. De verwijzingen naar aantallen, weergegeven tussen haakjes, geven het desbetreffende aantal respondenten weer.

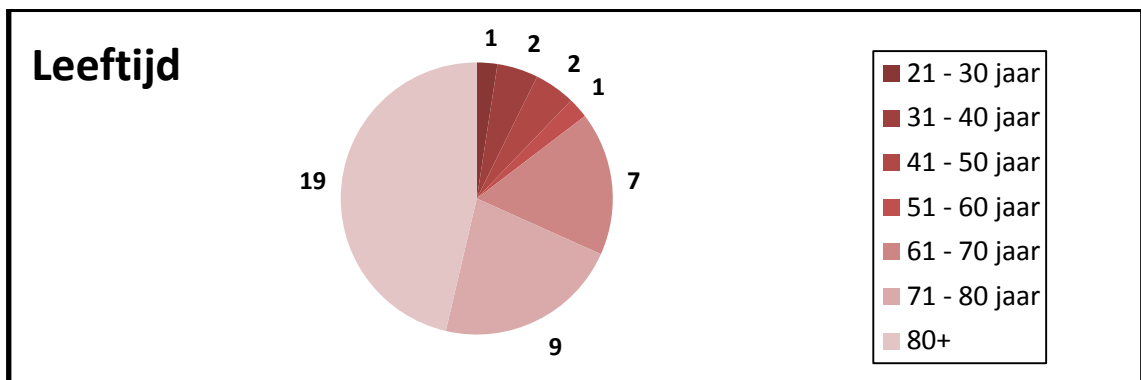
3.4 Profiel van het cliënteel

De tevredenheidsmeting begint met een aantal algemene gegevens. Op die manier tracht ik een profielschets te bekomen van de cliënten van de dienst gezinszorg. Hierbij werden enkele aspecten bevraagd: geslacht, leeftijd, zorgvraag, duur en frequentie van de hulpverlening, etc.



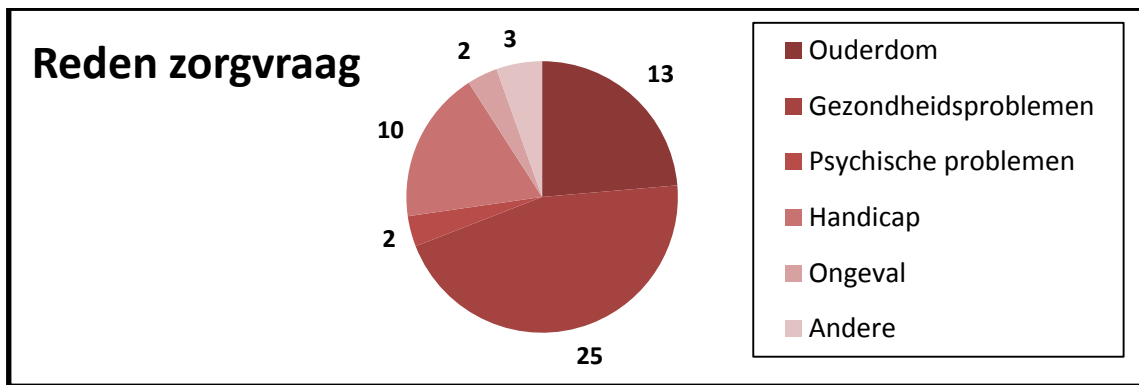
Grafiek 1: Geslacht

Uit bovenstaande grafiek blijkt dat de groep respondenten bestaat uit 25 vrouwen en 16 mannen. Dit wil niet zeggen dat er effectief aan 25 vrouwen en 16 mannen zorg wordt verleend, aangezien er veelal hulp wordt gegeven aan echtparen. Deze cijfers vertegenwoordigen de personen op wiens naam het dossier staat genoteerd. Dit betekent concreet dat bovenstaande gegevens een grove weergave zijn van het geslacht van de cliënten van thuiszorg Maaseik.



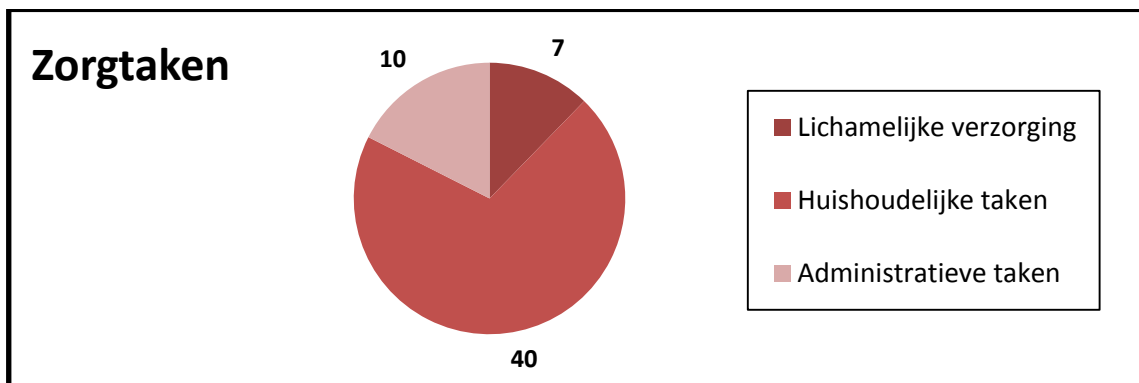
Grafiek 2: Leeftijd

Zoals reeds omschreven in het theoretische luik van dit eindwerk, behoort het grootste deel van de doelgroep tot de ouderen. Maar liefst 35 respondenten zijn ouder dan 60 jaar. Van dit cijfer zijn 19 personen ouder dan 80 jaar. Slechts 6 respondenten vallen binnen een leeftijdscategorie van 21 tot 60 jaar.



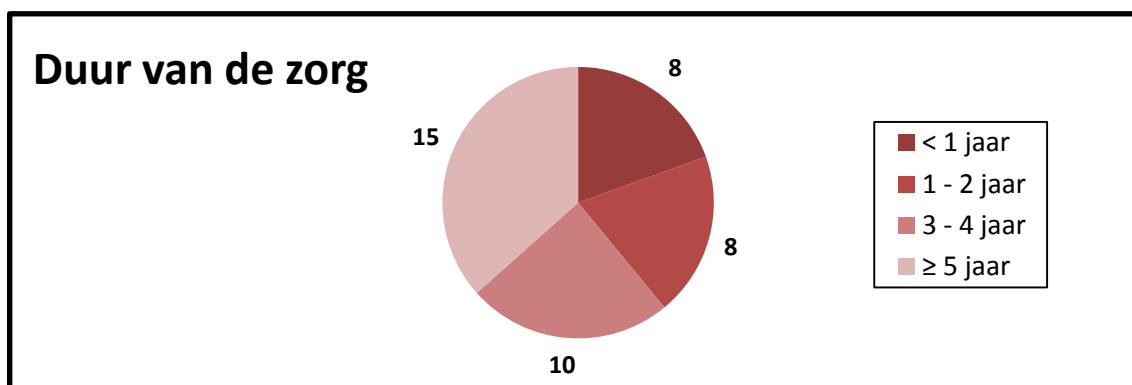
Grafiek 3: Reden zorgvraag

In grafiek 2 zagen we dat het grootste deel van het cliënteel 60 jaar of ouder is. Dit heeft gevolgen voor de reden van de zorgvraag. Vooral gezondheidsproblemen (25) en ouderdom (13) zorgt ervoor dat mensen de stap naar de thuiszorg zetten. Hieronder vallen ook de cliënten die thuiszorg postoperatief opstarten. Deze mensen hebben veelal nood aan tijdelijke hulp en kunnen na een periode van rust weer zelfstandig verder. Een derde factor is de hulpvraag ten gevolge van een handicap (10). Dit cijfer omvat ook de invalide en mindervalide personen.



Grafiek 4: Zorgtaken

Maar liefst 40 respondenten hebben vooral hulp nodig in het huishouden. Hieronder valt vooral poets- en strijkwerk, boodschappen doen en het bereiden van maaltijden. Maar dit kan ook van andere aard zijn. Eén persoon antwoordde dat zij ondersteuning nodig had voor de zorg van haar 6 kinderen, waarvan er enkele een handicap hebben. Ook het vervoer van en naar afspraken bij de dokter, het ziekenhuis, etc. behoren vaak tot het takenpakket van de verzorgenden van de gezinszorg. Daarnaast doen 10 respondenten beroep op de gezinszorg vanwege administratieve hulp. Zoals het verwerken van de post, controleren van de facturen en het betalen hiervan. De overige 7 personen hebben hulp nodig bij het opstaan, het dagelijks toilet en/of het aankleden. Zoals de cijfers aangeven, hebben verscheidene mensen meerder antwoordmogelijkheden aangeduid. Hier worden de zorgtaken dus in combinatie uitgevoerd.



Grafiek 5: Duur van de zorg

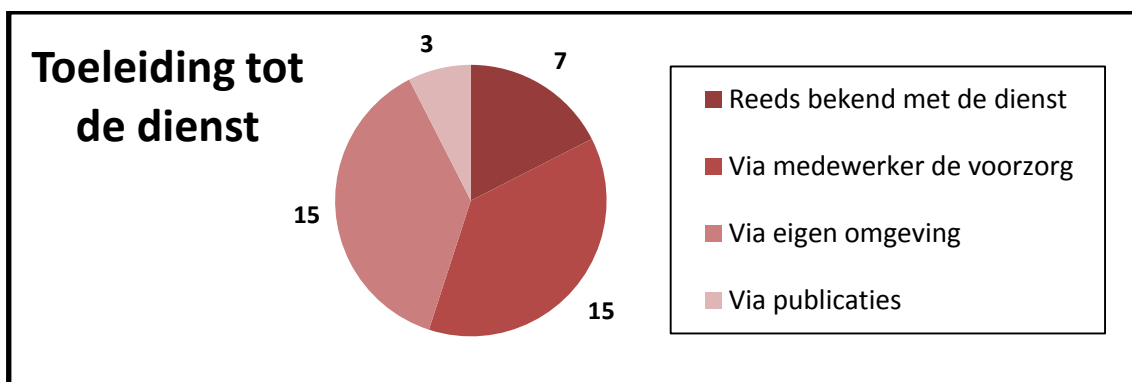
Het merendeel van de cliënten maakt 5 jaar of langer gebruik van de dienst gezinszorg. We zien dat er vooral langdurige hulpverlening wordt opgestart en dat de nieuwe cliënten, die minder dan 1 jaar gebruik maken van de dienst, in de minderheid zijn. Dit heeft uiteraard effect op het creëren van open plaatsen. Deze zijn vrij beperkt. In het kritisch gedeelte van dit eindwerk, zal hier verder op worden ingegaan.

Frequentie van de zorg

De grootste groep cliënten (25) heeft meer dan 1 keer per week hulp vanuit de dienst gezinszorg. Een klein aantal (2) heeft zelfs dagelijks ondersteuning nodig vanuit de thuiszorg. Als we deze twee cijfers samen nemen, kunnen we besluiten dat maar liefst 27 van de 41 respondenten meermaals per week hulp ontvangen. Dit is een hoog cijfer en toont aan hoe belangrijk de hulpverlening voor de cliënten is. De thuishulp is geïntegreerd in het dagelijks leven van deze mensen en hierdoor vaak onmisbaar voor de cliënten. Cijfers over dit aspect, komen aan bod bij grafiek 11. De overige 14 respondenten zijn geholpen met 1 keer per week hulp.

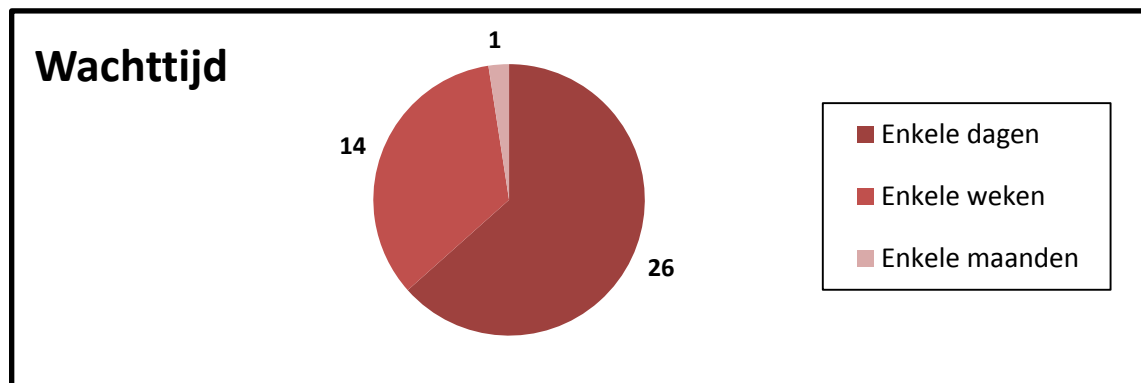
3.5 Verwerking van de overige onderzoeksgegevens

3.5.1 Geschiedenis met de dienst



Grafiek 6: Toeleiding tot de dienst

Uit bovenstaande grafiek kunnen we concluderen dat de dienst thuiszorg vooral via mond-tot-mond reclame bekend werd bij de cliënten. De meeste mensen (15) kwamen in aanraking met de dienst door iemand uit de eigen omgeving. Vervolgens verwierf de dienst bekendheid door medewerkers van De Voorzorg (15). Slechts 3 mensen kregen interesse na het lezen van een publicatie, zoals de website van De Voorzorg, brochure, etc. Dit is relatief weinig, aangezien de dienst vele verschillende publicaties uitbrengt. Het feit dat de medewerkers van De Voorzorg doorverwezen, is positief. Eén persoon vulde de vraag niet in, maar noteerde: "Via de sociale dienst van het ziekenhuis".



Grafiek 7: Wachttijd

De gemiddelde wachttijd is van korte duur. 26 respondenten moesten enkele dagen wachten, 14 respondenten wachtten enkele weken, zijnde 2 tot 4 weken. Dit is positief voor het imago van de thuiszorg en voor de houding van de cliënten ten aanzien van de dienst. In de huidige samenleving wil men snel en vlot geholpen worden. Als men te lang moet wachten, bestaat het gevaar dat mensen afhaken en op zoek gaan naar een snellere oplossing.

In de tevredenheidsmeting werd tevens naar de ervaring met het doorlopen van de wachttijd gevraagd. 37 respondenten gaven aan dat de wachttijd beperkt was. De overige 4 vonden het lang duren, maar gaven hierbij ook aan dat deze wachttijd geen problemen gaf.

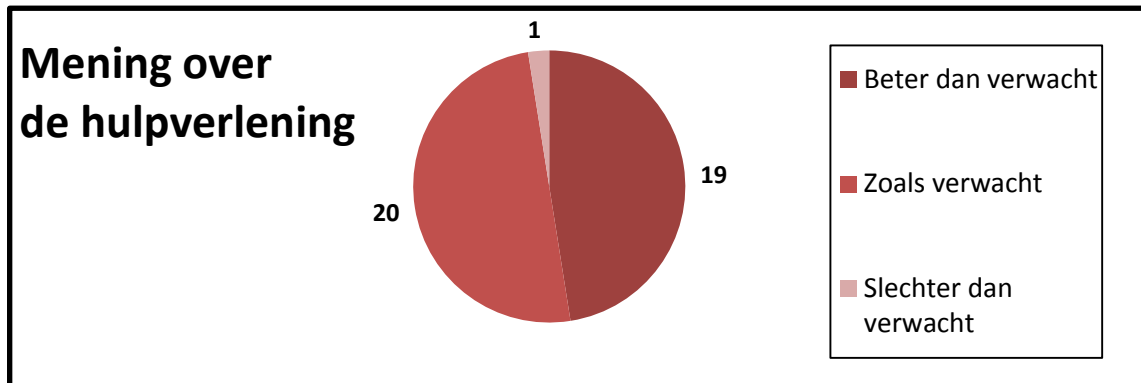
Tijdens de opstartfase van de hulpverlening is het tevens belangrijk dat men weet wat te verwachten van het aanbod van een bepaalde dienst. Op deze vraag werd door 100% van de ondervraagden beantwoord dat deze verwachtingen duidelijk waren.

Ervaring met andere thuiszorgdiensten

Het merendeel van de ondervraagden (34) heeft geen ervaring met een andere thuiszorgdienst en krijgt vanuit deze dienst de eerste keer hulpverlening. De ondervraagden die wel thuiszorg vanuit een andere dienst kregen, dienden aan te geven vanuit welke dienst dit was en hoe deze dienst in verhouding staat ten opzichte van thuiszorg De Voorzorg. Hiervan kregen 4 respondenten reeds hulp vanuit het OCMW,

1 vanuit vzw In-z, 1 vanuit solidariteit voor het gezin vzw en 1 vanuit de dienst 'Beter thuis' van het wit- gele kruis. Hierbij wordt door 5 personen aangegeven dat de dienst Thuiszorg zich veel beter verhoudt ten opzichte van de andere thuiszorgdiensten. De overige 2 oordelen dat deze diensten vergelijkbaar zijn.

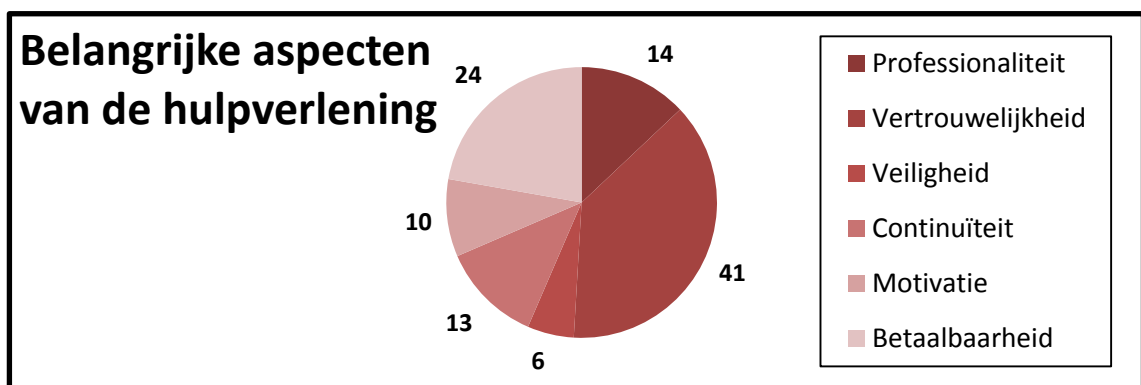
3.5.2 Verwachtingen ten aanzien van de zorgverlening



Grafiek 8: Mening over de hulpverlening

Het grootste deel van de cliënten stelt dat de hulpverlening is zoals verwacht of zelfs beter is dan verwacht. Dit is een positief gegeven voor de algemene tevredenheid. Datgene wat de cliënt verwacht van de dienst en datgene wat de dienst effectief presteert, staat in evenwicht. Eén persoon schommelt tussen 2 antwoordmogelijkheden en noteerde: “De hulpverlening is bijna zoals verwacht.”

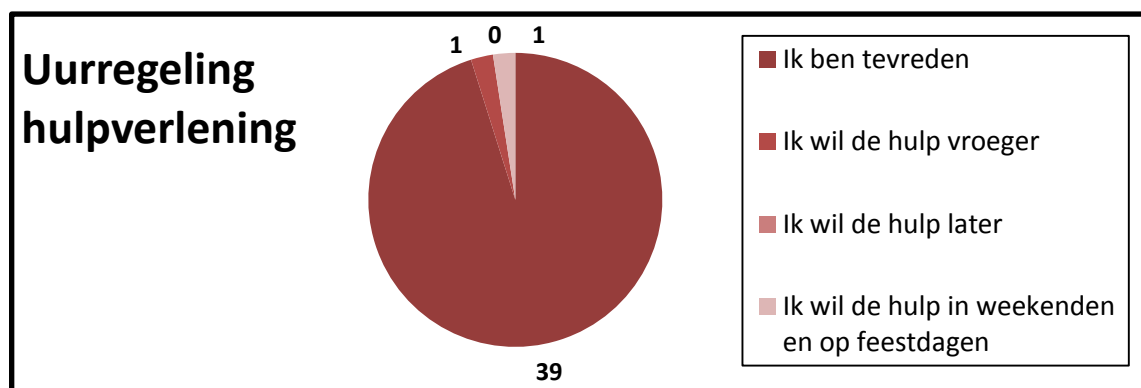
Er werd een bijvraag gesteld omtrent het tegemoetkomen van de hulpverlening aan de noden en behoeften van het cliënteel. Bij 30 respondenten komt de hulpverlening altijd tegemoet aan de noden en behoeften. 10 personen kozen voor de antwoordmogelijkheid ‘meestal’. Slechts 1 respondent beantwoordde deze vraag met ‘soms’. De antwoordmogelijkheden ‘zelden’ en ‘nooit’ werden beiden geen enkele keer aangeduid. Het tegemoetkomen aan de noden en behoeften van de cliënt is een van de belangrijkste doelstellingen voor een organisatie.



Grafiek 9: Belangrijke aspecten van de hulpverlening

Vertrouwelijkheid (41) en betaalbaarheid (24) zijn het meest beantwoord. Vervolgens professionaliteit (14), continuïteit (13), motivatie (10) en ten slotte veiligheid (6). Vertrouwelijkheid is dus een behoefte van de meeste cliënten. De visie van thuishulp vzw stelt dat de medewerker aan de noden en behoeften van de cliënten kan voldoen. Mede door het beroepsgeheim en respect voor ieder individu, kan de dienst in deze behoefte voorzien.

Bovenstaande grafiek toont welke zorgaspecten belangrijk zijn voor de cliënten. Hierbij werd de vraag gesteld of de zorgverlening ook voldoet aan deze aspecten. Voor 37 respondenten voldoet de gezinszorg aan de gestelde eisen. Volgens 3 van de ondervraagden voldoet de hulpverlening soms wel en soms niet aan bovenstaande eigenschappen. Eén persoon antwoordde dat de continuïteit van de hulpverlening regelmatig ontbreekt. Hier wordt later verder op in gegaan, bij grafiek 11: Stellingen over de hulpverlening.



Grafiek 10: Uurregeling hulpverlening

De verzorgenden van de gezinszorg starten de werkdag van 8u30 tot 12u30 en/of van 12u30 tot 16u30. Voor 39 van de respondenten is deze uurregeling goed en is men tevreden over de tijdstippen. Slechts 1 persoon wil de hulp vroeger ontvangen, namelijk van 8u tot 12u. Eén persoon zou de hulp graag in de weekenden en op feestdagen ontvangen. In deze 24/7 maatschappij zijn veel bedrijven en organisaties langer open en proberen op alle mogelijke momenten van de dag tegemoet te komen aan de wensen van de cliënten. Dit fenomeen wordt verder besproken in deel 4.

Tevens werd de vraag gesteld of men tevreden is over de taken die de verzorgenden mogen uitvoeren. Er werd een witregel voorzien voor diegene die iets wou toevoegen aan het takenpakket. Bijna iedereen (40) is tevreden over dit takenpakket, 1 persoon zou graag iets toevoegen aan het takenpakket. Hier werd genoteerd dat men graag eens zou kaarten met de verzorgenden, maar men begreep ook dat dit vanwege tijdsgebrek moeilijk was.

3.5.3 (On)tevredenheid over de verzorgenden

Dit onderdeel werd bevraagd aan de hand van vier stellingen. Deze stellingen konden beantwoord worden met volgende keuzemogelijkheden: altijd, meestal, zelden of nooit. Deze stellingen staan vooral in het teken van de relatie tussen de cliënt en de verzorgende. Aangezien deze relatie de hulpverlening voor een groot deel beïnvloedt en daardoor ook rechtstreeks de tevredenheid beïnvloedt, vond ik deze vragen relevant voor het onderzoek.

Stelling 1: Mijn verzorgende houdt rekening met mijn wil.

Hier gingen 31 van de ondervraagden akkoord met de stelling. De keuzemogelijkheid 'meestal' werd door 10 personen gekozen. De keuzemogelijkheden 'soms' en 'zelden' werden niet gekozen.

Stelling 2: De verzorgende respecteert de taken die ik zelf nog kan en wil doen.

Voor 33 respondenten is deze stelling altijd van toepassing. Het overige deel (7) kozen voor 'meestal'. Ook hier werden de keuzemogelijkheden 'soms' en 'zelden' niet gekozen.

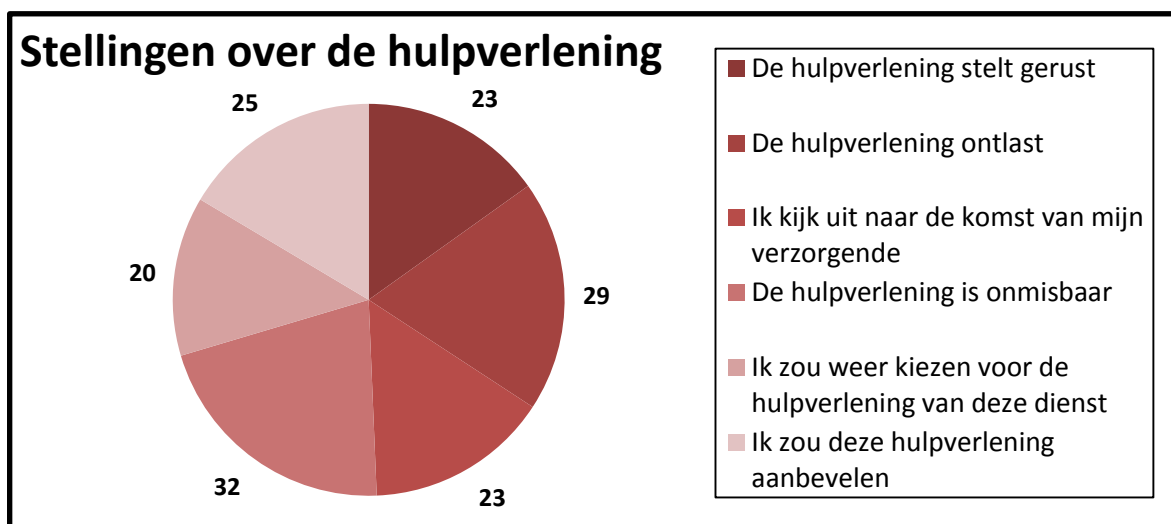
Stelling 3: Mijn verzorgende is begaan met mij. Als ik problemen heb of mijn verhaal kwijt wil, kan dit bij mijn verzorgende.

Deze stelling scoorde het hoogst en werd door 35 respondenten met 'altijd' beantwoord. Vervolgens werd antwoordmogelijkheid 'meestal' door de overige 6 personen verkozen.

Stelling 4: Mijn verzorgende heeft interesse in mij en mijn bezigheden.

Eén persoon antwoordde 'zelden' en schreef als toelichting erbij: "vanwege tijdgebrek, gaat dit niet". Vervolgens kozen 6 respondenten voor de keuzemogelijkheid 'soms'. Tot slot werd deze stelling door 6 personen beantwoordt met 'meestal' en door 34 personen met de optie 'altijd'.

Uit bovenstaande gegevens kunnen we concluderen dat de cliënten in het algemeen altijd/ meestal tevreden zijn over hun relatie met de verzorgenden. De verzorgenden houden rekening met hun wil en stimuleren de zelfzorg. Daarnaast is de verzorgende een belangrijke steunfiguur om te luisteren naar de cliënten bij problemen. Hierdoor gaat de gezinszorg een stapje verder dan de gebruikelijke taken. Het verleent in zekere zin een vorm van psychosociale hulpverlening. Om het welzijn van de cliënten te waarborgen is het ook belangrijk dat zij weten dat ze altijd bij hun verzorgenden terecht kunnen, met eender welk probleem. Het is daarom niet verwonderlijk dat alle 41 respondenten vertrouwelijkheid als belangrijkste aspect in de hulpverlening verkozen.



Grafiek 11: Stellingen over de hulpverlening

Zoals reeds vermeld neemt de gezinszorg, naast haar gebruikelijke hulpverlening, ook een stuk psychosociale hulpverlening op zich. Het is daarom niet verwonderlijk dat de hulpverlening een uiterst belangrijke schakel wordt in het leven van de cliënten.

Om die reden selecteerde het merendeel van de mensen waarschijnlijk alle stellingen. De hulpverlening werkt in functie van haar doelstellingen en doet dit blijkbaar op de juiste manier. Zo stellen 29 respondenten dat de hulpverlening ontlast en stellen 23 personen dat de hulpverlening gerust stelt. Er is een groot deel (23) die zelfs durven te stellen dat de hulpverlening onmisbaar geworden is. De laatste twee stellingen werden opgenomen om te onderzoeken hoe men die tevredenheid uit naar de buitenwereld. Maar liefst 25 personen zouden deze hulpverlening aanbevelen aan vrienden en familie. Daarnaast zouden 20 mensen opnieuw de keuze maken voor de thuiszorg van De Voorzorg.

3.5.4 (On)tevredenheid over de administratie en contact

In dit onderdeel van de vragenlijst werd er bevraagd hoe tevreden men is over het contact met de sectorverantwoordelijke en of hij zijn taken naar behoren uitvoert. Deze taken zijn bijvoorbeeld de cliënten op de hoogte stellen bij veranderingen in de planning zoals ziekte van een verzorgenden en eventuele vervanging. Daarnaast werden er vragen gesteld over de kantooruren waarop de sectorverantwoordelijke te bereiken is en of men bekend is met het klachtenformulier.

Stelling 1: De sectorverantwoordelijke houdt zich aan de afspraken die in het begin werden gemaakt.

Iets meer dan de helft van de ondervraagden (21) gaat volledig akkoord met deze stelling en beantwoordde deze met 'altijd'. De andere helft van de ondervraagden beantwoordde deze stelling met meestal (17) en soms (2).

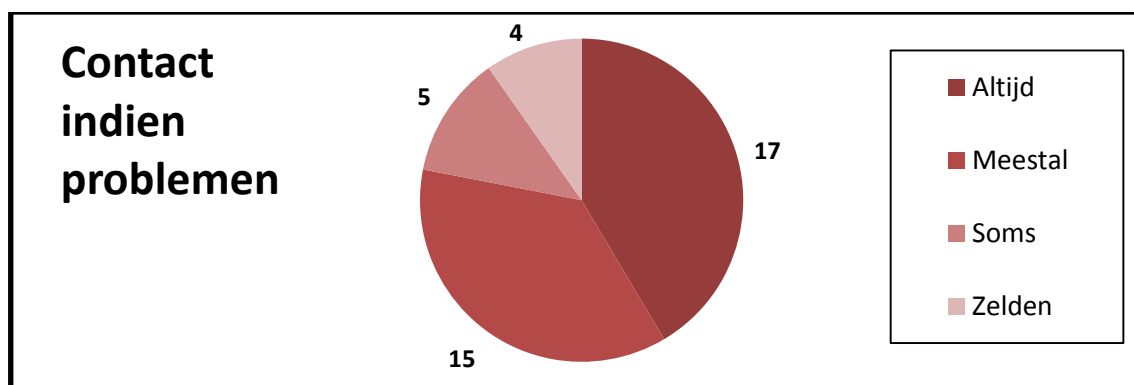
Stelling 2: Ik kan bij de sectorverantwoordelijke terecht, met welk probleem dan ook.

Hier zijn de meningen verdeeld, 20 respondenten beantwoordden deze stelling met de optie 'meestal'. 17 kozen voor de optie 'altijd' en 4 mensen verkozen de optie 'soms'. Deze cijfers zouden hoger moeten liggen bij de optie 'altijd'. De sectorverantwoordelijke is de coördinator van de hulpverlening en moet als vertrouwenspersoon functioneren waar mensen met problemen kunnen aankloppen. Een verklaring voor de resultaten is waarschijnlijk te vinden in de aanwezigheid van de sectorverantwoordelijke. Daar hij parttime werkt voor de thuiszorg en deze job combineert met zijn functie als schepen in de gemeenteraad, is zijn aanwezigheid beperkt. Wanneer hij wel aanwezig is, is hij er voor de cliënten en is hij direct in het aanreiken van oplossingen. Naar alle waarschijnlijkheid ligt het probleem dus bij de aanwezigheid van de sectorverantwoordelijke.

Stelling 3: Ik ben tevreden over de kantooruren, waarop ik de dienst kan bereiken.

Het merendeel (34) van de ondervraagden gaf aan tevreden te zijn over de uurregeling. Toch vindt een kleine groep dat de kantooruren te beperkt zijn en veranderd mogen worden. Hierbij werden tijdstippen aangegeven. De eerste groep (4) kiest voor kantooruren van 9u tot 17u. De tweede groep (3) verkiest een uurregeling van 12u tot 17u. De normale uurregeling bij de thuiszorgcentra, waar men wel fulltime werkt, is van 8u tot 16u30. Deze thuiszorgcentra zijn 8 uur bereikbaar, terwijl thuiszorg Maaseik slecht 4 uur bereikbaar is.

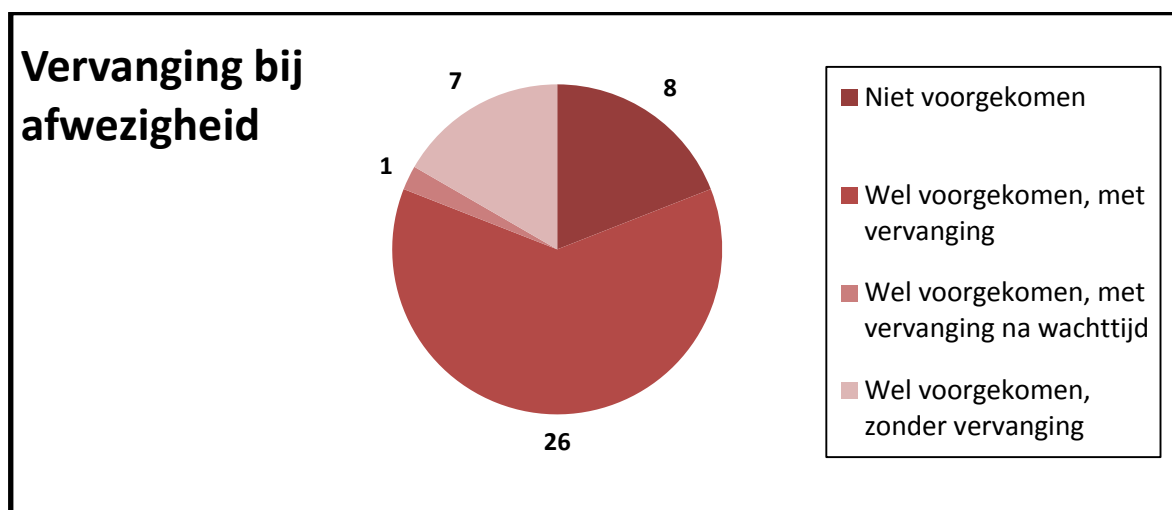
Uit bovenstaande blijkt dat de cliënten nood hebben aan contact in de namiddaguren. Daar de dienst Maaseik enkel bereikbaar is van 8u tot 12u, hebben de cliënten in de namiddaguren niemand om op terug te vallen. Hierdoor schuift alles een dag later op en moeten de cliënten vaak wachten om hun vraag te stellen of hun probleem te melden.



Grafiek 12: Contact indien problemen

De volgende stelling werd bevestigd: Indien er problemen zijn, word ik op tijd op de hoogte gesteld. De meningen omtrent deze stelling waren verdeeld. Een kleine meerderheid (17) zegt 'altijd'. Een andere grote groep (15) zegt 'meestal'.

Ten slotte antwoordden 5 mensen met soms en 4 mensen met zelden. Deze cijfers tonen aan dat het contact met de dienst niet altijd vlekkeloos verloopt. Het is de sectorverantwoordelijke die contact dient op te nemen met de cliënten wanneer er wijzigingen zijn in de planning of indien verzorgenden afwezig zijn. Op die manier weet de cliënt waar hij aan toe is en kan hij zijn dag invulling eventueel aanpassen. Dit aspect zal verder uitgediept worden bij de algemene conclusies van het onderzoek.



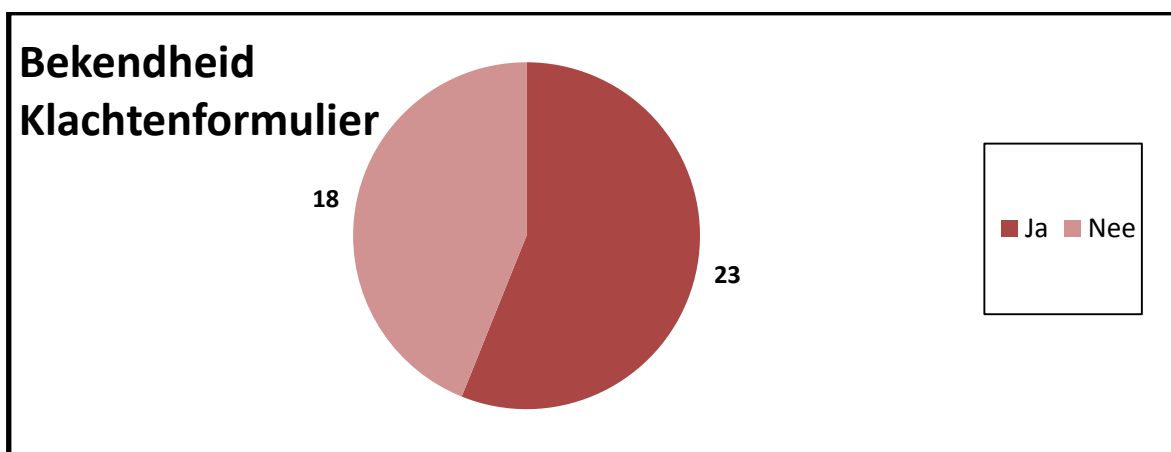
Grafiek 13: Vervanging bij afwezigheid

Indien er afwezigheden zijn van de verzorgenden, wordt er altijd gekeken of er vervanging gegeven kan worden. Hierbij houdt de sectorverantwoordelijke rekening met de zwaarte van de zorgbehoevendheid van desbetreffende gezinnen. Deze gezinnen hebben voorrang op gezinnen waar de hulp minder ingrijpend is. Indien er ruimte is om extra vervanging te geven, worden desbetreffende gezinnen op de hoogte gesteld. Het is dan aan hen om te beslissen of ze al dan niet vervanging willen door een andere verzorgende. De meeste mensen kiezen voor de vervanging, een kleine minderheid heeft hierin geen interesse. Waarschijnlijk zijn de 7 personen die kozen voor de optie 'Wel voorgekomen, zonder vervanging', mensen die vervanging weigeren.

Eén persoon beantwoordde deze vraag met twee antwoorden, namelijk: de afwezigheid is voorgekomen, de ene keer was er wel vervanging en de andere keer niet. Dit komt ook vaker voor. Soms is er slechts één verzorgende afwezig, dan is vervanging regelen niet echt een probleem. Maar soms zijn er meerderen afwezig, dan is vervanging geven een stuk moeilijker en kunnen enkel de zwaar zorgbehoevende gezinnen van vervanging worden voorzien. Hier is begrip voor.

Tevredenheid over de eigen bijdrage

De volledige cliëntenpopulatie (41) is akkoord met de hoogte van de bijdrage. Dit kan verklaard worden vanuit het feit dat men met de berekening van de eigen, bijdrage, verschillende factoren in acht houdt. Zoals reeds vermeld wordt er rekening gehouden met de gezinssituatie en de hoogte van het maandelijkse inkomen. Op die manier kunnen we effectief spreken van een eigen persoonlijke bijdrage, omdat deze rekening houdt met de situatie van de cliënt. Bijgevolg staat deze bijdrage in verhouding met de financiële mogelijkheden van de cliënt.

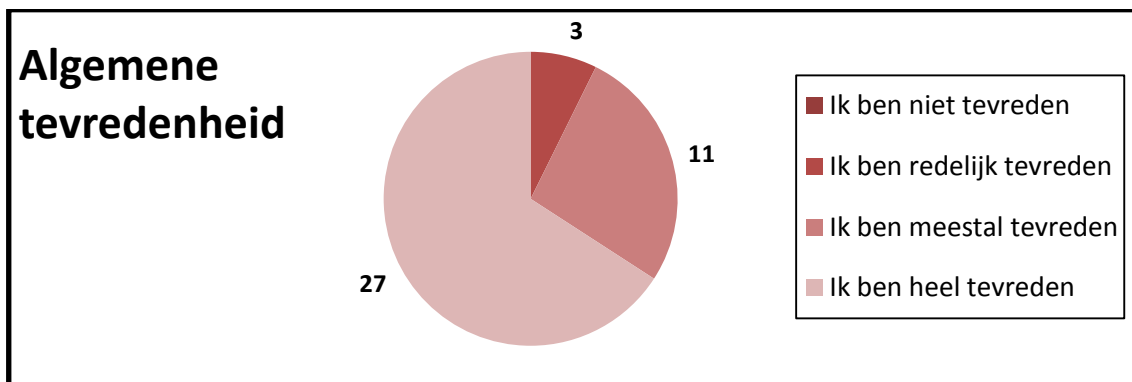


Grafiek 14: Bekend met het klachtenformulier

Zoals in de theorie werd aangehaald staat tevredenheid in het teken van de verwachtingen van de cliënt en of de dienst deze effectief invult. Als blijkt dat mensen niet tevreden zijn, is het belangrijk dat ze dit kunnen melden. Dit kunnen ze doen door rechtstreeks in contact te treden met de sectorverantwoordelijk. Als het een probleem is, gelegen in het grotere geheel van ziekenfonds De Voorzorg, is het effectiever om te werken met een algemeen klachtenformulier. Hier kan men klachten of eventuele suggesties doorgeven aan het management. Dit wordt gehanteerd indien men het probleem niet kan oplossen door met de sectorverantwoordelijke door in contact te treden of indien men echt niet tevreden is. Het klachtenformulier vindt u in bijlage 3.

De Voorzorg heeft een eigen procedure/stappenplan voor het afhandelen van een klacht. Deze klachtenprocedure vindt u in bijlage 4.

3.5.5 Algemene tevredenheid



Grafiek 15: Algemene tevredenheid

Bovenstaande gegevens laten zien dat thuiszorg De Voorzorg het zeker niet slecht doet. Het merendeel is heel tevreden gevolgd door een grote groep die meestal tevreden zijn. Het belangrijkste om op te merken is dat niemand heeft aangeduid niet tevreden te zijn. Er zullen altijd kleine werkpunten aanwezig zijn, een organisatie kan nooit volledig vlekkeloos, zonder fouten, werken.

3.5.6 Suggesties en tips

Deze vraag werd slechts beantwoord door 4 van de 41 ondervraagden. Vermoedelijk omdat het een open vraag betreft.

Volgende suggesties/ opmerkingen werden genoteerd:

- Per klant een formulier om af te tekenen telkens als er hulp is geweest. Nu moet er getekend worden op het exemplaar van de verzorgende, hierdoor heeft de klant geen controlemiddel. Daarnaast de kadertjes ruimer voorzien om te handtekenen.
- Goed bezig! Ik ben content!
- Ik heb geen opmerkingen. Ik ben heel tevreden!
- Afwezigheid van een verzorgende is niet erg, omdat we zelf nog kunnen inspringen, maar het moet wel gecommuniceerd worden, zodat we het weten.

De eerste suggestie, betreffende het formulier, heb ik in de praktijk ook vaker vernomen van cliënten. De cliënten tekenen het formulier van de verzorgende, waarmee zij bevestigen dat de verzorgende effectief hulp heeft geboden op de vermelde datum. Zij hebben zelf geen controlemiddel om de aanwezigheid van de verzorgende te bekijken. Enkele cliënten gaven ook aan dat ze graag een formulier zouden willen, waar zij hun hulpverlening op kunnen registreren. Het gebeurt bijvoorbeeld regelmatig dat er onzekerheden en twijfels ontstaan wanneer de factuur aankomt bij de cliënten. Met een formulier hebben ze een handig overzicht wanneer zij effectief hulp hebben ontvangen en kan er achteraf geen twijfel meer zijn.

3.6 Algemene conclusies van het onderzoek

Het merendeel van de cliënten van Thuiszorg vzw Maaseik is van het vrouwelijk geslacht, 60+ en heeft vooral gezondheids- en ouderdomsproblemen. De meeste mensen ontvangen vooral hulp ter ondersteuning van de huishoudelijke taken en ontvangen meer dan 1x per week hulp. Deze hulpverlening is in de meeste gevallen langdurig van aard, waarbij men verscheidene jaren gebruik maakt van de dienst. Meer dan de helft kwam bij deze dienst terecht door iemand uit de eigen omgeving of een medewerker van De Voorzorg. We zien dat de publicaties een uiterst kleine rol hebben gespeeld wat betreft toeleiding van nieuwe cliënten tot de dienst. Dit is opmerkelijk, vooral omdat de brochures vlot en duidelijk beschrijven wat men mag verwachten. Daarnaast worden deze brochures regionaal verspreid en zijn ze in elk administratief center van De Voorzorg terug te vinden. Een tweede publicatiewijze is de website van De Voorzorg. Hier zijn alle diensten terug te vinden. Deze website is tevens duidelijk omschreven en makkelijk te vinden op het internet. Toch bereikt deze informatie slechts een klein aantal mensen.

Een belangrijke vraag was of de hulpverlening tegemoet komt aan de noden en behoeften van de cliënten. Het merendeel antwoordde altijd of meestal. Dit is een positief gegeven waaruit blijkt dat de hulpverlening werkt in functie van de verwachtingen van de cliënten. Dit is een belangrijke verklaring voor de hoge positieve cijfers betreffende de algemene tevredenheid. Zoals we reeds in het theoretisch gedeelte zagen, is de tevredenheid hoog wanneer de dienstverlening en de verwachtingen van de cliënten in evenwicht staan met elkaar. Hierbij valt op te merken dat één van factoren, die de tevredenheid beïnvloed, enkele minpunten ontving tijdens de bevraging. Uit de antwoorden van verschillende vragen, bleek dat de mensen niet altijd een gevoel van controle hebben. Zoals de theorie omschrijft, heeft het gevoel van controle een invloed op de ervaren tevredenheid. De bevroegde cliënten geven aan dit gevoel van controle regelmatig kwijt te zijn. Dit bleek bijvoorbeeld uit het feit dat zij regelmatig niet op de hoogte gesteld worden van veranderingen in de planning. Daarnaast hebben ze niet het gevoel dat ze voor al hun problemen terecht kunnen bij de sectorverantwoordelijke. Het contact met de sectorverantwoordelijke is dus een punt van ontevredenheid. Daarnaast is er in de namiddag niemand om de telefoonpermanentie te doen. Cliënten kunnen ten alle tijden terecht op het hoofdkantoor van Thuishulp vzw in Hasselt, maar daar heeft men weinig tot geen zicht op de planning van thuiszorg Maaseik. Bijgevolg kunnen deze mensen pas de dag erna verder geholpen worden, door de sectorverantwoordelijke van Maaseik zelf.

Er werd tevens een bevraging gedaan naar de relatie tussen de cliënt en zijn of haar verzorgende. Deze blijkt in het algemeen heel goed te zijn. Een groot aantal respondenten gaf aan dat ze altijd bij de verzorgende terecht kunnen voor allerlei zaken en dat de verzorgende oprecht geïnteresseerd is in de cliënt, alsook in zijn bezigheden.

Ik kan me aansluiten bij dit gegeven. De verzorgende hebben hart voor hun werk en de cliënten. Ze zijn zeer begaan en voeren hun job uit met passie en gevoel. Dit gevoel ervaren de cliënten ook en uit zich in hoge en positieve cijfers aangaande de relatie tussen beide partijen. Alle cliënten duiden aan dat zij vertrouwelijkheid het belangrijkste aspect vinden van de dienst gezinszorg. Volgens enkelingen voldoet de dienst hier soms niet aan, maar voor de meerderheid geldt deze vertrouwelijkheid wel. De heersende vertrouwelijkheid zorgt ervoor dat de verzorgende een persoonlijke band kan aan gaan met de cliënt en ook een stuk psychosociale hulpverlening kan bieden. Het gaat verder dan enkel ondersteuning geven in het huishouden. Ze treden in interactie met de cliënt en maken deel uit van hun dagelijks leven. De kwaliteit van de gezinszorg is dus goed en hoogstaand, daar het verder gaat dan de gebruikelijke huishoudelijke hulp. Het biedt ook persoonlijke ondersteuning en zorgt ervoor dat de dienst dicht bij de cliënt en zijn omgeving staat.

Vanuit dit gegeven werden er enkele stellingen opgesteld, met de vraag om aan te duiden welke stelling op de desbetreffende cliënt van toepassing was. Het merendeel durft hier te stellen dat de hulpverlening onmisbaar geworden is. Volgende stellingen werden ook veel gekozen: de hulpverlening ontlast en de hulpverlening stelt gerust. Dit toont aan hoe belangrijk de thuiszorg is voor de cliënten. De visie van Thuishulp vzw blijkt goed aan te sluiten bij de visie van de cliënt. Dit draagt bij tot een hoge tevredenheid over de kwaliteit. Er zijn enkele kleine aandachtspunten zoals de aanwezigheid van de sectorverantwoordelijke en het contact. Maar de effectieve hulp vanuit de gezinszorg voldoet aan hetgeen de cliënt verwacht en nodig heeft. De administratieve kant is bijkomstig, maar zeker niet te onderschatten.

3.7 Besluit

We zien in bovenstaand gegeven hoe de tevredenheid verdeeld is bij de cliënten van thuiszorg De Voorzorg Maaseik. We zagen dat de dienst gezinszorg voor vele mensen onmisbaar is geworden en een uiterst belangrijk onderdeel is in hun dagelijks leven. De meerderheid gaf aan heel tevreden te zijn. We hebben nu een beeld van de werkpunten en waar de aandacht gelegd dient te worden. Wanneer men hieraan werkt, zal de algemene tevredenheid nog hoger liggen en kan de dienst nog betere resultaten behalen. In het vierde deel zal ik verder werken rond een reactie op de resultaten van de tevredenheidsmeting. Ik geef mijn bemerkingen en persoonlijke opinie. Daarnaast zal ik ook stil staan bij het persoonlijke groeiproces en de ervaren beperkingen gedurende het onderzoek.

4 Deel 4: KRITISCHE KIJK

In dit laatste deel blik ik terug op verschillende aspecten. Ik geef mijn mening weer over de werking van thuiszorg De Voorzorg Maaseik. Hier sta ik stil bij positieve kenmerken en bemerk ik enkele aandachtspunten, die naar voor kwamen uit de tevredenheidsmeting. Vervolgens bespreek ik het proces tot het schrijven van dit eindwerk en hoe ik mijn persoonlijk traject doorlopen en ervaren heb. Ten slotte bespreek ik enkele actuele topics, die betrekking hebben op de werking van de stageplaats.

4.1 Thuiszorg De Voorzorg Maaseik

De dienst thuiszorg in Maaseik werkt op volle toeren en heeft een goed, sterk en hartelijk team verzorgenden en helpsters om de werking te verwezenlijken. Zoals reeds eerder vermeld, heeft Thuishulp vzw 15 thuiszorgcentra, verspreid over heel Limburg. Hierdoor zijn ze bereikbaar voor alle mensen, mobiel of minder mobiel. De werking heeft hierdoor een zeer laagdrempelig karakter. Cliënten lopen naar binnen, vragen informatie en krijgen op gepaste wijze antwoord. Mijn stagementor, Kevin Drees, werkt parttime binnen de thuiszorg en parttime als schepenen van Maaseik. Zijn job als schepenen is een bijkomend pluspunt voor de dienst. Door zijn politieke carrière is hij gekend in de regio. Veel mensen kennen hem en hij kent op zijn beurt ook veel mensen. Hierdoor is de stap naar de hulpverlening een stuk kleiner dan wanneer men op een onbekende af stapt. Hij doet zijn werk op een enthousiaste manier en staat op goede voet met de cliënten, alsook met het personeel. Hij is er voor zijn cliënten, neemt zijn verantwoordelijkheid en zal iedereen proberen verder te helpen waar hij kan.

Het eerste aandachtspunt is de aanwezigheid van één MA. Mijn stagementor is enkel in de voormiddag aanwezig, waardoor veel mensen in de namiddag niemand aan de lijn kunnen krijgen. Door zijn afwezigheid blijft het werk liggen en worden de cliënten niet verder geholpen. Aan de hand van de resultaten van de tevredenheidsmeting bleek er vooral ontevredenheid te heersen over de beschikbare kantooruren en het contact met de sectorverantwoordelijke bij aanwezigheid van problemen. Feit is ook dat mijn stagementor niet in overleg kan treden met een collega, waardoor hij vooral op zichzelf is teruggeworpen. Collega's van andere thuiszorgcentra zijn altijd te bereiken, maar zij hebben geen zicht op bepaalde situaties en gezinnen. Daardoor is overleg plegen met iemand die ver weg staat van het cliënteel moeilijk en minder efficiënt. Mijn stagementor geeft zelf ook aan dat versterking op de dienst gewenst is. Vanuit financieel oogpunt, is dit moeilijk realiseerbaar. Een eventuele oplossing zou een clustervorming kunnen zijn. Hiermee wordt het samengaan van verschillende lokale thuiszorgcentra en hun sectorverantwoordelijken bedoeld. Dit heeft tot gevolg dat er altijd iemand aanwezig is om de telefoonpermanentie te doen.

De verschillende centra kunnen onderling efficiënter werken en inspringen indien nodig bij afwezigheid van het personeel. Het negatieve hiervan is dat het laagdrempelige karakter verloren kan gaan, omdat het centrum centraal moet liggen voor alle regio's die samen een cluster zullen vormen. De kans dat thuiszorg Maaseik verdwijnt uit de gemeente Maaseik is dan reëel.

De verzorgenden nemen een stuk psychosociale hulpverlening op zich. Zij staan bij de cliënten en worden geconfronteerd met hun leefsituatie en problemen. Het is belangrijk dat zij hierop gepast kunnen reageren en op tijd signaleren als meer ingrijpende hulp nodig is. De verzorgenden hebben op regelmatige basis bijscholing, maar in mijn ogen worden de verkeerde thema's belicht. Denk hierbij vooral aan thema's zoals dementie, lichamelijke aandoeningen en algemene thema's over de meerwaarde van het werk bijvoorbeeld. De verzorgenden zelf gaven ook reeds aan dat sommige bijscholingen niet echt nuttig zijn. De bijscholing zou dan ook meer in het teken mogen staan van thema's zoals eenzaamheid, depressies, rouwverwerking, bemiddeling bij conflictueuze relaties, etc. Dit zijn veelvoorkomende problemen bij de doelgroep. De verzorgenden worden regelmatig geconfronteerd met problemen waarvan ze relatief onwetend zijn over de stappen die ze kunnen zetten en welke mogelijkheden er zijn. Dit koppelen zij meestal terug naar de sectorverantwoordelijke en deze gaat hiermee verder. Maar het zou voor de cliënt en voor de verzorgende fijner zijn, als de verzorgende zelf meer ondersteunende taken op zich kan nemen. Op dit moment beperken deze ondersteunende taken zich enkel tot het luisteren en het aannemen van een empathische houding.

4.2 Belemmeringen gedurende het onderzoek

Een onderzoek naar de kwaliteit van de hulpverlening leek een goed onderwerp. In zekere zin was dit ook zo. Voor het praktijkgedeelte was dit redelijk eenvoudig uit te werken, het theoretisch gedeelte daarentegen, was een stuk lastiger. Ik heb enorm lang moeten zoeken om mijn tekst op papier te krijgen. Telkens had ik een plan van aanpak en een opsomming van onderwerpen, die ik graag wilde bespreken. Telkens bleek hier te weinig informatie over te bestaan, of bleek het bij nader inzien toch niet zo relevant. Ik heb veel teksten geschreven, waarna de helft weer werd vervangen door een nieuw onderwerp en een nieuwe tekst. Dit is zowel tijdrovend als frustrerend. Uiteindelijk, na lang zoeken, heb ik relevante en kwalitatieve informatie kunnen vinden. Maar de informatie is schaars, dit heb ik als een grote belemmering ervaren. Daarnaast is het afbakenen van het onderwerp niet simpel. Want hoe werk je een theoretisch gedeelte uit rond een tevredenheidsonderzoek? Het is belangrijk om vanuit verschillende invalshoeken te werken en alle relevante informatie aan bod laten komen. Dit alles moet in één verhaallijn passen en een duidelijk verhaal vormen. Uiteindelijk denk ik hierin geslaagd te zijn.

Wat betreft het praktijkonderzoek, ben ik blij met de keuze voor de enquête. Deze was relatief snel opgesteld. Op deze wijze konden veel verschillende aspecten in één keer bevestigd worden. Dankzij de hulp van de verzorgenden had ik een zeer hoge respons. Door deze hoge respons kunnen er uitspraken gedaan worden over de tevredenheid. Deze groep vertegenwoordigt de algemene tevredenheid binnen de dienst. Er was enkel op de laatste vraag, tevens een open vraag, zeer weinig respons. Hier had ik misschien beter gekozen voor een gesloten vraag en zelf antwoordmogelijkheden kunnen opstellen. Dit had waarschijnlijk meer bruikbare tips opgeleverd en een hogere respons veroorzaakt.

4.3 Persoonlijk traject

Mijn professioneel handelen is gedurende de stage naar een hoger niveau getild. Vooral vaardigheden zoals zelfstandigheid en probleemoplossend werken zijn enorm verbeterd. Dit vooral door de goede band met mijn stagementor. Hij liet mij al gauw mijn gang gaan en vertrouwde op mijn handelen. Zijn vertrouwen in mij gaf me een duw in mijn rug en zorgde ervoor dat ik relatief snel zelfstandig kon functioneren. Ook aangaande het eindwerk ben ik gegroeid in mijn manier van werken, dit is niet meer dan logisch. In het begin schoof ik het eindwerk op de lange baan en had ik niet veel motivatie om eraan te beginnen. Naarmate de tijd vorderde, merkte ik dat ik ijveriger werd en onbewust begon ik elke dag te werken aan het eindwerk. Vanaf dat moment kreeg het eindwerk vorm en begon ik oprecht geïnteresseerd te raken in het schrijven ervan. Ik ben tevreden over het resultaat en over de resultaten die mijn onderzoek heeft uitgewezen. Ik kan besluiten dat het maken van het eindwerk, alsook mijn stage, leerrijke ervaringen waren waaruit ik veel geleerd heb. Ik zie het als een succesvolle afronding van deze opleiding.

4.4 Actuele tendensen

Zoals in grafiek 5 'Duur van de zorg', werd reeds besproken dat er weinig ruimte is voor het creëren van open plaatsen. Dit is gedurende mijn stageperiode een struikelblok geweest. De planning in de thuiszorgdiensten ligt nooit vast. De ene week krijgt de dienst drie nieuwe aanvragen binnen, de volgende twee weken komen er geen nieuwe aanvragen binnen. Wanneer echter veel nieuwe aanvragen binnenkomen, kan de dienst zelden hulp voorzien voor iedereen. De dienst kent in dit geval een systeem van doorverwijzing naar de dienst noodhulp. Deze dienst kan een directe hulpverlening opstarten voor maximaal zes weken. Het is de bedoeling van de dienst noodhulp om mensen in 'nood' verder te helpen. Na deze zes weken zijn er twee mogelijkheden: de hulpverlening stopt want de hulpvraag is niet meer of minimaal aanwezig, de hulpverlening wordt overgedragen naar de reguliere dienstverlening van het thuiszorgcentrum dat verantwoordelijk is voor de desbetreffende regio. Mensen krijgen deze informatie te horen bij de opstart van de hulpverlening.

Ze gaan hierdoor onbewust er vanuit dat ze na zes weken, naadloos de overstap naar de reguliere hulpverlening kunnen maken. Het probleem hierbij is de wachtlijst, waardoor zorgcontinuïteit niet altijd mogelijk is. Dit zorgt voor teleurstelling en frustratie bij de cliënten, uiteraard werkt dit de tevredenheid niet in de hand. In feite is dit niet eerlijk ten opzichte van de cliënt en is het beter om meteen vanaf het begin de wachtlijsten bekend te maken bij het cliënteel.

Een tweede actuele tendens is de steeds toenemende ouderenpopulatie. Zoals aangetoond in het theoretisch gedeelte zullen we steeds langer leven en dus ouder worden. Om tegemoet te komen aan deze toenemende ouderenpopulatie heeft de regering reeds verschillende alternatieven opgezet om zo de opname in een woonzorgcentrum, waar de wachtlijsten grote proporties aannemen, te beperken. Zo zijn er verschillende aanpassingspremies, waarmee ouderen hun huis kunnen aanpassen aan hun noden, om op die manier langer thuis te blijven wonen. In 2001 ontstond er de Vlaamse zorgverzekering. Deze zorgverzekering neemt een deel van de kosten op zich wanneer men hulpbehoevend wordt en krijgt langs deze weg een deel van de niet-medische kosten vergoed. Hiermee kunnen mensen bijvoorbeeld beroep doen op de diensten van de thuiszorg of mantelzorgers. Daarnaast kan men in bepaalde gemeentes in aanmerking komen voor de mantelzorgpremie, deze premie erkent het engagement van de mantelzorger en motiveert om zo lang mogelijk de zorg binnen het eigen netwerk op te vangen, binnen de mate van het mogelijke. Deze maatregelen maken langer thuis wonen aantrekkelijk en haalbaar. Niet te vergeten dat de cliënt hiervoor een netwerk nodig heeft, dat deze taak op zich wil nemen. Het is dus een samengaan van meerdere factoren om deze maatregelen al dan niet te laten slagen. Een tweede fenomeen omtrent dit onderwerp is de langdurige bezetting van de plaatsen binnen de gezinszorg. De meeste cliënten ontvangen reeds meer dan één jaar hulp vanuit deze dienst. Dit betekent tevreden cliënten, maar ook weinig ruimte om open plaatsen te creëren en nieuwe cliënten op te starten. Meer verzorgenden en op die manier de dienst gezinszorg uitbreiden, zou een goed idee kunnen zijn. De vraag naar meer hulp is er voldoende, het aanbod is in mindere mate aanwezig. Uitbreiding betekent investeren in mensen en kapitaal. Hier moeten de nodige middelen voor aanwezig zijn. De optie noodhulp is voorlopig een mooi alternatief om iedereen vooruit te kunnen helpen, hoewel de doorstroming niet altijd vlekkeloos verloopt.

Ten slotte heb ik een (kleine) bemerking aangaande de 24/7 samenleving waarin wij momenteel leven. Steeds meer organisaties werken langer en meer. Men is bereikbaar in de avonduren, op feestdagen en in de weekenden. Uit de bevraging bleek men vooral opmerkingen te hebben over het feit dat men contact met de dienst in de namiddaguren mist.

De vraag of men hulpverlening wenst op zon- en feestdagen werd door een enkeling positief beantwoordt. Toch zie ik in de praktijk dat cliënten vervanging willen, wanneer er een feestdag is. Dit kan ik begrijpen, daar zij hun planning opstellen in functie van de hulpverlening. Wanneer er een dag wordt overgeslagen, kan dit vaak redelijke gevolgen hebben. Dit is vooral zo wanneer cliënten de gezinszorg inschakelen om boodschappen te doen of eten te bereiden. De verzorgende houden hier wel rekening mee als zij weten dat de cliënt het de volgende keer met minder hulpverlening moet doen. Toch blijkt uit praktijk ervaring, dat mensen de geplande feestdagen meestal als een belemmering zien en liefst een extra dag hulp ontvangen. Misschien is het voor Thuishulp vzw niet slecht om dit idee in overweging te nemen voor de toekomst. Momenteel is de vraag beperkt, maar in de toekomst zal deze vraag stijgen, denk ik. Dit omdat vele organisaties de contacturen wijzigen en steeds langer en mee beschikbaar zijn voor hun cliënteel. De mensen raken hieraan gewoon en zullen dit op lange termijn waarschijnlijk ook verwachten vanuit de hulpverlenende organisaties in de non- profit sector.

5 Algemeen besluit

De rode draad doorheen het eindwerk is mijn centrale onderzoeksvraag: “Hoe tevreden zijn de cliënten van thuiszorg De Voorzorg Maaseik over de kwaliteit van de dienst gezinszorg?” In dit algemeen besluit zal ik op deze vraag de grootste en belangrijkste bevindingen nog eens kort aanhalen.

Kwaliteit is een belangrijk element in de hulpverlening. Hierbij is het belangrijk op zowel micro, -macro, en mesoniveau. Niet alleen de cliënt, maar ook de hulpverlenende organisatie en zelfs de ruimere samenleving heeft belang bij een kwalitatieve hulpverlening. Deze kwaliteit beïnvloedt de tevredenheid en beslist of de cliënten al dan niet gebruik zal blijven maken van de hulpverlening. De ondersteuning vanuit de thuiszorg heeft een ontlastende functie voor de cliënt en zijn omgeving. Dit is een van de doelstellingen waarop de thuiszorg zich richt. Zoals het onderzoek uitwijst, werkt de dienst op een correctie manier en werkt de dienst in functie van de vooropgestelde doelstellingen.

Enkele fenomenen staan de ontwikkeling van kwalitatieve hulpverlening in de weg. Dit is bijvoorbeeld zo met de groeiende wachtlijsten. Het aanbod is er, maar wordt overschaduwde door de vraag, waardoor potentiële cliënten soms in de kou blijven staan. Men wordt steeds ouder, waardoor de wachtlijsten alleen maar aandikken. De regering is aandachtig voor dit fenomeen en werkt rond verscheidene alternatieven om mensen toch thuis of in aangepaste woonvormen te laten wonen.

Wat betreft de dienst thuiszorg Maaseik, ligt de algemene tevredenheid hoog. De hulpverlening komt bij het grootste deel van de steekproef tegemoet aan noden en behoeften. De helft van de cliënten zou weer kiezen voor de hulpverlening van dienst thuiszorg Maaseik en dit ook aanbevelen in de eigen omgeving. Enkele werkpunten werden duidelijk, maar deze zijn niet onoplosbaar. De dienst kan hiervan leren en streven naar verbetering. In de toekomst dient er vooral aandacht uit te gaan naar de aanwezigheid van de sectorverantwoordelijke en hiermee samenhangende de bereikbaarheid van de dienst.

We kunnen besluiten dat de gezinszorg van thuiszorg Maaseik kwalitatief sterk aanwezig is binnen het hulpverleningslandschap. Dit dankzij het enthousiasme en de passie van de verzorgenden, alsook het ondersteunende leiderschap van de sectorverantwoordelijke.

6 BIBLIOGRAFIE

MONDELINGE BRONNEN

Drees, K. (11 februari 2015). *Persoonlijke communicatie*, via informeel gesprek.

Drees, K. (13 februari 2015). *Persoonlijke communicatie*, via informeel gesprek.

Drees, K. (4 maart 2015). *Persoonlijke communicatie*, via informeel gesprek.

Drees, K. (24 maart 2015). *Persoonlijke communicatie*, via informeel gesprek.

GESCHREVEN BRONNEN

Baars, J. (2012). *Het nieuwe ouder worden: paradoxen en perspectieven van leven in de tijd*. Amsterdam: SWP.

Cuyvers, G. (2014). *Zorgen voor kwaliteit: handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Lannoo

EFQM. (2010). *Het EFQM excellence model. Behalen en behouden superieure prestaties die aan de verwachtingen van alle belanghebbenden voldoen of overtreffen*. [Brochure]. Brussel, Bbest.

Emmerik, R. (2007). *Kwaliteitsmanagement*. Amsterdam: Pearson Education.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2013). *Gehandicaptenbeleid in België: een overzicht*. [Brochure]. Brussel: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2014). *De inkomensvervangende – en integratietegemoetkoming*. [Brochure]. Brussel: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

Heylen, D., et al. (2013). *Sociaalzekerheidsrecht toegepast*. Antwerpen: Intersentia.

Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Utrecht: SWP.

Moerenhout. (2013). *Beeldvorming over ouderen*. [Brochure]. Brussel: Vlaamse ouderenraad.

Socialistische mutualiteiten. (2014). *Kwaliteitshandboek gezinszorg en aanvullende thuiszorg vzw*. Brussel: stuurgroep kwaliteit.

Teuwissen, S. (2012). *Mantelzorg: wanneer de zorgmantel overbelast geraakt. Onderzoek naar de kenmerken van overbelasting bij mantelzorgers uit de dienst gezinszorg van De Voorzorg*. [Bachelorproef]. Hasselt: Xios Hogeschool Limburg. Opleiding Sociaal-Agogisch Werk.

Thuishulp vzw De Voorzorg. (2014). *Goede afspraken...vlotte samenwerking*. Hasselt, Thuishulp vzw De Voorzorg.

Verhagen, P. (2010). *Kwaliteit met beleid: basisboek voor sociale studies*. Bussum: Coutinho.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. (2010). *Handinfo: Handige informatie voor personen met een handicap*. Brussel: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

INTERNETBRONNEN

Vlaamse zorgverzekering. Geraadpleegd op 19 februari 2015, via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Nieuws/Vlaamse-zorgverzekering/Zorgverzekering-automatisch-voor-mensen-met-gezinszorg/>

Woonzorgdecreet 13 maart 2009. Geraadpleegd op 6 maart 2015, via http://www.zorg-en-gezondheid.be/basisregelgeving_thuiszorg_vzw/

De Voorzorg. (2015). *Verhuur en verkoop materialen*. Geraadpleegd op 9 maart 2015, via <http://www.devoorzorg.be/limburg/zorg-comfort/verhuur-verkoop-materialen/Pages/default.aspx>

Pelfrene, E., & Schokaert, I. (2015). *SVR-projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten, 2015-2030*. Gedownload op 31 maart 2015, via <http://www4dar.vlaanderen.be/sites/svr/Pages/2015-01-29-projecties.aspx>

Wat is de vergrijzing van de bevolking? Geraadpleegd op 8 april 2015, via http://www.socialsecurity.be/CMS/nl/about/displayThema/about/ABOUT_5.xml/

Levensverwachting bij geboorte verdeeld naar geslacht. (2014). Geraadpleegd op 8 april 2015, via <http://www.indicators.be/nl/indicator/levensverwachting?detail=>

De Voorzorg. (2015). *Invaliditeit*. Geraadpleegd op 8 april 2015, via <http://www.devoorzorg.be/limburg/voordelen-advies/terugbetalingen-uitkeringen/uitkeringen/invaliditeit/>

Vlaamse overheid. (2014). *Levensverwachting in jaren op verschillende leeftijden*. Geraadpleegd op 10 april 2015, via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Algemene-sterftecijfers/Levensverwachting/>

Vigez. (2012). *Gezond ouder worden*. Geraadpleegd op 14 april 2015, via http://www.vigez.be/gezond_ouder_worden/beleid/europees_niveau/ey_2012_het_europees_jaar_van_actief_ouder_worden_en_solidariteit_tussen_de_generaties.html

BTSG. (2015). *Activiteitentheorie*. Geraadpleegd op 16 april 2015, via

<http://www.btsg.nl/infobulletin/activiteitentheorie.html>

Weeghmans, I., & Meerbergen, E. (15 april 2015). Samen voor dialoog in de zorg: wet patiëntrechten heeft bijsturing nodig. *Sociaal.net*. Geraadpleegd op 16 april 2015, via

<http://sociaal.net/analyse-xl/samen-voor-dialoog-in-de-zorg/>

PPG. (z.d.). Geraadpleegd op 21 april 2015, via

<http://www.ppg.be/Actueel/Adminstandpunten/Kwaliteitsdecreet/tabid/3906/Default.aspx>

Agentschap zorg en gezondheid. (2014). *Kwaliteitszorg in de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg*. Geraadpleegd op 21 april 2015, via http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=23751&terms=kwaliteitsdecreet+2003

http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=23751&terms=kwaliteitsdecreet+2003

Suggnomè. (2013). *Herstelrecht en tevredenheid*. Geraadpleegd op 24 april 2015, via

http://www.suggnome.be/pdf/onderzoek/fs_tevredenheid.pdf

Cox, J. (2010). *Wat is dat nu eigenlijk, klanttevredenheid?* Geraadpleegd op 24 april 2015,

via <http://www.tevredenheidsonderzoek.org/2010/10/28/wat-is-klanttevredenheid/>

Beco. (2008). *Klanttevredenheid*. Geraadpleegd op 27 april 2015, via

<http://beco.nl/index.aspx?id=235>

SB Marketing. (z.d.). *Wat is klanttevredenheid?* Geraadpleegd op 27 april 2015, via

<http://klanttevredenheid.be/index.php?page=3>

Cox, N., & Van der Vorst, L. (30 april 2015). Kwaliteit van hulpverlening: legitimatieclash van het sociaal werk. *Sociaal.net*. Geraadpleegd op 30 april 2015, via

<http://sociaal.net/analyse-xl/kwaliteit-van-hulpverlening/>

Mouton, A. (7 oktober 2014). Pensioenhervorming : België schuift op richting buurlanden.

Knack. Geraadpleegd op 30 april 2015, via

<http://trends.knack.be/economie/beleid/pensioenhervorming-belgie-schuift-op-richting-buurlanden/article-normal-434889.html>