

BIJLAGEN

BEL- score

BEL-FOTO zorgbehoevende

naam van de zorgbehoevende :

duur verminderd zelfzorgvermogen (tussen 0 en 36 maanden): maanden

datum indicatiestelling :


A. Huishoudelijke ADL (algemeen dagelijks leven)				Tussensomscore	
• onderhoud	0	1	2	3	
• was	0	1	2	3	
• strijk	0	1	2	3	
• boodschappen	0	1	2	3	
• maaltijden bereiden	0	1	2	3	
• organisatie huishoudelijk werk	0	1	2	3	
B. Lichamelijke ADL				Tussensomscore	
• wassen	0	1	2	3	
• kleden	0	1	2	3	
• verplaatsen	0	1	2	3	
• toiletbezoek	0	1	2	3	
• incontinentie	0	1	2	3	
• eten	0	1	2	3	
C. Sociale ADL				Tussensomscore	
• sociaal verlies	0	1	2	3	
• trouw aan therapie & gezondheidsregels	0	1	2	3	
• veiligheid in en om het huis	0	1	2	3	
• administratie	0	1	2	3	
• financiële verrichtingen	0	1	2	3	
+ indien gezin					
• hygiënische verzorging kinderen	0	1	2	3	
• opvang kinderen	0	1	2	3	
Subtotaal :					

D. Geestelijke gezondheid				Tussensomscore	
• desoriëntatie in tijd	0	1	2	3	
• desoriëntatie in ruimte	0	1	2	3	
• desoriëntatie in personen	0	1	2	3	
• niet-doelgericht gedrag	0	1	2	3	
• storend gedrag	0	1	2	3	
• initiatiefloos gedrag	0	1	2	3	
• neerslachtige stemming	0	1	2	3	
• angstige stemming	0	1	2	3	

Totale profielscore

Handtekening scorende

Beheer van het kwaliteitshandboek

Kwaliteitshandboek 	2. Strategie	
	2.4. Beheer van het kwaliteitshandboek	
Opgesteld door: stuurgroep kwaliteit Beoordeeld door: diensthoofdenvergadering	Goedgekeurd door: Directie Eerstelij	Datum goedkeuring: Datum toepassing:

Definitie / Regelgeving

Regelgeving

§ 1. Om de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening te garanderen en te bestendigen beantwoordt de voorziening of de vereniging aan de bepalingen van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

Zolang echter de lijst, vermeld in artikel 6, § 2, van dat decreet, niet is opgesteld en uiterlijk tot 31 december 2013, leeft, in afwijking van het eerste lid, de voorziening of de vereniging de bepalingen van § 2 en van artikel 7 na.

§ 2. De voorziening of de vereniging maakt een kwaliteitshandboek op. Dat handboek bevat minstens een inleiding, een weergave van het door de voorziening of de vereniging gevoerde kwaliteitsbeleid en een weergave van het kwaliteitssysteem.

Het kwaliteitshandboek, vermeld in het eerste lid, bevat ook een beschrijving van de zelfevaluatie die de voorziening of de vereniging uitvoert. Die zelfevaluatie bevat minstens een periodieke evaluatie van :

- 1° de werking van de voorziening of de vereniging;
- 2° de doelstellingen.

Bij elk van de evaluaties worden de vijf stappen doorlopen die omschreven worden in artikel 5, § 3, tweede lid, van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, telkens gedurende een periode van twee jaar.

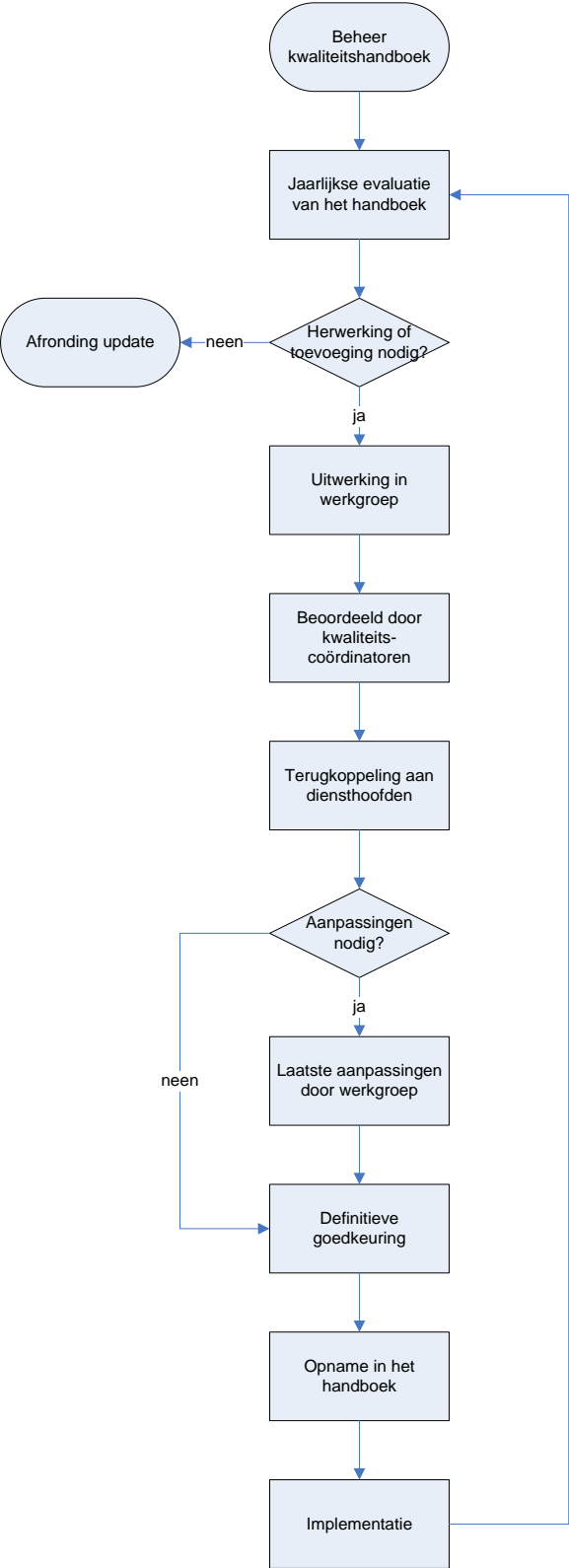
De minister bepaalt de minimale vereisten waaraan het kwaliteitshandboek en het

kwaliteitssysteem moeten voldoen. De minister kan minimale kwaliteitseisen bepalen.
(woonzorgdecreet, afd.III, art. 6.

Doelstelling

In het kwaliteitshandboek zijn de processen terug te vinden die voor onze organisatie belangrijk zijn. We streven er naar een gebruiksvriendelijke en duidelijke beschrijving van de organisatie en zijn werking in alle aspecten te beschrijven. Om dit te bereiken hebben we gekozen om het handboek in te delen volgens het EFQM-model, het managementmodel dat model staat voor ons kwaliteitsbeleid doorheen de organisatie.

Flowchart



Verklaring Flowchart

Evaluatie van het handboek	
Jaarlijkse evaluatie	De stuurgroep kwaliteit eerstelijns beheert het kwaliteitshandboek. Jaarlijks wordt het handboek nagekeken op zijn actualiteit en indien nodig aangepast. Op die manier wordt ervoor gezorgd dat er steeds een up to date handboek ter beschikking van onze medewerkers staat.
Herwerking of toevoeging nieuwe procedure	
Uitwerking in ad hoc werkgroep	Nieuwe procedures en bijstellingen van bestaande procedures worden uitgewerkt in een ad hoc werkgroep. In deze werkgroep zetelen een mix van kwaliteitscoördinatoren en coördinatoren en sectorverantwoordelijken.
Beoordeling door de stuurgroep kwaliteit	Na de uitwerking van de procedures worden ze bekeken door de stuurgroep kwaliteit die vooral nakijkt op vormvereisten en indien nodig enkele bijstellingen doet.
Terugkoppeling naar de diensthoofden	Na behandeling op de stuurgroep kwaliteit worden de procedures teruggekoppeld op de diensthoofdenvergadering.
Aanpassingen	Na de DH-vergadering worden de laatste aanpassingen aangebracht door de nationale kwaliteitscoördinator.
Definitieve goedkeuring	De definitieve goedkeuring wordt gegeven op de volgende DH-vergadering en op de Directie Eerstelijnsvergadering.
Opname in het handboek	
Publicatie op het dashboard	De nationale kwaliteitscoördinator plaatst de gewijzigde of nieuwe procedure op het dashboard. De medewerkers hebben toegang tot het dashboard waar ze het integrale kwaliteitshandboek kunnen raadplegen.
Implementatie	Na invoering van de nieuwe procedure wordt

	<p>deze opgenomen in de dagelijkse werking van onze medewerkers.</p> <p>De communicatie hierrond gebeurt via de gebruikelijke communicatiekanalen.</p>
Evaluatie	<p>Elk jaar wordt het volledige handboek geëvalueerd op zijn bruikbaarheid en juistheid. Naar aanleiding van problemen, klachten, opmerkingen,... kan de stuurgroep kwaliteit doorheen het jaar de herwerking van een procedure op de agenda plaatsen.</p>

Wie neemt welke verantwoordelijkheid?

Nr	Wie?	Wat?
1	Ad hoc werkgroep	<ul style="list-style-type: none">• Uitwerken van procedures• Herwerking van procedures
2	Stuurgroep kwaliteit eerstelij	<ul style="list-style-type: none">• Dagelijks beheer van het kwaliteitshandboek• Evaluatie van het kwaliteitshandboek• Bijsturen van de uitgewerkte procedures• Beoordelen van de uitgewerkte procedures
3	Diensthouders	<ul style="list-style-type: none">• Beoordelen van de herwerkte en nieuwe procedures• Goedkeuren van de procedures
4	Directie	<ul style="list-style-type: none">• Definitief goedkeuren van de procedures
5	Medewerkers	<ul style="list-style-type: none">• Implementatie van de procedures• Dagelijks gebruik van het kwaliteitshandboek

Klachtenformulier

**REGISTRATIEFORMULIER
SUGGESTIES EN KLACHTEN**



Thuishulp vzw

Regio:

DNR:

DATUM:

NAAM:

ONTVANGEN DOOR:

ADRES:

BEHANDELD DOOR:

TEL:

OMSCHRIJVING:

BEHANDELING:

AFGEHANDELD DOOR:

DATUM AFHANDELING:

Klachtenprocedure De Voorzorg

Algemene klachtenprocedure

Ons ziekenfonds streeft naar een optimale dienstverlening. Desondanks kan er altijd iets mislopen. Je klacht is dan ook belangrijk voor ons, we kunnen er uit leren en soortgelijke klachten voorkomen. Zo verbeteren we onze dienstverlening continu.

Waarover kan ik een klacht indienen?

Je kan een klacht indienen over een handeling of prestatie die door ons ziekenfonds verricht, of juist niet verricht is. Onze klachtbemiddelaar neemt deze klachten ter harte.

Voorbeelden van klachten:

- Je vindt dat in je dossier de regels niet juist zijn toegepast bij de aanvraag van een tussenkomst.
- Je denkt dat het ziekenfonds een te laag bedrag heeft gestort op je rekening.
- Je hebt al een aantal keer gebeld over de terugbetaling van een aanvullend voordeel, maar wordt altijd doorgeschakeld en weet uiteindelijk niets meer.

De klachtenbemiddelaar behandelt geen anonieme klachten of klachten die niets met ons ziekenfonds of onze dienstverlening te maken heeft.

Elke klacht wordt anoniem en kosteloos behandeld

Je klacht wordt beheerd door een klachtenbemiddelaar. De klachtenbemiddelaar is onpartijdig en respecteert het beroepsgeheim. Het onderzoek verloopt in alle onafhankelijkheid en objectiviteit. We streven naar praktische, haalbare en billijke oplossingen. Elke klacht wordt geregistreerd en krijgt een uniek dossiernummer. Hou dit nummer bij de hand als je ons contacteert in verband met de klacht. Klachtenbemiddeling is volledig kosteloos

Klachtenprocedure

1. De klachtenprocedure telt een zevental stappen:
2. Ontvangst van je klacht.
3. Registratie van je klacht. Je krijgt een ontvangstmelding binnen de drie dagen.
4. Bepaling ontvankelijkheid. Indien je klacht niet behandeld kan worden, krijg je een schriftelijk en gemotiveerd antwoord.
5. Analyse en onderzoek van je klacht. Je krijgt om de drie weken een brief met de status van het onderzoek.
6. Evaluatie en formuleren besluiten.
7. Je krijgt een gemotiveerd antwoord en eventueel advies.

8. Afsluiten van je dossier

Tevredenheidsmeting



Maaseik,

1 april 2015

Geachte Heer / Mevrouw,

Mijn naam is Patricia Massij, derdejaars studente maatschappelijk werk aan hogeschool PXL. Momenteel loop ik stage bij Kevin Drees, binnen de dienst thuiszorg Maaseik.

In het kader van mijn opleiding, werk ik gedurende mijn stage aan een eindwerk. Hierin bespreek ik de werking van dienst en werk ik rond de kwaliteit van de gezinszorg, welke thuiszorg Maaseik aanbiedt. De bedoeling is dat ik een analyse kan maken over de dienst en een beeld krijg over uw tevredenheid. Daarom wil ik u enkele vragen stellen over de dienst gezinszorg.

U zou mij enorm helpen met het invullen van deze vragenlijst. Het invullen duurt ongeveer tien minuutjes. Hoe meer mensen de vragenlijst invullen, hoe beter het beeld over de klanttevredenheid en hoe gericht de dienst kan werken aan de kwaliteit.

De vragenlijst is opgebouwd uit verschillende onderdelen. De vragen hebben telkens een aantal antwoordmogelijkheden. Gelieve telkens 1 antwoord aan te duiden, tenzij anders vermeld. Op het laatste blad, kunt u nog enkele tips of suggesties achter laten.

De ingevulde vragenlijst kunt u meegeven aan de dames van de gezinszorg. Zij zullen dit dan aan mij terug bezorgen. De resultaten zullen anoniem behandeld worden. Graag wil ik u vragen om de vragenlijst voor **woensdag 15 april 2015** terug te bezorgen aan uw verzorgende.

Indien u hulp wenst met het invullen van de vragenlijst, kan u dit vragen aan de dames van de gezinszorg. U mag mij ook altijd contacteren via het gebruikelijke nummer 089/56 68 91.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Patricia Massij

Algemene gegevens

1. Uw geslacht

- Man
- Vrouw

2. Uw leeftijd

- 21 – 30 jaar
- 31 – 40 jaar
- 41 – 50 jaar
- 51 – 60 jaar
- 61 – 70 jaar
- 71 – 80 jaar
- 80+

3. Welke problemen leiden tot de zorgvraag?

- Ouderdom
- Gezondheidsproblemen
- Psychische problemen
- Handicap (Lichamelijk/geestelijk)
- Ongeval
- Andere, namelijk:

4. Welke zorgtaken worden er voornamelijk uitgevoerd?

- Lichamelijke verzorging (hulp bij wassen, aankleden, etc.)
- Huishoudelijke taken (boodschappen doen, koken, was en strijk, etc.)
- Administratieve taken

5. Hoe vaak krijgt u hulp?

- Dagelijks
- 1x/week
- Meer dan 1x/ week

6. Hoe lang maakt u al gebruik van de dienst?

- Minder dan 1 jaar
- 1 tot 2 jaar
- 3 tot 4 jaar

- 5 jaar en langer

7. Hoe bent u bij de dienst terecht gekomen?

- Ik was reeds bekend met de dienst
- Via een medewerker van De Voorzorg
- Via iemand uit mijn eigen omgeving
- Via publicaties (internet, brochures, artikel, ...)

8. Hoelang moest u wachten tot de hulp van start kon gaan?

- Enkele dagen
- Enkele weken
- Enkele maanden

9. Wat vond u van deze wachttijd?

- Het duurde veel te lang
- Het duurde lang, maar dit gaf geen problemen
- De wachttijd was beperkt

10. Heeft u reeds thuiszorg ontvangen vanuit een andere dienst? Zo ja, welke?

- Nee
- Ja, namelijk:

11. Hoe verhoudt onze dienst zich ten opzichte van de vorige thuishulpdienst?

(Indien u vraag 10 met 'nee' beantwoord heeft, gelieve dan naar deel 2 'Zorgverlening' te gaan.)

- Veel beter
- Iets beter
- Vergelijkbaar
- Iets slechter
- Veel slechter

Zorgverlening

1. Komt de zorgverlening tegemoet aan uw noden en behoeften?

- Altijd
- Meestal

- Soms
- Zelden
- Nooit

2. Was het duidelijk wat u kon verwachten van de dienst?

- Het was duidelijk
- Het was niet helemaal duidelijk
- Het was onduidelijk

3. Komen deze verwachtingen overeen met de hulp die u ontvangt?

- De zorgverlening is beter dan verwacht
- De zorgverlening is zoals verwacht
- De zorgverlening is slechter dan verwacht

4. Welke **3 aspecten** vind u zeer belangrijk voor een zorgverlening? (Maximum 3 antwoorden)

- Professionaliteit
- Vertrouwelijkheid
- Veiligheid
- Continuïteit (De hulp wordt constant geboden, ook bij afwezigheid van de vaste verzorgende)
- Motivatie (De verzorgende motiveert u tot zelfzorg)
- Betaalbaarheid
- Anders, namelijk:

5. Voldoet de gezinszorg aan de door u gekozen aspecten van vraag 4?

- Ja
- Soms wel, soms niet
- Nee, sommige aspecten ontbreken, zoals:

6. Zijn er bepaalde taken die u zou willen toevoegen aan het takenpakket van de verzorgenden?

- Ja, namelijk.....
- Nee

7. Bent u tevreden over de tijdstippen van de zorgverlening?

(De ochtenduren lopen van 8u30 – 12u30, de namiddaguren van 12u30- 16u30)

- Ik ben tevreden over de uurregeling
- Ik zou de hulp vroeger willen ontvangen, namelijk van tot
- Ik zou de hulp later willen ontvangen, namelijk van tot
- Ik zou de hulp ook graag in de weekenden/ feestdagen ontvangen

8. Welke stellingen zijn voor u van toepassing? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Mijn omgeving en ikzelf zijn gerustgesteld door de komst van de zorgverlening.
- Door de zorgverlening, word ik ontlast.
- Ik kijk uit naar de komst van mijn verzorgende.
- Ik zou de zorgverlening niet meer kunnen missen.
- Als ik opnieuw moest kiezen, zou ik weer kiezen voor de zorgverlening van deze dienst.
- Ik zou deze zorgverlening aanbevelen aan vrienden en/of familie.

De verzorgenden

1. Mijn verzorgende houdt rekening met mijn wil.

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

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

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

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

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

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

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

Administratie en contact

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

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

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

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

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

- Ik ben tevreden over de uurregeling.
- De kantooruren zouden veranderd mogen worden, namelijk van tot

4. Indien er problemen zijn, word ik op tijd op de hoogte gesteld.

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden

5. Had u op een redelijke termijn vervanging bij afwezigheid van uw verzorgende?

- Dit is nog niet voorgekomen
- Dit is al voorgekomen, ik had toen vervanging
- Dit is al voorgekomen, ik had toen vervanging na een bepaalde wachttijd
- Dit is al voorgekomen, ik had toen geen vervanging

6. Ik weet dat ik met eventuele klachten, gebruik kan maken van het klachtenformulier

- .
- Ja
- Nee

7. Ik ben tevreden over de bijdrage die ik moet betalen.

- Akkoord
- Niet akkoord, want:

8. Hoe tevreden bent u in het algemeen over de dienstverlening van thuiszorg De Voorzorg Maaseik?

- Ik ben niet tevreden
- Ik ben redelijk tevreden
- Ik ben meestal tevreden
- Ik ben heel tevreden

Toelichting:

.....
.....

Heeft u nog opmerkingen of suggesties?

.....
.....
.....
.....
.....

Ik wil u graag hartelijk danken voor uw medewerking!
Patricia Massij, 3^e- jaars studente maatschappelijk werk.

Artikels

Artikel 1: Samen voor dialoog in de zorg.

Samen voor dialoog in de zorg - Wet patiëntenrechten heeft bijsturing nodig

(Weeghmans,I., & Meerbergen, E, 15 april 2015)

Zaterdag 18 april is het Dag van de Patiëntenrechten. Hoog tijd om stil te staan bij de wet patiëntenrechten. Hoe is de wet er gekomen? Leidt ze tot een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener? Welke rechten hebben patiënten? De wet moet ook bijgestuurd worden. Hoe kunnen we het klachtrecht laagdrempelig organiseren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg? Kan de wet uitgebreid worden naar andere zorgverleners?

Nood aan een wet

Sinds een tiental jaren merken we dat de zorgrelatie tussen patiënten en zorgverleners sterk evolueert. Patiënten worden mondiger, gaan in dialoog met hun zorgverlener, zoeken zelf informatie op het internet en brengen deze mee naar de consultatie.

De patiënt vraagt meer en meer inspraak en krijgt deze ook van de zorgverlener. Patiënten beseffen dat ze keuzes kunnen maken in de behandeling die ze willen. Het is niet meer de zorgverlener die hen oplegt welke behandeling ze moeten volgen. Patiënten gaan samen met de zorgverlener op zoek naar de beste behandeling, rekening houdend met risico's en nevenwerkingen.

Ook nieuw is dat patiënten steeds meer andere patiënten opzoeken om ervaringen uit te wisselen. Patiëntenverenigingen zorgen dat patiënten zich gehoord voelen. Dat mensen kunnen praten over wat de impact van hun ziekte is op hun dagelijks leven. De combinatie van patiëntenervaringen met de klinische kennis van de zorgverlener geeft de patiënt een volledig beeld van zijn aandoening.

Het zijn evoluties die een verankering van patiëntenrechten in één wet noodzakelijk maakten. Patiënten willen in dialoog gaan met hun zorgverlener maar om op een gelijkwaardige manier te overleggen, moeten ze over dezelfde informatie beschikken. Dat was niet altijd het geval.

Uitgangspunt

Tot 2002 bestond in België geen specifieke wet waarin de rechten van de patiënt waren vastgelegd. Dat betekende niet dat patiënten helemaal geen rechten hadden. Die waren echter niet duidelijk en overzichtelijk geformuleerd. Ze werden afgeleid uit rechtsbeginselen, bepalingen van de grondwet of het strafrecht.

Op 22 augustus 2002 keurde het federaal parlement, op voorstel van toenmalig minister van Volksgezondheid Magda Aelvoet, de wet op de patiëntenrechten goed. De wet is helder en overzichtelijk geformuleerd. De wet legt vast waaraan een beoefenaar van een gezondheidsberoep zich moet houden en waarop een patiënt kan rekenen. Onder beroepsbeoefenaars verstaat men iedere persoon die valt onder het Koninklijk Besluit 78 betreffende de uitvoering van gezondheidsberoepen. Concreet gaat het over artsen,

verpleegkundigen, vroedvrouwen, kinesisten, ambulanciers en andere paramedische beroepen. De wet zorgt tot op vandaag voor een duidelijke relatie tussen patiënt en zorgverlener.

Geen rechtenlogica

Voor de stemming van de wet vreesden tegenstanders dat de gezondheidszorg hierdoor zou juridiseren. Zorgverleners zouden zich juridisch 'indekken' tegen patiënten, patiënten zouden met hun advocaat onder de arm naar het ziekenhuis komen.

Het Vlaams Patiëntenplatform heeft de wet op de rechten van de patiënt nooit als een rechtenlogica ingevuld. De wet was vooral een instrument om de dialoog tussen zorgverleners en patiënt aan te gaan, voldoende te informeren en om de informatieasymmetrie tussen zorgverlener en patiënt te verkleinen. De memorie van toelichting van de wet was heel duidelijk. De wet is een hefboom voor een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en patiënt.

Patiënt als partner

Sinds 2002 heb je als patiënt dus wel wat rechten. Je hebt recht op goede, zorgvuldige en kwaliteitsvolle dienstverlening. De zorgverstrekker moet je morele, culturele en religieuze waarden respecteren. Als patiënt heb je het recht om zelf een zorgverstrekker te kiezen. Je mag die keuze op elk moment herzien. Het recht op vrije keuze is echter niet absoluut want in een aantal situaties wordt het door de wet beperkt, onder meer bij arbeidsgeneeskunde of een gedwongen opname. Je hebt altijd het recht om een tweede advies te vragen over je gezondheid.

Als patiënt heb je recht op alle informatie die je een beter inzicht geeft in je gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan. De beroepsbeoefenaar moet je zo goed mogelijk inlichten over de diagnose, behandeling, geneesmiddelen, kostprijs, alternatieven... Je hebt recht op informatie in een duidelijke taal. Als je aangeeft dat je niet geïnformeerd wilt worden, moet je arts die vraag respecteren. De beroepsbeoefenaar kan wel beslissen om bepaalde informatie niet te geven wanneer dit je gezondheid ernstig kan schaden. Elke patiënt heeft er recht op dat de beroepsbeoefenaar aandacht heeft voor pijn, dat hij pijn voorkomt, de pijn evalueert, behandelt en verzacht.

Recent is de wetgeving aangepast en heb je als patiënt ook het recht om geïnformeerd te worden over de verzekeringsstatus van de beroepsbeoefenaar.

Privacy

Elke patiënt heeft recht op een zorgvuldig bewaard patiëntendossier. Inzage en een afschrift moet je aanvragen. In het patiëntendossier zitten alle documenten die te maken hebben met de professionele relatie tussen de beroepsbeoefenaar en patiënt. Naast identiteit bevat het dossier alle medische informatie, de resultaten van onderzoeken, gegevens die je aanbrengt tijdens een consultatie, de notities van de beroepsbeoefenaar...

Bij elke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar heb je recht op bescherming van je persoonlijke levenssfeer. Zo mogen er bij je behandeling enkel mensen aanwezig zijn die er om professionele redenen bij horen. Voor alle anderen moet men je toestemming vragen.

De wet bepaalt dat wanneer patiëntenrechten niet worden nageleefd, je klacht kan indienen bij de ombudsdienst. De ombudspersoon zoekt samen naar een oplossing. Afhankelijk van de persoon of dienst waarover je een klacht hebt, kan je terecht bij verschillende instanties of personen. De ombudspersoon kan enkel bemiddelen, hij kan de zorgverlener geen straf of boete opleggen.

Vertrouwenspersoon

In de wet patiëntenrechten is er ook sprake van een vertrouwenspersoon en een vertegenwoordiger. De vertrouwenspersoon is iemand die je kan bijstaan bij het uitoefenen van je rechten als patiënt. Hij neemt geen beslissingen in jouw plaats. Een vertegenwoordiger kan wel in je plaats beslissingen nemen als je dit nog niet kan (minderjarig) of niet meer kan (wilsonbekwaam). Een vertegenwoordiger kan nooit ingaan tegen de uitdrukkelijke wilsverklaring van de patiënt. Een vertegenwoordiger moet je formeel aanduiden. Familieleden, een goede vriend of een buur kunnen als vertegenwoordiger aangeduid worden. Zonder vooraf aangeduide vertegenwoordiger treedt een cascadesysteem in werking waarbij familieleden de vertegenwoordiger worden.

Wilsonbekwaam

Voor mensen die wilsonbekwaam zijn, trad op 1 juni 2014 een wet in werking die een nieuw beschermingsstatuut in het leven roept voor de persoon en zijn goederen. Wanneer je als persoon niet meer in staat bent om zelf het beheer van je inkomen en goederen te regelen door coma, psychische problemen of dementie, dan kan de vrederechter een bewindvoerder aanduiden. In de nieuwe wetgeving kan de vrederechter ook een bewindvoerder aanstellen voor de persoon zelf, en niet enkel voor het beheer van zijn goederen.

Wanneer de bewindvoerder door de vrederechter wordt aangesteld, betekent dit dat hij ook de patiëntenrechten van deze persoon kan uitoefenen. De rechter kan vrij kiezen wie de patiëntenrechten uitoefent. De kans bestaat dat dit een persoon is die de patiënt niet persoonlijk kent.

Deze nieuwe wet bepaalt dat de aangestelde bewindvoerder over de persoon de patiëntenrechten kan uitoefenen wanneer er vooraf geen vertegenwoordiger is aangeduid. Enkel wanneer er geen bewindvoerder over de persoon is, treedt het cascadesysteem in werking waarbij familieleden optreden als vertegenwoordiger. Schematisch wordt dit dan eerst de vooraf door de patiënt aangeduide vertegenwoordiger, dan de bewindvoerder, de samenwonende echtgenoot of wettelijk/feitelijk samenwonende partner, meerderjarig kind, de ouder, de meerderjarige broer of zus en beroepsbeoefenaar.

Knelpunten

Hoewel de wet patiëntenrechten al dertien jaar bestaat, werd deze nog nooit officieel geëvalueerd. Er zijn een aantal wijzigingen geweest, op basis van adviezen van de federale

commissie 'Rechten van de patiënt', maar nooit is onderzocht of patiënten nu daadwerkelijk hun dossier mogen inkijken, of ze voldoende informatie krijgen van hun zorgverlener.

Ervaringen van patiënten wijzen alvast op een aantal knelpunten. De wet patiëntenrechten geldt niet voor alle beroepsgroepen waarmee de patiënt in contact komt. Zo is er bijvoorbeeld geen klachtenbemiddeling mogelijk voor bepaalde zorg- of hulpverleners in een woonzorgcentrum. Een verzorgende valt niet onder de wet patiëntenrechten terwijl verpleegkundigen er wel onder vallen. Ook andere beroepsgroepen zoals psychotherapeuten en maatschappelijk werkers vallen niet onder de wet. Patiënten komen wel met al deze zorgverleners in contact en het is voor hen dan ook niet meer duidelijk wie wel of niet onder de wet valt. Dit zorgt voor veel verwarring.

Geen laagdrempelig klachtrecht

Een tweede knelpunt is dat patiënten met klachten over zorgverleners die niet gebonden zijn aan een ziekenhuis of zorginstelling van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg, denk aan huisartsen, apothekers of thuisverpleegkundigen enkel terecht kunnen bij de federale ombudsdienst in Brussel. Patiënten willen hun vragen of klachten graag in een persoonlijk gesprek toelichten omdat het vaak over gevoelige informatie gaat. Het is dan niet altijd evident om zich te verplaatsen naar Brussel. Voor hen is er geen laagdrempelig klachtrecht.

Tenslotte zijn er knelpunten rond de werking van de ombudsdiensten. Algemene ziekenhuizen hebben een eigen ombudsdienst, psychiatrische ziekenhuizen kunnen kiezen tussen een externe of interne ombudspersoon. In de praktijk blijkt dat er te weinig afstemming en overleg is tussen de ombudspersonen. Ombudspersonen worden niet altijd vervangen bij afwezigheid, er bestaat geen structureel overleg, de financiering in de geestelijke gezondheidszorg is onvoldoende...

Ombudspersonen die elkaar ontmoeten, ervaringen uitwisselen en raad kunnen vragen. Het zou al een groot pluspunt zijn. Ook moet de continuïteit van de klachtenbemiddeling gewaarborgd worden.

Kwaliteitsbeleid

Klachtrecht wordt nog steeds gezien als een negatief aspect van de zorg. Het leidt echter net tot een betere kwaliteit van de zorg. Zorgverleners kunnen leren uit de vragen en klachten van patiënten. Patiënten die dagelijks betrokken zijn in de zorg kunnen beoordelen wat er beter kan. Om de klachten en vragen van patiënten effectief te laten bijdragen tot een betere kwaliteit van de zorg, moeten we met z'n allen investeren in adequate kanalen die de signalen van de patiënten omzetten en vertalen in beleid.

Het klachtrecht heeft dus niet alleen de finaliteit om de rechtspositie van de patiënt te waarborgen maar kan evenzeer vorm geven aan de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Eerstelijnsgezondheidszorg

De zesde staatshervorming heeft tot gevolg dat de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen in de nabije toekomst anders wordt georganiseerd. Lokale multidisciplinaire netwerken, samenwerkingsverbanden eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsenkringen moeten hun werkingsgebied meer op elkaar afstemmen. De toekomst is één efficiënt multidisciplinair overleg per zorgregio.

Voor het Vlaams Patiëntenplatform is dit de geschikte gelegenheid om na te denken over hoe het klachtrecht en bemiddeling een plaats kunnen krijgen in nieuwe structuren rond de eerstelijnszorg. Patiënten moeten zich tot één instantie of contactpunt kunnen wenden wanneer zij vragen of klachten hebben over zorg- en hulpverleners. Los van de instantie die deze persoon tewerkstelt, ongeacht of het gaat over patiëntenrechten of andere aspecten van de kwaliteit van de zorg. Er is nood aan een laagdrempelig klachtrecht naar analogie van het Nederlandse Zorgbelang.

Zo'n contactpunt kan bemand worden door een pool van ombudspersonen die ervaringen uitwisselen, de permanentie van de dienst waarborgen, vorming krijgen. De gebundelde vragen en klachten kunnen leiden tot beleidsaanbevelingen voor een meer kwaliteitsvolle eerstelijnszorg.

Artikel 2: Kwaliteit van hulpverlening

Kwaliteit van hulpverlening : Legitimatie-clash van het sociaal werk.

(Cox, N., & Van der Vorst, L., 30 april 2015)

Juni 2011: in Kortrijk zet Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW) Stimulans het laatste punt in haar beleidsplan. Het kostte veel uren en mankracht om te tellen, te turven en de talrijke levensverhalen te plooiën naar de lijnen van een strak opgelegd sjabloon. Want waar hulpverlening eens een ondoorzichtige doos was, staat nu transparantie centraal. Rapportering en evaluatie moeten zich richten naar strakke lijnen van efficiëntie en kwaliteitszorg. Het zet de vrije beslissingsruimte van de sociaal werker onder druk. Wie wordt daar beter van?

Onderzoek brengt raad

Als geforceerde begrippen en instrumenten niet in staat zijn om een impressie te geven van een veelkleurige, complexe en genuanceerde realiteit, dan moeten we op zoek naar alternatieven. Onderzoekers luisterden naar gebruikers, sociaal werkers en beleidsactoren. Hoe kijken zij naar kwaliteit van hulpverlening?

Vandaag is niet meer zo duidelijk wat goede hulpverlening is. Moeten we strikt de procedures en regels te volgen om 'goed te werken' of moeten we blijven handelen vanuit de eigen ervaring en expertise? En wanneer we het over kwaliteit van hulpverlening hebben, wordt dan in eerste instantie gedacht aan wat er gebeurt op de werkvloer, tijdens het direct contact met de cliënt? Dit primaire proces verloopt niet in een sociaal vacuüm maar wordt beïnvloed door de organisatie en de maatschappelijke context waarin het hulpverleningsproces plaatsvindt. Hoe beïnvloeden deze contexten dan het primaire proces? Dat zijn geen simpele vragen en dus zette men ons, onderzoekers, in Kortrijk aan het werk rond de vraag 'wat we onder kwaliteit moeten verstaan'.

In onze zoektocht kozen we als uitgangspunt voor een constructivistische benadering van hulpverlening. Deze benadering wil een antwoord bieden op de onzekerheid waarmee de hulpverlening vandaag kampt. In het welzijnswerk domineert het modernistische idee dat de praktijk moet werken met meetbare, beschrijfbaar en herhaalbare technieken, ontleend aan wetenschappelijk onderzoek en objectieve kennis. Maar deze rationeel-technische benadering stemt niet overeen met de dagelijkse praktijk van hulpverleners. Constructivistisch onderzoek wil nagaan hoe de ervaren realiteit betekenis krijgt in en door interacties tussen mensen. De constructivistische benadering geeft deze elementen een centrale plaats in de hulpverlening. Spreken en taal geven niet zozeer een stand van zaken of een externe werkelijkheid weer, maar creëren de werkelijkheid en zetten aan tot verandering.

Cliënt, hulpverlener en beleid

Vanuit deze visie reconstrueren we de kwaliteit van hulpverlening door de perceptie van cliënt, hulpverlener en beleid centraal te stellen. In een eerste deel werden interviews afgenomen bij achttien cliënten, dertien hulpverleners en negen beleidsactoren van OCMW

Kortrijk, CAW Zuid-West-Vlaanderen en Straathoekwerk Kortrijk. We zorgden voor voldoende diversiteit in geslacht, leeftijd en anciënniteit.

De analyse van de interviews geeft een beeld van de randvoorwaarden waarbinnen goede hulpverlening zich kan ontwikkelen. Deze randvoorwaarden situeren zich op niveau van de individuele hulpverleningsrelatie, het organisatiebeleid en de ruimere maatschappelijke omgeving. We legden de onderzoeksresultaten ook voor aan een aantal referentiepersonen uit het werkveld, beleid, sociaal-agogisch onderwijs en de onderzoekswereld. Hun kritische reflecties werden verwerkt. Dat mondde uit in talrijke 'aangrijpingspunten' om beleid te voeren die de kwaliteit van hulpverlening ondersteunt.

Het moet klikken

Het onderzoek bevestigt een belangrijk inzicht. Over de juiste attitudes beschikken, blijft de basis van een kwaliteitsvolle hulpverlening. Kennis en vaardigheden zijn belangrijk, maar de respondenten leggen duidelijk de nadruk op zogenaamde 'common factors' zoals betrokkenheid, echtheid, respect en vertrouwen. Het gevoel dat iemand echt wil helpen en respect toont, is belangrijker voor de ervaren kwaliteit dan de duur van de hulpverlening, het uiteindelijke resultaat of het effect ervan. Elke geïnterviewde cliënt stelt geslaagde hulpverlening gelijk aan een hulpverlener waar men 'een klik' mee heeft, een hulpverlener die luistert, die respecteert, die niet veroordeelt maar hoop geeft.

Cliënten lijken wel over een interne barometer te beschikken die aanduidt of een hulpverlener authentiek in zijn job staat. Ook hulpverleners en beleidsactoren bevestigen het belang van deze factoren. Hulpverleners voegen daar zelf aan toe dat de doelgroep vaak zo sterk gericht is op overleven dat onvoorwaardelijkheid, betrokkenheid en tijd nog de enig resterende toegangswegen zijn naar cliënten.

Opvallende afwezigheid in de getuigenissen: effectiviteit als parameter voor kwaliteit. Hulpverleners vertellen veel over hoe ze werken met de cliënt, maar weinig over methodieken, instrumenten en doelstellingen. Hulpverleners geven in de interviews vaak aan geen tijd te hebben om methodisch te werken en zeggen dat ze eerder vanuit de buik bezig zijn. Toch betekent methodisch werken dat je nadenkt over wat je doet. Gemaakte keuzes moeten verantwoord kunnen worden. Weerhouden interventies steunen op een denk- en afwegingsproces, waarvoor je ook theoretische kaders inzet. Welke kaders zijn bruikbaar en in welke omstandigheden tonen ze die effectiviteit? In de interviews komen deze belangrijke elementen weinig aan bod.

Waarden versus doelen

Dat heeft veel te maken met het feit dat men kwaliteitsvolle hulpverlening vooral invult vanuit een morele dimensie. Hulpverleners vinden dat de morele kenmerken van de sociaal werker bepalend zijn. De socioloog Max Weber omschrijft in zijn typologie van sociaal handelen vier types, onder andere doelrationeel handelen en waarderationeel handelen. Waar het eerste bepaald wordt door verwachtingen die men heeft ten aanzien van objecten en andere mensen in de handelingssituatie, staat bij het tweede niet het realiseren van een doel centraal, maar wel een bewust geloof in de waardevolheid van een bepaalde vorm van handelen.

Hulpverleners en cliënten legitimeren kwaliteit vanuit een waarderationaliteit, terwijl de onderzoekswereld, het organisatiemanagement en de overheid vanuit een doelrationaliteit kijken. Zij schuiven effectiviteit naar voor als een wezenlijk onderdeel van kwaliteit. Of nog: hulpverleners en beleid kijken fundamenteel anders naar kwaliteit van hulpverlening.

Warm maar blind nest

Volgens de bevroegde hulpverleners en beleidsactoren kan kwaliteitsvolle hulpverlening maar groeien in een organisatiecultuur die oog heeft voor flexibiliteit en autonomie. De complexiteit en onvoorspelbaarheid zorgen voor een nood aan autonomie om accuraat beslissingen te nemen op maat van de realiteit van dat moment. De respondenten voegen daar aan toe dat men beter functioneert in 'een goed team', een team waar men ondersteuning en erkenning vindt, waar informeel overleg mogelijk is, waar de sturende en formele rol van een coördinator ondergeschikt is aan zijn ondersteunende en informele rol.

De interne ondersteuning van collega's wordt in de interviews aangegeven als een belangrijke voorwaarde voor kwaliteitsvolle hulp. Hulpverleners zoeken hun professionaliteit vooral bij elkaar. De appreciatie voor het leren van elkaar, het raad vragen bij elkaar en de coördinator is over het algemeen groter dan de nood aan externe voeding of nieuwe perspectieven.

Maar zo'n wij-cultuur heeft ook valkuilen. Als teams nog enkel naar zichzelf kijken, dan riskeren teamleden kopieën van elkaar te worden. Afwijkende perspectieven komen niet aan bod of worden weggedrukt naar de marge. De sleutelactoren die we vroegen om kritisch te kijken naar deze onderzoeksbevindingen benadrukken het belang van intervisies die over organisaties heen aangeboden worden. Zo kunnen de eenzijdige of gesloten perspectieven van het eigen team of organisatie verbreed worden.

Dat is belangrijk. Transparante kwaliteitszorg is moeilijk te installeren in 'wij-gerichte teams'. De weerstand tegen verandering is erg groot en zoeken naar transparantie wordt veelal gepercipieerd als controlerend of kritiek op het huidige functioneren. Gevolg: organisatieculturen met een sterke interne gerichtheid blijken weinig innovatieve kracht te ontwikkelen. Innovatie vraagt namelijk een grote gevoeligheid voor de externe veranderingen en een snelle aanpassing aan die veranderingen. Externe gerichtheid maakt dat een organisatie flexibel kan reageren op nieuwe noden. Toch kan deze externe gerichtheid maar op weinig bijval rekenen bij hulpverleners. Hoge werkdruk en de focus op andere kerntaken halen ze aan als argumenten voor die beperkte aandacht.

Vergeeten structureel werk

De bevroegde hulpverleners en beleidsactoren zwijgen in alle talen over het belang van structureel werken. Wat er op beleidsniveau en in de samenleving gaande is, wordt zelden verbonden aan de dagelijkse realiteit van sociaal werk. Toch is het de politieke overheid die sociaal werk mogelijk maakt, bijvoorbeeld door af te bakenen wat dit sociaal werk moet of mag inhouden. Het maatschappelijk discours bepaalt mee welke investeringen wenselijk zijn. Zo wordt het 'voor wat hoort wat'-discours dwingender of klinkt de roep naar sociaal werkers die ingezet worden voor de detectie van geradicaliseerde moslimjongeren steeds luider.

Het is opmerkelijk dat hulpverleners noch beleidsvoerders deze externe maatschappelijke determinanten van kwaliteit in kaart brengen. Zo lijkt het alsof het hulpverleningsproces zich ontwikkelt binnen het vacuüm van de gesprekskamer en de eigen organisatiemuren.

Vermits structureel werk onderbelicht blijft, krijgt ook beleidssignalering geen plaats in de zoektocht naar kwaliteitsvolle hulpverlening. Doordat het werken met de individuele cliënt centraal staat, verdwijnt signaleren uit het vizier. Sociaal werkers geven aan dat “er toch niet naar hen geluisterd wordt” en dat “ze daar geen tijd voor hebben”. Bij de nabespreking geven respondenten aan dat veel sociaal werkers tijdens hun opleiding geen interesse hebben in het meso- en macroverhaal. Ze hebben moeite met het leggen van verbanden tussen hun concrete ervaringen op de werkvloer en het bredere verhaal.

Bovendien is niet elke organisatie happig om kritische sociaal werkers in haar midden te hebben. Een hulpverlener getuigt: “Wie zijn ongenoegen uit en zich afzet tegen regeltjes en procedures die het belang van de cliënt schaden, is een moedig professional. Zo kreeg ik recent nog een sms van mijn hoofdmaatschappelijk werker die ‘chapeau’ zei omdat ik op een tegendraadse manier opkwam voor mijn cliënten. Vreemd want eigenlijk zou dat onze kerntaak moeten zijn. Het is aan sociaal werkers om onrecht aan te kaarten en verzet te tonen. Want we zijn er toch om de afstemming tussen de mens en de maatschappij te optimaliseren? Blijkbaar is dat vandaag alles behalve evident.”

Of verborgen structureel werk?

Beschouwen we dat verzet als een vorm van structureel werk, dan wordt het beeld meer genuanceerd. Zo stellen alle bevroegde hulpverleners hun veto ten aanzien van een voorwaardelijke hulpverlening. Vanuit de morele kwaliteit van sociaal werk blijven ze hameren op de unieke en onvoorwaardelijke relatie tussen hulpverlener en cliënt. Niet het geforceerd nastreven van effectiviteit, wel de ervaren kwaliteit van die relatie blijft voor hen de hoeksteen van sociaal werk.

Hulpverleners verzetten zich ook tegen ontspoorde vormen van registreren en protocolleren. De weerstand ligt niet zozeer bij de werklast als wel in de relevantie ervan. Wat er gemeten wordt, zegt volgens de respondenten weinig over de kwaliteit van de hulpverlening. Bovendien worden de cijfers onrechtmatig gebruikt want ingezet in functie van besparing en controle. Registratiefiches worden dan ook ingevuld met de nodige zin voor relativering en creativiteit. Dat is een vorm van stil verzet. Op die manier reserveren hulpverleners, zij het veelal impliciet, toch een plaats voor structureel werken.

Verschillende brillen

Sociaal werkers en cliënten kijken dus heel anders naar kwaliteit dan onderzoekers, beleidsverantwoordelijken en managers. De eerste groep benadert kwaliteit vanuit een waarderationaliteit, de tweede vanuit een doelrationaliteit. Beide hanteren een verschillende beoordelingschaal en dus gaan de antwoorden op ‘wat is kwaliteit’ twee verschillende richtingen uit. Hieruit volgt een legitimatie-clash van het sociaal werk.

Om deze op te lossen, moeten we beide rationaliteiten erkennen. Zo is er al een hele weg afgelegd om het discours rond evidence-based werken aan te passen aan de complexe realiteit van het sociaal werk. Maar sociaal werkers nemen dit discours moeilijk op, wellicht omdat het niet spoort met het morele kader.

Voorlopig sluiten ze zich nog te sterk op in dit kader waardoor de professionaliteit van de sociaal werker gereduceerd wordt tot een louter morele kwaliteit. Ten onrechte blijft het belang van theorievorming en methodisch werken dan onderbelicht. Maar het tegendeel is ook waar: kwaliteitsvolle hulpverlening louter benaderen vanuit een doelrationeel perspectief gaat voorbij aan de waarde van de sociale interactie die de kern vormt om überhaupt over hulpverlening te kunnen spreken. Zonder een gezonde basishouding zullen methodieken, technieken, protocollen en andere doelgerichte handelingen, niet werken.