

KWALITEITSMANAGEMENT IN DE THUISZORG IN VLAANDEREN

Aantal woorden: 24827

Dimitri Heyndrickx
Stamnummer : 002005536634

Promotor: Prof. Dr. Paul Gemmel

Masterproef voorgedragen tot het bekomen van de graad van:

Master in de bestuurskunde en het publiek management

Academiejaar: 2018-2019

Vertrouwelijkheidsclausule / Confidentiality agreement

Toelating / Permission

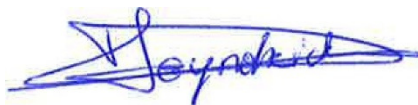
Ondergetekende verklaart dat de inhoud van deze masterproef mag geraadpleegd en/of gereproduceerd worden, mits bronvermelding.

I declare that the content of this Master's Dissertation may be consulted and/or reproduced, provided that the source is referenced.

Naam student/name student :

Dimitri Heyndrickx.....

Handtekening/signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dimitri Heyndrickx', written over a horizontal line.

Abstract

Achtergrond: Het recht op een menswaardig leven is een sociaal grondrecht in onze samenleving. Een stijgende levensverwachting en een toenemende vergrijzing dagen de samenleving continu uit. De vraag naar zorg neemt toe en mensen geven er de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Het budget dat de Vlaamse overheid voor thuiszorg vrijmaakt stijgt navenant, dus ook het aanbod

Wat reeds gekend is over dit thema

- Tot dusver zijn veel studies over kwaliteitszorg gericht op intramurale zorgsettings. Internationale studies belichten daarbij nationale netwerken die opgericht worden met het oog op de totstandkoming van een nationaal kwaliteitskader. Studies tonen aan dat de thuiszorg daarbij doorgaans buiten scope blijft.
- Verschillende auteurs wijzen er op dat onderzoek naar kwaliteit van thuiszorg onderbelicht blijft.
- Recent is in Vlaanderen een onderzoeksrapport verschenen over de ontwikkeling van evidence-based indicatoren in Vlaamse thuiszorgvoorzieningen.

Wat dit onderzoek toevoegt

- Dit onderzoek bekijkt het gebruik van kwaliteitssystemen in diverse Vlaamse thuiszorgvoorzieningen en bespreekt aan de hand van een aantal beïnvloedende factoren de mate waarin kwaliteitszorg doorleefd is in de thuiszorg in Vlaanderen
- Dit onderzoek bekijkt ook de positie van de thuiszorg als sector ten aanzien van evoluties die zich voltrekken en die van belang zijn voor de kwaliteitszorg in Vlaanderen

neemt toe. De kwaliteit van deze zorg is een gedeelde bekommernis van zorgvragers, overheid en zorgaanbieders. Elk kijken zij vanuit een eigen perspectief naar kwaliteit van zorg. De Vlaamse regering kondigde heel wat initiatieven aan om de kwaliteit van zorg te stimuleren. Belangstelling vanuit wetenschappelijke hoek richt zich voornamelijk naar intramurale settings. Dit onderzoek wil bestaande praktijken op vlak van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg verkennen en afwegen of dat kwaliteitsmanagement veerkrachtig is ten aanzien van de evoluties die zich in dat verband voltrekken. Het beoogt hiermee een bijdrage te leveren aan praktijk, wetenschap en beleid.

Methoden: Op basis van een grondige omgevingsanalyse van de thuiszorgcontext in Vlaanderen werden een aantal uitgangspunten vooruitgeschoven voor het literatuuronderzoek en het empirisch onderzoek. Vervolgens werd een kwalitatief exploratief onderzoek opgezet

binnen drie zorgvormen die in Vlaanderen onder thuiszorg worden gevat: diensten gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en diensten voor thuisverpleging. De verkenning van de kwaliteitsmanagementpraktijken gebeurde aan de hand van elf diepte-interviews met kwaliteitsexperten uit de thuiszorg. Bijkomend werd een focusgroep opgezet met vertegenwoordigers

van de Vlaamse overheid, academici en het werkveld met het oog op een confrontatie tussen beleid, wetenschap en praktijk. De interviews en de focusgroep werden getranscribeerd en geanalyseerd in NVIVO.

Resultaten: De resultaten starten met een overzicht van de kwaliteitssystemen en technieken die binnen de drie onderzochte zorgvormen gehanteerd worden en beschrijven hoe kwaliteitszorg doorleefd is in de sector. Vervolgens volgt een terugkoppeling van de onderzoeksresultaten naar het conceptueel onderzoeksmodel voor wat betreft beïnvloedende factoren op de mate waarin kwaliteitszorg doorleefd is in de sector en relevante ontwikkelingen in het kwaliteitsdenken met impact op het kwaliteitsmanagement in de thuiszorg.

Conclusies: De focus van dit onderzoek op thuiszorg levert een cumulatieve bijdrage aan het onderzoeksdomein van kwaliteitsmanagement door te focussen op specifieke kenmerken van de thuiszorg. Voor verantwoordelijken in de thuiszorg brengt dit rapport ten eerste inzichten bij over kwaliteitszorg in de bredere sector en ten tweede loodst dit rapport hen door evoluties in het kwaliteitsdenken met impact voor hun praktijk. Tot slot wordt aan het beleid meegegeven dat gemeenschappelijke normen voor de thuiszorg vrijwel onbestaande zijn. Reflectie op mesoniveau van uitkomsten op het niveau van voorzieningen is nodig om de bijdrage door thuiszorgvoorzieningen aan kwaliteit van leven ook op macroniveau te kunnen objectiveren. Een stimulerende houding vanuit de overheid lijkt daarbij aangewezen.

Woord vooraf

Één van mijn persoonseigenschappen is zonder enige twijfel leergierigheid. Een voordeel of nadeel... dat laat ik in het midden. Dat die eigenschap mij ooit terug naar de schoolbanken zou brengen, had ik tot vier jaar geleden in elk geval zo niet ingeschat. Een onderzoeksonderwerp vinden dat een academiejaar lang blijft boeien, was dus zonder meer een bijzondere opgave. Eens de kogel door de kerk was, stond mijn toewijding op geen enkel moment nog ter discussie. Het werd een thema met een uitgesproken maatschappelijke impact: kwaliteitsmanagement in de thuiszorg, een door de demografische en maatschappelijke evoluties aan belang winnende sector. Het is mijn overtuiging dat niets aan het toeval kan worden overgelaten, ook en zeker niet de kwaliteit van zorg in deze zachte sector.

Elke indicator die iets zegt over de mate waarmee ik hier de laatste maanden bezig ben geweest is een understatement. Het systeemdenken in mij heeft bijzondere hoogten bereikt. Wat hier voorligt kan ik niet afronden zonder vooraf een dank uit te brengen aan het systeem dat mij omringt:

- in de eerste plaats mijn werkomgeving, voor de flexibele ingesteldheid en het vertrouwen;
- de respondenten voor hun bereidwillige en deskundige inbreng in het onderzoek;
- mijn familie voor de faciliterende en ondersteunende processen en de hulp bij transcripties;
- het ventilatiesysteem rondom mij, als goede huisvader gerund door vrienden en van waaruit regelmatig de reflectieve vraag weerklonk 'waar ben jij in godsnaam mee bezig'. Wel, voor wie het belijft, mijn antwoord ligt eindelijk hier voor u klaar.

Kwaliteitscoördinator van dienst is met stelligheid mijn promotor die zich heel betrokken toonde op het thema en mij op een stimulerende manier door dit onderzoek heeft geloodst. Onmisbaar was ook de interne auditcyclus in de vorm van revisies op taal, vorm en inhoud. Niet anders dan thuiszorgvoorzieningen die reusachtige inspanningen hebben geleverd om aan kwaliteitsnormen te voldoen, rest mij de hoop dat de gedane inspanningen uitmonden in een certificaat dat afgeleverd wordt door de geaccrediteerde instelling Ugent.

Dimitri Heyndrickx, 2 juni 2019

Inhoudsopgave

Vertrouwelijkheidsclausule / Confidentiality agreement	I
Abstract	II
Woord vooraf	IV
Lijst van gebruikte afkortingen.....	IX
Lijst van gebruikte figuren.....	X
Lijst van gebruikte tabellen	X
1 Introductie.....	11
2 Literatuurstudie.....	13
2.1 Methodologie van het literatuuronderzoek.....	13
2.1.1 Omgevings- en documentenanalyse	13
2.1.2 Internationaal wetenschappelijke literatuur.....	14
2.1.3 Managementliteratuur rond kwaliteit	15
2.2 Thuiszorg in Vlaanderen.....	15
2.2.1 Situering en context	16
2.2.2 Organisatie van het thuiszorgaanbod	18
2.3 Kwaliteitszorg in Vlaanderen.....	19
2.3.1 Regelgevend kader: situering en uitgangspunten.....	19
2.3.2 Verdieping van een aantal begrippen	22
2.4 Internationale wetenschappelijke literatuur	28
2.4.1 Kenmerken van thuiszorg.....	28
2.4.2 Evoluties op vlak van kwaliteitsmanagementsystemen.....	29
2.4.3 Rol van de overheid op vlak van kwaliteitszorg	31
2.4.4 Initiatieven tot kwaliteitsverbetering.....	32
2.4.5 Samenspraak, overleg en afstemming	34
2.5 Enkele kwaliteitsmanagementsystemen toegelicht.....	35
2.5.1 ISO9001	35
2.5.2 HKZ-model	36

2.5.3	De balanced scorecard (BSC).....	37
2.5.4	NIAZ-Qmentum	39
2.5.5	EFQM	39
2.5.6	CAF.....	41
2.5.7	PDCA.....	42
2.5.8	Lean six sigma.....	43
3	Probleemstelling, onderzoeksdesign en relevantie van het onderzoek	44
3.1	Probleemstelling.....	44
3.2	Onderzoeksdesign	44
3.3	Relevantie van het onderzoek.....	45
4	Methodologie voor het empirisch onderzoek.....	46
4.1	Strategie voor de selectie van respondenten	47
4.1.1	Interviews.....	47
4.1.2	Focusgroep	49
4.2	Dataverzameling adhv interviews en focusgroep	50
4.2.1	Ethische commissie	50
4.2.2	Topiclist als leidraad	50
4.2.3	Dataverwerking en analysemethode	50
5	Resultaten empirisch onderzoek.....	51
5.1	Profiel van de bevroegde respondenten.....	51
5.2	Welke systemen en technieken worden gehanteerd en hoe doorleefd zijn zij.....	52
5.2.1	... in diensten voor gezinszorg (DGAT).....	52
5.2.2	... in diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)	54
5.2.3	... in diensten voor thuisverpleging (TVP).....	55
5.2.4	Algemene vaststellingen over de zorzvormen heen.....	56
5.3	Beïnvloedende factoren	58
5.3.1	Beschikbaarheid van aangepaste systemen aan de thuiszorg in Vlaanderen.....	58
5.3.2	Specificiteit van de thuiszorg.....	59

5.3.3	Erkenningsnormen	60
5.3.4	Financiering	61
5.3.5	Controle	62
5.3.6	Huis op orde	63
5.3.7	Streven naar een merkbare en aantoonbare kwaliteit	64
5.3.8	Stimuli van stakeholders	65
5.3.9	Interne organisatiekenmerken	67
5.4	Evoluties en ontwikkelingen in kwaliteitsdenken	68
5.4.1	Kwaliteit met de cliënt centraal	68
5.4.2	Kwaliteit en marktwerking	69
5.4.3	Coördinatie en netwerken in de thuiszorg	70
5.4.4	Digitalisering	71
5.4.5	Evidence-based kwaliteitsindicatoren	71
5.4.6	Certificering	72
5.4.7	Pay for quality	73
6	Discussie	74
6.1	Welke kwaliteitsmanagementsystemen- en technieken worden gehanteerd in de thuiszorg?	74
6.2	Hoe doorleefd is kwaliteitsmanagement in de sector?	75
6.3	In welke mate is de kwaliteitsmanagementpraktijk veerkrachtig tav evoluties die zich voltrekken op vlak van kwaliteitszorg in Vlaanderen?	78
6.4	Beperkingen van het onderzoek	80
7	Conclusie	81
8	Lijst met geraadpleegde werken	I
	Bijlage 1: Zoekstrategie voor internationale literatuur	1
	Bijlage 2: Woonzorgdecreet - thuiszorgvoorzieningen	2
	Bijlage 3: Woonzorgdecreet - initiatiefnemers thuiszorgvoorzieningen	8
	Bijlage 4: Kwaliteitsdomeinen en 32 standaarden in de thuiszorg	9
	Bijlage 5: Balanced Scorecard Strategy-map	10

Bijlage 6: EFQM Recognition - levels of excellence	11
Bijlage 7: Advies ethische commissie	12
Bijlage 8: Leidraad met topiclist interviews	14
Bijlage 9: Leidraad met topiclist focusgroep	15
Bijlage 10: Overzicht respondenten met codes, attributen en kenmerken.....	17
Bijlage 11: Codeboom in Nvivo	19
Bijlage 12: Codebook - chain of evidence	20

Lijst van gebruikte afkortingen

BSC: Balanced Score Card

CAF: Common Assessment Framework

CQI: Continious Quality Improvement

DGAT: Dienst voor Gezinszorg en Aanvullende Thuiszorg

DMW: Dienst Maatschappelijk Werk van het ziekenfonds

EFQM: European Foundation for Quality Management

EQUAM: Externe QUalitätsförderung in der Ambulanten Medizin

FOD: Federale Overheidsdienst

HKZ: Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector

ISO: International Organisation for Standardisation

JCI : Joint Commission International

NEN: Normalisatie En Normen. Organisatie die in Nederland het normalisatieproces ondersteunt

NIAZ: Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg

P4Q: Pay for quality

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

SARWGG: Strategische adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid

TQM: Total Quality Management

VIKZ: Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg

VSB: Vlaamse Sociale Bescherming

WVG: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Lijst van gebruikte figuren

Figuur 1: Analyseschema voor de internationale wetenschappelijke literatuur	14
Figuur 2: Schematische voorstelling van de zoekstrategie voor de wetenschappelijke literatuur.....	15
Figuur 3: Algemene bevolkingsvooruitzichten per leeftijdscategorie Vlaams Gewest. Bron: federaal planbureau	16
Figuur 4: WHO conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg. Bron: Conceptnota “Dichtbij en integraal”, 2016	17
Figuur 5: Maatschappelijk verantwoorde zorg. Bron: SAR WGG, 2018	25
Figuur 6: Weergave van de structuur van de internationale standaard ISO9001 in de PDCA-cirkel.....	36
Figuur 7: HKZ-normentabel. Bron: HKZ, 2019	37
Figuur 8: Model van de Balanced Scorecard (BSC). Bron: www.balancedscorecard.org	38
Figuur 9: Het EFQM Excellence Model. Bron: BBEST,2019	40
Figuur 10: het CAF-model.....	41
Figuur 11: PDCA-cyclus.....	42
Figuur 12: Kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg: conceptueel onderzoeksmodel	45
Figuur 13: Terugkoppeling van de onderzoeksresultaten naar het conceptueel onderzoeksmodel	74
Figuur 14: wordcloud focusgroep 'kwaliteit tussen beleid, wetenschap en praktijk'	78

Lijst van gebruikte tabellen

Tabel 1: De evolutie van kwaliteitsconcepten. Bron: Löffler, 2002	30
Tabel 2: Criteria voor de selectie van respondenten	49
Tabel 3: Overzicht deelnemers focusgroep.....	49
Tabel 4: werkterrein respondenten. Bron: Nvivo	51
Tabel 5: Zorgvorm respondenten. Bron: Nvivo	52
Tabel 6: Kwaliteitsysteem per type zorgvorm. Bron: Nvivo	52
Tabel 7: Beeld van de kwaliteitssystemen per zorgvorm. Bron: Nvivo	75
Tabel 8: Kwaliteitscoördinator, certificering en interne audit per kenmerk. Bron: Nvivo.....	76
Tabel 9: Relatie kwaliteitscoördinator tav certificering en interne audit. Bron Nvivo	77

1 Introductie

Uit onderzoek (Vermeulen, Demaerschalk, & Declercq, 2011) blijkt dat in 2020 één Vlaming op vijf 65 jaar en ouder zal zijn. In 2030 zal dit 1 op 4 zijn. Het procentueel aandeel van 80 plussers van de totale Vlaamse bevolking stijgt van 5% in 2010 naar 9% in 2040. Deze cijfers houden geen rekening met het denkbare demografisch effect van migratie en nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde en kunnen bijgevolg nog een onderschatting zijn (Vlaamse Regering, 2016). Omwille van de stijging van de levensverwachting en de vergrijzing van onze samenleving en de daarmee gelinkte leeftijdsgerelateerde welzijns- en gezondheidsnoden verwacht het beleid een aanzienlijke impact op de vraag naar welzijns- en gezondheidszorg.

Uit onderzoek dat de Koning Boudewijnstichting in 2017 liet uitvoeren naar levenskeuzes van 60-plussers blijkt dat een bijzonder grote meerderheid zo lang mogelijk thuis wil blijven wonen, ook als dat deels ten koste gaat van hun privacy. Dat laatste dient begrepen te worden als de keuze voor de inschakeling van thuiszorg en technologische hulpmiddelen. Ook ander onderzoek bevestigt de voorkeur van ouderen om thuis te blijven en de overstap naar residentiële zorg zo lang mogelijk uit te stellen (Vanden Boer & Vanderleyden, 2004; Van Meerbeeck, 2003, in Vermeulen et al., 2011).

Een overheid die rekening houdt met de voorkeuren van haar burgers dient dus in te zetten op het langer thuis blijven wonen. Het streven om mensen zo lang als mogelijk te ondersteunen in hun thuisomgeving wordt door de Vlaamse Regering bijgevolg gezien als een uitgangspunt van het zorgbeleid in Vlaanderen (Vlaamse Regering, 2014, p.7). De doelstellingen van de overheid en de wensen van de ouderen vallen dus samen.

Dit zien we vertaald in de begroting van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Met 16% van het budget is thuiszorg na ouderenzorg de grootste uitgavenpost (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2016).

De overheid heeft met andere woorden alle belang bij een goede besteding van die middelen. Wat dat betreft stellen Stoopendaal en De Bree (2014, p.5) dat zorgvoorzieningen primair verantwoordelijk zijn voor het leveren van veilige en kwalitatief goede zorg. Zij moeten hun diensten en processen zo organiseren dat veilige en kwalitatieve zorg het resultaat is. Voor een overheid bestaat de uitdaging erin om haar toezicht daarop zo effectief en efficiënt mogelijk te maken (Stoopendaal en De Bree, 2014).

In zijn beleidsnota 2014-2019 kondigt bevoegd minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen diverse maatregelen aan om het aanbod van zorg te stroomlijnen. Tegelijk wordt er ingezet

op diverse regelgevende en maatschappelijke instrumenten om kwaliteit van zorg en sociaal ondernemerschap te stimuleren: op dat terrein kondigt hij onder meer een herziening van het huidige kwaliteitsdecreet (2003) aan en koppelt dit aan de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsindicatoren om tot een kwaliteitsverbetering van de zorgverlening te komen. Die evolutie moet er enerzijds toe leiden dat het overheidsoptreden inzake kwaliteit van zorg effectiever kan gebeuren en anderzijds dat voorzieningen en zorgverstrekkers geresponsabiliseerd worden en transparanter zijn tav burgers.

Vandaag, 5 jaar later en aan het einde van de legislatuur is het zorglandschap in Vlaanderen volop in transitie. Reorganisaties richting een geïntegreerde zorgorganisatie zijn ingezet en vinden navenant hun grond in nieuwe regelgeving. Op vlak van kwaliteitszorg beweegt ook heel wat en vaart de sector de gewenste richting uit. De evaluatie van het kwaliteitsdecreet waarvan sprake in de beleidsnota blijft op vandaag echter uit. We zouden dus kunnen stellen dat de sector zich momenteel in een soort spreidstand bevindt: enerzijds dienen zij zich te aligneren op 'oude' regelgeving terzake, anderzijds worden zij gestimuleerd mee te gaan in de beweging naar een andere benadering van kwaliteitszorg.

In een artikel van De Specialist (2017) zegt minister Jo Vandeuren dat de indicatorenwerking in de algemene ziekenhuizen klaar is voor de integratie in het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg en een model is voor andere sectoren. Dat Instituut werd eind 2017 opgericht met als opdracht om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen voor relevante sectoren (Vandeuren, 2017). Ook in de woonzorgcentra en in de sector van de geestelijke gezondheidszorg is de stap gezet. De thuiszorg lijkt echter nog grotendeels onontgonnen terrein. Een eerste onderzoek naar de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren is recent gevoerd (Van Audenhove, Steegmans, & Neyens, 2019) door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Dit onderzoek wil een beeld vormen van de praktijk van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg door een antwoord te vinden op de vragen:

- Welke kwaliteitssystemen en technieken worden gehanteerd in de thuiszorg?
- Hoe doorleefd zijn deze systemen in de sector?
- Welke evoluties stellen zich op vlak van kwaliteitszorg in Vlaanderen?
- wat is de veerkracht van de huidige praktijk van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg ten aanzien van deze evoluties?

2 Literatuurstudie

2.1 Methodologie van het literatuuronderzoek

Na grondige doorlichting van de internationale wetenschappelijke literatuur is de vaststelling dat wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteitsmanagement in thuiszorgvoorzieningen in zijn kinderschoenen staat. De literatuur ter zake richt zich veeleer op kwaliteitszorg vanuit een macroperspectief. Onderzoek in dat verband richt zich dan zelden specifiek op de thuiszorg maar veeleer op de gezondheidszorg in het algemeen of naar de bredere eerstelijnszorg (cf. 'primary care'). Dit blijkt ook uit de literatuurreview door Genet et al. (2011), waarbij in het licht van de Eurhomap (mapping professional home care in Europe) publicaties over thuiszorg werden gescreend over de periode 1998-2009. In slechts 7 van 74 artikels kwam het aspect kwaliteit aan bod. Brennan, Bosch, Buchan & Green (2012) merken op dat ondanks de algemene nadruk op het belang van aandacht voor continue kwaliteitsverbetering, onderzoek nodig is naar duidelijke richtlijnen voor beleid en praktijk over hoe deze methoden geïmplementeerd en geoptimaliseerd kunnen worden in zorgvoorzieningen. De auteurs benadrukken bovendien dat dit in het bijzonder het geval is voor de eerstelijnszorg, waar veel minder onderzoek wordt gevoerd dan in residentiele settings.

Om die reden wordt de literatuurstudie opgevat in drie luiken die hierna methodologisch worden toegelicht.

2.1.1 Omgevings- en documentenanalyse

Een eerste luik start met een grondige omgevings- en documentenanalyse gericht op beleidsteksten, visienota's, beleidsrelevant onderzoek en regelgeving, die publiek toegankelijk of vrij opvraagbaar zijn bij Vlaamse Overheid, koepelorganisaties, of andere voor dit onderzoek relevante instanties. Dit leidt tot de bespreking van de onderdelen 'thuiszorg in Vlaanderen' en 'kwaliteitszorg in Vlaanderen'.

Naast zicht te krijgen op de Vlaamse context ter zake, wordt gezocht naar kapstukken op basis waarvan de data uit internationale literatuur op een voor dit onderzoek hanteerbare wijze geordend kan worden. In deze bronnen wordt gezocht naar een afbakening van thuiszorg en uitgangspunten die Vlaanderen vooruitschuift inzake kwaliteitsbeleid ten aanzien van de zorg. De studie van de contextliteratuur heeft geleid tot volgend analyseschema voor de studie van de internationale wetenschappelijke literatuur.

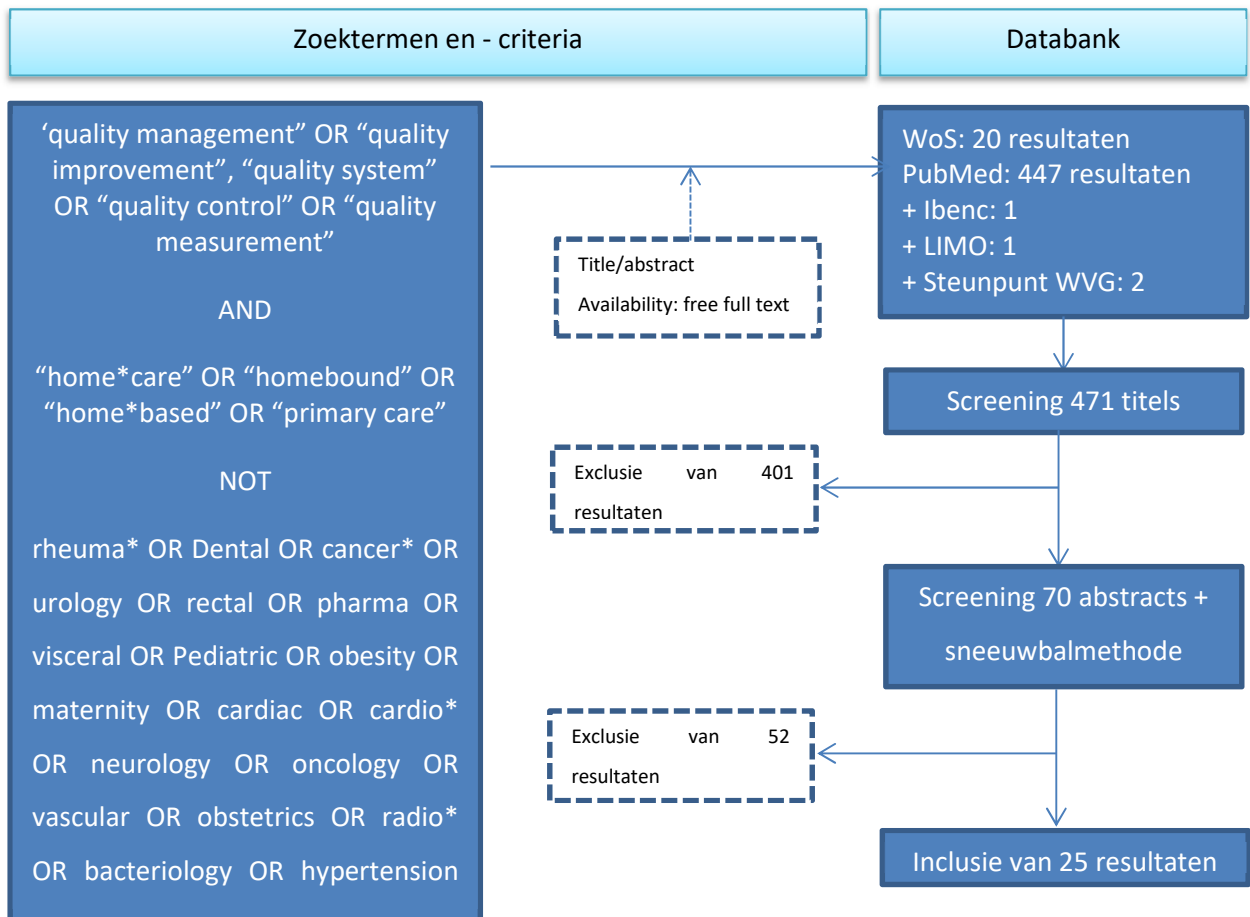


Figuur 1: Analyseschema voor de internationale wetenschappelijke literatuur

2.1.2 Internationaal wetenschappelijke literatuur

Op basis van de thema's uit voorgaand schema wordt in de internationaal wetenschappelijke literatuur onderzocht of de beweging in Vlaanderen een geïsoleerde case betreft, dan wel gekaderd kan worden in een ruimere internationale context. Hiertoe werd gezocht in Web Of Science, PubMed en online databanken van universiteiten. Een screening van de publicaties van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin leverde bijkomend twee relevante onderzoeksresultaten op. Tot slot werden ook actuele verwijzingen naar relevante publicaties op professionele sociale media gevolgd.

Een uitgebreide toelichting bij de zoekstrategie is terug te vinden in bijlage 1 en wordt schematisch weergegeven in figuur 2 hieronder.



Figuur 2: Schematische voorstelling van de zoekstrategie voor de wetenschappelijke literatuur

2.1.3 Managementliteratuur rond kwaliteit

In een derde luik wordt een beknopt overzicht gegeven van enkele dominante systemen en technieken, gebaseerd op kennis uit vakliteratuur en informatie die via officiële onlinekanalen ontsloten wordt. Dit luik biedt de nodige basiskennis voor het empirisch onderzoek.

2.2 Thuiszorg in Vlaanderen

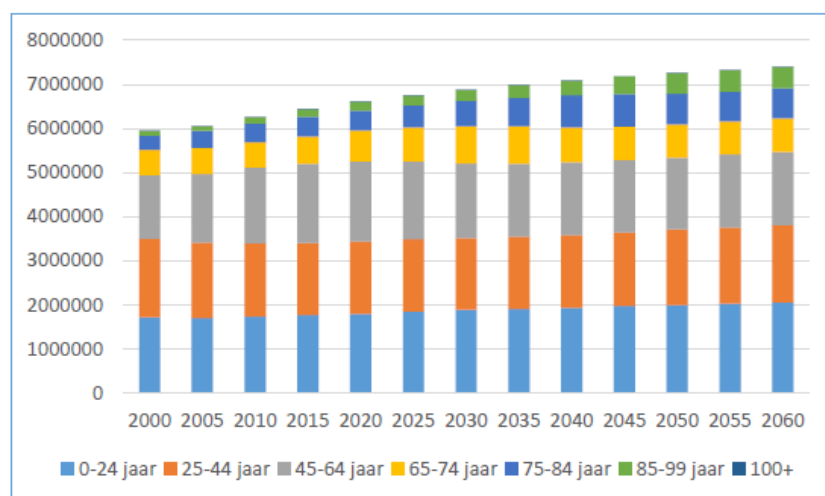
Kwaliteit en beleid gaan hand in hand. Verhagen (2010, p.22) stelt dat deze begrippen twee brillen vertegenwoordigen op basis waarvan naar het primaire proces wordt gekeken. Bij 'beleid' gaat het over: doen we de goede dingen? Bij 'kwaliteit' gaat het om de vraag: 'doen we de dingen goed'. In deze paragraaf wordt ingegaan op relevante beleidsdocumenten en managementliteratuur welke enerzijds een afbakening van thuiszorg geven, en anderzijds definities en concepten inzake kwaliteitszorg die dit onderzoek kunnen vooruithelpen.

2.2.1 Situering en context

In Vlaanderen wordt de ouderen- en thuiszorg vormgegeven bij middel van marktwerking. De ‘markt’ van welzijn en zorg voor ouderen is echter geen klassieke, vrije markt. Enerzijds is de gezondheid van een persoon aan onzekerheid onderhevig, en de vraag naar zorg gebeurt dus vaak niet op basis van eigen keuze, maar op basis van een (soms onverwachte) behoefte. De vraag in een aantal zorgsectoren is groter dan het beschikbare aanbod en er is informatie-asymmetrie: zowel de concrete invulling van de behoefte aan, als de kwaliteit van zorg is vaak slechts gedeeltelijk beoordeelbaar door de eindgebruiker, de vraagzijde van de markt (Vlaamse Regering, 2016, p.15).

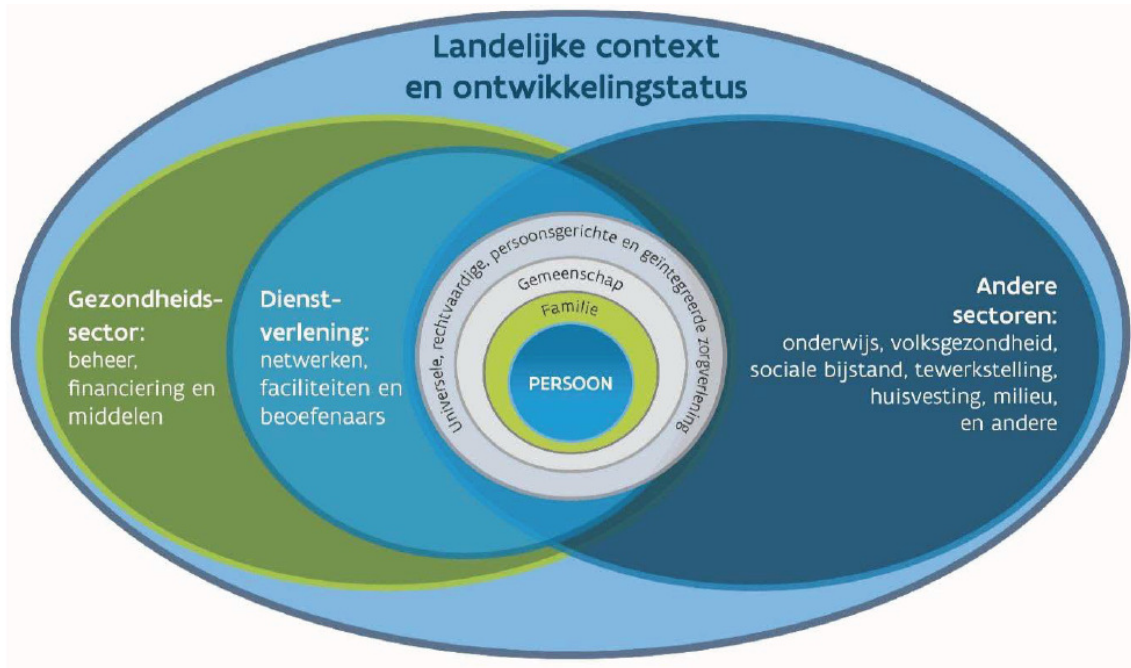
Door de maatschappelijke functie van zorgvoorzieningen en het belang van toegankelijkheid van zorg, is zorg gesolidariseerd wat zich vertaalt in een gedeeltelijke publieke financiering. In haar beleidsvisie legt de Vlaamse Regering uit dat het eerder gaat om een ‘gereguleerde markt’, waar programmatie (in functie van budgettaire beheersing), vergunningen, erkenningen, subsidies, ... de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorg- en ondersteuningsaanbod vrijwaren. De markt van zorg betreft dus een ‘markt’ waar volume, prijs en kwaliteit gedeeltelijk worden bepaald door de marktprincipes van vraag en aanbod, met overheidsbijsturing waar nodig om de finale meerwaarde van zorg, evenals kwaliteit en solidariteit centraal te plaatsen (Vlaamse Regering, 2016, p.15).

Bij het uittekenen van een langetermijnvisie moet de Vlaamse overheid zich rekenschap geven van een aantal demografische ontwikkelingen. Vlaanderen kijkt onder meer aan tegen een dubbele en gekleurde vergrijzing. In haar beleid neemt zij akte van het toenemend aantal alleenstaanden, toenemende druk op mantelzorgers, diversiteit en kansarmoede (Vlaamse Regering, 2016, pp.8-12). Onderstaande grafiek van het federaal planbureau toont aan dat Vlaanderen zich binnen de algemene bevolkingstoename moet voorbereiden op een toename van het aantal ouderen.



Figuur 3: Algemene bevolkingsvooruitzichten per leeftijdscategorie Vlaams Gewest. Bron: federaal planbureau

Vlaanderen is zich bewust dat als logisch gevolg van deze bevolkingsevolutie meer en meer mensen omwille van ouderdom, chronische ziekte, handicap of psychische problemen zorg en ondersteuning zullen nodig hebben (Vlaams Parlement, 2018). Bij het uittekenen van een langetermijnvisie baseert Vlaanderen zich op het conceptueel raamwerk voor persoonsgerichte en geïntegreerd zorg- en ondersteuningsvoorzieningen van de Wereld Gezondheidsorganisatie.



Figuur 4: WHO conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde gezondheidszorg.
 Bron: Conceptnota "Dichtbij en integraal", 2016

Sleutelbegrippen in dit model zijn een vraaggestuurde, persoonsgerichte en geïntegreerde zorg- en ondersteuning. De zorg en ondersteuning wordt volgens dit model georganiseerd vanuit noden en verwachtingen die voortvloeien uit de vraag naar zorg- en ondersteuning (Vlaams Parlement, 2018). Dat maakt dat thuiszorg in Vlaanderen geen afzonderlijk eiland vormt, maar onderdeel vormt van de zorg die uitgaat van de eerstelijns, en slechts een schakel is in een keten van ambulante, semi-residentiële en residentiële ouderenzorg. Dat heeft tot gevolg dat het Vlaams welzijns- en zorgbeleid gesitueerd moet worden in een realiteit van multigovernance, waar ook het federale en lokale bestuursniveau bevoegdheden hebben. Zo heeft een beleidskeuze voor een vermindering van de ligduur in ziekenhuizen (federale niveau) onlosmakelijk gevolgen voor de vraag naar en budgetten voor de thuiszorg (Vlaams niveau) (Vlaams Regering, 2016). Evenmin is het zo dat thuiszorg of langdurige zorg een volstrekt homogene bevoegdheid is van Vlaanderen. Dat blijkt onder meer uit het voorbeeld van de thuisverpleging, waarbij de financiering van verpleegkundige prestaties een federale bevoegdheid is (Vlaams Parlement, 2018). Het lokale bestuur heeft dan weer op heel wat terreinen een regierol te

vervullen voor wat betreft de afstemming van het aanbod op de lokale behoeften en ontwikkelt afhankelijk van gemeente tot gemeente, zelf ook (thuiszorg)aanbod.

2.2.2 Organisatie van het thuiszorgaanbod

De organisatie van het thuiszorgaanbod wordt in Vlaanderen geregeld in het woonzorgdecreet, wat men noemt een voorzieningendecreet (Vlaams Parlement, 2019). Met het woonzorgdecreet van 2009 bracht Vlaanderen thuiszorg samen met ouderenzorg in één overkoepelend begrip ‘woonzorg’, met als doel 1) meer zorg op maat te bieden in een kwaliteitsvol zorgcontinuüm, 2) samenwerking te stimuleren en 3) kwaliteit van zorg en wonen te verhogen.

Verskillende ontwikkelingen, een staats hervorming en voortschrijdend inzicht gevoed door wetenschap en praktijkervaring hebben geleid tot een recente actualisering van dit woonzorgdecreet. De bredere eerstelijns waartoe onder meer de thuiszorg behoren wordt geregeld in een eerstelijnsdecreet. Ook dit decreet is recent goedgekeurd en regelt een hervorming van het eerstelijnsaanbod in geografische zones (eerstelijnsdecreet, 2019). Daarmee wordt getracht de verbinding te vormen tussen alle actoren in zorg en ondersteuning die deel uitmaken van de eerstelijnszorg. Uit de memorie van toelichting van zowel het woonzorgdecreet als het eerstelijnsdecreet blijkt dat deze ontwikkelingen een tussenstap zijn die op langere termijn moeten leiden tot één ‘decreet langdurige zorg en ondersteuning’ (Vlaams Parlement, 2019). De uitvoeringsbesluiten bij het woonzorgdecreet zijn op dit moment nog niet definitief goedgekeurd en dus nog niet van kracht. Voor de bespreking wordt rekening gehouden met de opvattingen zoals bepaald in het nieuwe woonzorgdecreet voor zover zij relevant zijn in het kader van dit onderzoek.

Dit nieuwe decreet (woonzorgdecreet 2019) definieert thuiszorg als **‘de zorg aan huis of buitenshuis die er specifiek op gericht is de gebruiker te ondersteunen of te handhaven in zijn natuurlijk thuismilieu’** (Art. 2, woonzorgdecreet, 2019). Datzelfde artikel vervolgt met een definitie van een thuiszorgvoorziening in casu **“een voorziening die thuiszorg aanbiedt zijnde een dienst voor gezinszorg, een dienst voor oppashulp, een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds, een dienst voor thuisverpleging, een dienst voor gastopvang, een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf en een centrum voor herstelverblijf”** (Art.2 §1 13° en 14°, woonzorgdecreet 2019). Dat aspect wordt meegenomen voor de afbakening van het empirisch onderzoek. De bepalingen omtrent de opdrachten van elke thuiszorgvoorziening zijn toegevoegd als bijlage 2.

Het decreet regelt per voorziening de erkenningsvoorwaarden (zie bijlage 2) en de subsidiëring van de genoemde voorzieningen. Op te merken valt dat er thuiszorgvoorzieningen zijn die tot opdracht hebben zorg te verlenen buitenshuis en andere die gericht zijn op vrijwilligerswerking. Toch vallen deze

zorgvormen in het decreet onder de noemer van thuiszorg omdat zij de bedoeling hebben om op die manier langer thuis te kunnen blijven wonen, dus de thuiszorg langer te handhaven (Vlaamse Regering, 2019, p. 32). Zij legt ook voorwaarden op omtrent het initiatiefnemerschap (zie bijlage 3). Deze inzichten worden later meegenomen voor het opzetten van het empirisch onderzoek.

De dienst voor thuisverpleging is in het woonzorgdecreet wel als thuiszorgvoorziening opgenomen maar zonder daaraan een financiering verbonden is. (Memorie van Toelichting Vlaamse Regering, 2019, art. 17, p.78). Thuisverpleegkundigen moeten op basis van een visum uitgereikt door de FOD Volksgezondheid een RIZIV-nummer aanvragen, willen zij hetzij persoonlijk hetzij binnen een groep verpleegkundige strekkingen kunnen aanrekenen (RIZIV, 2019). Als thuisverpleegkundigen een dienst vormen van minimum 7VTE voorziet het federale niveau onder bepaalde voorwaarden ook een forfaitaire tegemoetkoming (RIZIV, 2019).

Verder bevat het woonzorgdecreet bepalingen omtrent het toezicht en de naleving van het decreet (art.63, woonzorgdecreet, 2019) en sancties in de vorm van administratieve geldboetes in geval niet-erkende diensten toch diensten uitbaten onder de erkende naam (Art. 72, woonzorgdecreet, 2019). Het toezicht op erkende voorzieningen wordt in Vlaanderen uitgeoefend door de Zorginspectie. Sinds 1 januari 2019 is een nieuw toezichtsdecreet van kracht dat meer duidelijkheid schept over wat wel en niet mag tijdens een inspectie. Het toezichtsdecreet voorziet in een aantal toezichtrechten voor inspecteurs, maar biedt ook heel wat rechten voor de geïnspecteerde (departement WVG, 2019).

2.3 Kwaliteitszorg in Vlaanderen

2.3.1 Regelgevend kader: situering en uitgangspunten

De kwaliteitsvoorwaarden en de daarbij horende normen waaraan de hulp- en dienstverlening van erkende thuiszorgvoorzieningen dienen te voldoen worden geregeld in het kwaliteitsdecreet (2003). Elke erkende voorziening dient aan kwaliteitszorg te doen. **Kwaliteitszorg** dient gericht te zijn op verantwoorde zorg en wordt gedefinieerd als een deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het **kwaliteitsbeleid**. Voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid zijn een **kwaliteitsmanagementsysteem** en een **zelfevaluatie** nodig. Het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie krijgen gestalte in een **kwaliteitshandboek**, dat bekrachtigd wordt door de hoogste leiding binnen de voorziening (Art. 5, kwaliteitsdecreet, 2003). Deze begrippen zijn essentieel voor dit onderzoek. Afgaande hierop kan gesteld worden dat de voorliggende onderzoeksvragen niet enkel betrekking hebben op het kwaliteitsmanagementsysteem maar eveneens op de zelfevaluatiesystemen of misschien zelfs ruimer, het interne kwaliteitsbeleid.

Voor dit onderzoek is het interessant om inzicht te verwerven in de achtergrond van dit decreet, dat een samenvoeging is van twee voorgaande decreten die elk apart gericht waren op de verzorgingsvoorzieningen en de welzijnsvoorzieningen.

In het kwaliteitsbeleid krijgt de gebruiker een centrale plaats, ligt de nadruk op permanente verbetering en wordt kwaliteit beschouwd als een taak van alle medewerkers (Vlaams Parlement, 2003). Om dit te realiseren vertrekt het kwaliteitsdecreet in essentie van vier uitgangspunten:

- **de responsabilisering van de voorzieningen:** voorzieningen worden aangemoedigd om een kwaliteitsmanagementsysteem in te voeren dat hen toelaat de zorg systematisch te bewaken en te verbeteren. Daarmee wordt bedoeld dat een voorziening via gegevensverzameling systematisch nagaat of verantwoorde zorg wordt geleverd en op basis daarvan verbeteracties onderneemt. In de memorie wordt expliciet gesteld dat de overheid met een kwaliteitsdecreet geen systemen van kwaliteitsbeleid wil opleggen aangezien zij van oordeel is dat het kwaliteitsbeleid binnen de voorzieningen een zaak van de voorzieningen zelf is. De overheid engageert zich wel om een kader te creëren dat de voorzieningen aanmoedigt tot het voeren en implementeren van een kwaliteitsbeleid. Deze vaststellingen zullen verder getoetst worden in de internationale literatuur en het empirisch onderzoek: Welke initiatieven tot kwaliteitsverbetering zijn er op het internationale toneel en leidt de keuze van de overheid om geen kwaliteitsmanagementsystemen op te leggen niet tot een oeverloze zoektocht naar kwaliteitsconcepten en instrumenten?
- De verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg wordt beschouwd als **een gedeelde verantwoordelijkheid van de gebruikers, de voorzieningen en de overheid**. De Vlaamse overheid neemt een onafhankelijke positie in voor de bewaking en handhaving van de kwaliteit van de zorg. Waar nodig kan zij contouren bepalen waarbinnen de voorzieningen minimaal hun kwaliteitsbeleid dienen te voeren. De rol die een overheid inneemt op vlak van kwaliteit van zorg wordt meegenomen voor verdere lezing en toetsing.
- **samenspraak, overleg en afstemming** zijn kritische succesfactoren voor het welslagen van de kwaliteitszorg. De eindverantwoordelijkheid voor het gevoerde kwaliteitsbeleid en de resultaten wordt bij de hoogste leiding van de inrichtende macht gelegd. Het belang van de functie van kwaliteitscoördinator als facilitator van kwaliteitszorg wordt onderstreept maar niet opgelegd. In het onderzoek wordt bekeken hoe dit in de praktijk concreet vorm krijgt (interviews, focusgroep).

Bij het bepalen van sectorale en voorzienings specifieke invullingen kan de overheid onder meer rekening houden met de grootte en de aard van de voorziening. De eigenheid van de sector, het

type voorziening, de grootte en de aard van de voorziening lijken in dit opzicht relevante criteria bij de selectie van respondenten.

- **het institutionele kader**, zijnde de specifieke bevoegdheidsverdeling in België waarbij bepaalde takken met betrekking tot gezondheid tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren (i.c. de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen). Sinds de invoering van dit decreet en nu is in België intussen een 6^{de} staatshervorming is doorgevoerd. Daardoor is de situatie zoals voorgesteld in deze memorie mogelijks niet meer actueel. In de memorie van toelichting besluit men hieruit dat de (federale) zorgverstrekkers bijgevolg ten volle dienen betrokken te worden bij de uitwerking van de kwaliteitszorg. Die betrokkenheid vormt de kern van het vorige uitgangspunt, met name ‘samenspraak, overleg en afstemming’.

In de beleidsnota WVG 2014-2019 wordt de doelstelling geformuleerd om dit kwaliteitsdecreet te herzien. Overwogen wordt of een betere afstemming tussen het ‘erkenningsbeleid’ en de ‘opvolging van kwaliteitsindicatoren’ en het al dan niet transparant maken ervan, een specifiek kwaliteitsdecreet met sectorale uitvoeringsbesluiten overbodig kan maken (Vlaamse Regering, 2014, p.57). Op dit moment is het decreet nog van kracht. Aangaande de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren kondigde dezelfde beleidsnota de oprichting aan van een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) (Vlaamse Regering, 2014, p.58). Het VIKZ werd in 2017 opgericht en heeft als missie *‘om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in die sectoren die daaromtrent met de vereniging een overeenkomst hebben afgesloten transparant te maken en te verbeteren teneinde het Vlaams kwaliteitsbeleid in de zorg verder te ontwikkelen’* (VIKZ, 2019). De Raad van Bestuur is gevormd door een vertegenwoordiging van gebruikers, verschillende sectoren, wetenschap en overheden. De verschillende sectoren worden geclusterd in 4 feitelijke verenigingen: 1) Eerstelijns, 2) Geestelijke Gezondheidszorg, 3) Residentiële ouderenzorg en 4) Algemene ziekenhuizen. In het beleidsplan 2019-2023 van het VIKZ (2019) staat de integratie van nieuwe sectoren (eerstelijns en woonzorg) als één van de prioritaire doelstellingen.

De focus van dit onderzoek ligt niet op de specifieke bevoegdheidsverdeling maar toch is het van belang om in het onderzoek rekening te houden met de landelijke context. De bevoegdheidsverdeling is op bepaalde vlakken flinterdun. Dat blijkt te meer uit de vaststelling dat op 4 april 2019 een kwaliteitswet door het federaal parlement werd gestemd. Door deze kwaliteitswet wordt een coherent wettelijk kader van kwaliteitseisen gecreëerd met het oog op kwaliteitsvolle en veilige verstrekkingen van gezondheidszorgbeoefenaars (Domus Medica, 2019). Het toepassingsgebied betreft aldus enkel de gezondheidszorgbeoefenaars zoals vermeld in de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG, 2015), onafhankelijk van de context waar de zorg verleend wordt. Voor dit onderzoek is deze wet dus van toepassing op de thuisverpleging. Aspecten die in de wet

geregeld worden betreffen onder meer het aantonen dat men bekwaam is om zorg te verstrekken; het deelnemen aan wachtsystemen, een register waarin staat wie welke zorg aanbiedt en met welke andere zorgverstrekkers hij samenwerkt, een portfolio waarmee zorgverstrekkers kunnen aantonen dat ze zich voortdurend bijscholen, de inhoud van het patiëntendossier en de toegang ertoe. Een federale commissie zal erop toezien dat zorgverstrekkers de verschillende kwaliteitsvereisten naleven (Domus Medica, 2019).

2.3.2 Verdieping van een aantal begrippen

In dit deel wordt gezocht naar een definitie van kwaliteit en naar een verdieping van andere relevante begrippen die in de regelgeving worden geïntroduceerd.

2.3.2.1 Quality: What's in a name?

Wat is kwaliteit eigenlijk? Baart (2018) bevestigt dat dit een lastig te beantwoorden vraag die weinig onderzocht werd. Vaak gaat men uit van een bedrijfskundige definitie maar onderzoekt men niet of nauwelijks kwaliteit als concept, idee of filosofie. Voor dit onderzoek wordt gekozen voor een ruime benadering die aansluit bij het internationale concept van 'Total Quality Management'. Demuzere (2012) plaatst hiernaast de Nederlandse term 'Integrale kwaliteitszorg'. Dergelijke definitie is terug te vinden in Verhagen (2010). Verhagen (2010, p.24) definieert kwaliteit als de mate waarin **(1) het proces en het resultaat van een geleverde dienst (2) voldoen aan de behoeften en verwachtingen van relevante belanghebbenden (3) in relatie tot de visie van de organisatie**. Dit komt tot uitdrukking in **(4) objectieve en subjectieve beoordelingen van de belanghebbenden**.

- (1) Proces en resultaat van een geleverde dienst:** Verhagen (2010) stelt dat kwaliteit in de sociaal-agogische sector niet alleen betrekking heeft op het resultaat maar ook op hoe de dienstverlening tot stand komt. Haar punt is dat de kwaliteit van het proces dus minstens zo belangrijk is als het resultaat. Kwaliteit gaat dus over het resultaat, én over het proces.
- (2) Behoeften en verwachtingen van relevante belanghebbenden:** Verhaegen (2010) maakt een onderscheid tussen interne en externe belanghebbenden. **Interne belanghebbenden** zijn de medewerkers van de voorziening, van directie tot uitvoerend personeel. Om kwalitatieve hulpverlening te bieden baseren hulpverleners zich op professionele standaarden. **Externe belanghebbenden** zijn partijen buiten de organisaties. Verhagen (2010) stelt dat het de verantwoordelijkheid van de organisatie is om de verschillende behoeften en belangen van de verschillende belanghebbenden met elkaar te verenigen. Dat maakt dat het hart van het kwaliteitsstreven in de dialoog ligt. In de dialoog met de buitenwereld ligt de klemtoon op verantwoorden en legitimeren. De interne dialoog is gericht op leren en ontwikkelen. Kwaliteit

gaat dus over mensen en systemen van mensen, zowel in als uit de organisatie. Van Zoest (2010) gebruikt hiervoor het adagium 'quality is everybody's business'.

(3) Visie van de organisatie : De visie van de organisatie geeft uitdrukking aan de opdracht en zegt waarvoor de organisatie staat en waarvoor ze gaat. De visie vormt dus de leidraad van de dialoog die de organisatie aangaat met de verschillende partijen.

(4) Subjectieve en objectieve beoordelingen : Verhagen (2010) stelt dat de diverse partijen verschillende belangen en dus ook verschillende eisen en oordeel hebben over het aanbod. Subjectieve oordelen spelen vooral maar niet alleen een rol bij klanten. Ook andere partijen zoals de overheid, een zorgverzekeraar, of een partner oordelen op basis van hun eigen belang en perspectief (Verhagen, 2010, p.27).

Verder wordt er onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische kwaliteit. **Statische kwaliteit** omvat het intern regel- en controlesysteem dat bestaat uit afspraken, procedures, richtlijnen en protocollen waarover een organisatie beschikt om inzichtelijk te communiceren over wat de organisatie doet. Voorbeelden zijn procedurebeschrijvingen inzake aanmelding en intake, klachtenprocedures, gedragscodes, methodische richtlijnen (Verhagen, 2010). Daartegenover staat dynamische kwaliteit, of het deel van het werk dat moeilijk in standaarden te vatten is. **Dynamische kwaliteit** gaat uit van het lerend vermogen van de organisatie, met verbeteren en ontwikkelen als leidmotief door bijvoorbeeld reflectie, experimenteren, elkaar inspireren, blijk geven van waardering, de wijze waarop klanten worden bejegend, ... (Verhagen, 2010). Ook Ofman (2017) wijst op het dynamische van kwaliteit door te stellen dat wat nu als kwalitatief hoogwaardig ervaren wordt in de dienstverlening, volgend jaar anders kan beleefd worden (Ofman, 2010, p.174).

Een organisatie en de medewerkers moeten dus inzichtelijk communiceren over wat zij doen om de dialoog met alle partijen goed te voeren. Hiertoe beschikt de organisatie over afspraken, procedures, richtlijnen en protocollen. Dit intern regel- en controlesysteem wordt in Verhagen (2010) gedefinieerd als **statische kwaliteit**. Daartegenover staat dynamische kwaliteit, of het deel van het werk dat moeilijk in standaarden te vatten is. **Dynamische kwaliteit** gaat uit van het lerend vermogen van de organisatie, met verbeteren en ontwikkelen als leidmotief door bijvoorbeeld reflectie, experimenteren, elkaar inspireren, blijk geven van waardering, de wijze waarop klanten worden bejegend, ... (Verhagen, 2010). Ook Ofman (2017) wijst op het dynamische van kwaliteit door te stellen dat wat nu als kwalitatief hoogwaardig ervaren wordt in de dienstverlening, volgend jaar anders kan beleefd worden (Ofman, 2010, p.174).

Conclusie: Een aantal principes waarop het eerder besproken kwaliteitsdecreet gestoeld is worden in deze benadering van kwaliteit bevestigd. Deze definitie stelt dat het de verantwoordelijkheid is van de

organisatie om verschillende belangen van belanghebbenden met elkaar te verenigen. Dat verantwoordt meteen de keuze van de decreetgever om de eindverantwoordelijkheid van het gevoerde kwaliteitsbeleid bij de hoogste leiding van de inrichtende macht te leggen, en bijvoorbeeld niet bij een verplicht aan te stellen kwaliteitscoördinator. Ook de nadruk die Verhagen (2010) legt op de dialoog met de verschillende partijen, komt in het kwaliteitsdecreet (2003) expliciet terug wanneer samenspraak, overleg en afstemming als 1 van de 4 uitgangspunten naar voor wordt geschoven.

2.3.2.2 Kwaliteit van zorg

In haar visienota 'dichtbij en integraal' baseert de Vlaamse overheid zich op een definitie van het Institute of Medicine: *"De mate waarin gezondheidszorg voor individuen en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent is met de huidige professionele kennis"* (Vlaamse regering, 2016, p.14). Hoewel op te merken valt dat uit deze definitie de sociale context van zorg minder expliciet blijkt, verwijzen toonaangevende koepelvoorzieningen in Vlaanderen zoals Zorgnet-Icuro en het Vlaams Patiëntenplatform naar dezelfde definitie op hun website. Om dat concreet te maken moet kwaliteitsvolle zorg voldoen aan acht kenmerken: 1) effectief, 2) efficiënt, 3) tijdig, 4) toegankelijk, 5) billijk, 6) continu, 7) veilig en 8) patiëntgestuurd (Zorgnet-Icuro, 2019). Het Vlaams Patiëntenplatform voegt eraan toe dat patiënten, zorgverleners en overheden niet vanzelfsprekend dezelfde criteria hanteren bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg. Het platform vindt het erkennen van het patiëntenperspectief om die reden essentieel en voert een pleidooi voor transparantie over de kwaliteit van de zorg (Vlaams Patiëntenplatform, 2018). Die transparantie verloopt bij voorkeur via één keuzewebsite (Vlaams Patiëntenplatform, 2012). Een website die in Vlaanderen op vlak van kwaliteitszorg toonaangevend is, is www.zorgkwaliteit.be via dewelke thematisch kwaliteitsmetingen van ziekenhuizen naar het brede publiek worden ontsloten. Een definitie van kwaliteit van zorg is er niet terug te vinden.

2.3.2.3 Verantwoorde zorg

Opvattingen over verantwoorde zorg zijn aan veranderingen onderhevig en bijgevolg niet zomaar te vatten in regelgeving (Vlaams Parlement, 2003). Wel bepaalt het kwaliteitsdecreet (2013) dat verantwoorde zorg voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Ze maakt geen onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische of filosofische of godsdienstige overtuiging, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van vermogenstoestand van de betrokkenen. Ze waarborgt respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie aan en de inspraak van de gebruiker (art. 3, kwaliteitsdecreet, 2003).

De SARWGG geeft in een recente nota haar visie op maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Daarin vormen kwaliteit samen met performantie, relevantie, toegankelijkheid en sociale rechtvaardigheid de vijf uitgangspunten van maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning (SARWGG, 2018, p.8). Volgens de SARWGG dienen deze uitgangspunten tegen elkaar worden afgewogen in het maatschappelijk debat over welke zorg en ondersteuning men aan de burger in Vlaanderen wil bieden (SARWGG, 2018).



Figuur 5: Maatschappelijk verantwoorde zorg. Bron: SAR WGG, 2018

2.3.2.4 Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is gericht op verantwoorde zorg en wordt in het kwaliteitsdecreet (2003, art. 3) gedefinieerd als een deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Deze definitie is weinigzeggend. In het kader van dit onderzoek lijkt het belangrijk om op basis van kwaliteitsliteratuur aan deze eerder enge definitie meer body te geven.

Op de website van het Vlaams Welzijnsverbond¹ is een korte nota terug te vinden die de visie op kwaliteitszorg uitdrukt. Kwaliteitszorg wordt er beschreven als zijnde de rode draad doorheen het managementsysteem van de organisatie dat ten dienste staat van de kwaliteit van zorg. De belangrijkste

¹ een werkgeversorganisatie die 750 voorzieningen vertegenwoordigt in de sector welzijn

pijlers zijn 1) het beheren en het beheersen, 2) het verbeteren en 3) het creatief inspelen op nieuwe evoluties. Essentieel daarbij is de betrokkenheid van medewerkers en gebruikers (Vlaams Welzijnsverbond, z.d.). Van Zoest (2010) definieert kwaliteitszorg als het opzetten van een systeem om de kwaliteit van de dienstverlening te meten en vervolgens te verbeteren. Volgens van Zoest (2010) kan kwaliteitszorg ingezet worden vanuit drie functies die in elkaar grijpen: 1) kwaliteitsplanning, 2) kwaliteitscontrole en 3) kwaliteitsverbetering. Verhagen (2010) stelt dat in een organisatie quasi dagelijks gewerkt wordt aan kwaliteit en beleid op een ongerichte manier: ad hoc, onbewust, onsystematisch of persoonsgebonden. Wanneer het werken aan kwaliteitsverbetering een vaste plaats krijgt door middel van systematische, gerichte en geplande activiteiten, kan volgens Verhagen (2010) gesproken worden van kwaliteitszorg.

Vrij vertaald naar Van Zoest (2010) en Verhagen (2010) kan kwaliteitszorg gedefinieerd worden als de systematische organisatie van gerichte activiteiten die tot doel hebben de dienstverlening te meten en vervolgens te verbeteren, en dit vanuit drie managementfuncties, met name 1) kwaliteitsplanning, 2) kwaliteitscontrole; 3) kwaliteitsverbetering.

2.3.2.5 Het kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid omvat de intenties van een voorziening met betrekking tot kwaliteit en wegen daar naartoe, formeel uitgedrukt in een verklaring van het management. Het kwaliteitsbeleid bestaat uit ten minste uit een missie, een visie, doelstellingen en een strategie en moet de basis leggen voor de formulering van de kwaliteitsdoelstellingen (kwaliteitsdecreet, 2003).

Deze definitie uit het kwaliteitsdecreet haakt in op wat hogerop werd geschreven uit Verhagen (2010) en wordt voor dit onderzoek voldoende werkbaar beschouwd. Ze geeft duidelijk aan dat kwaliteitsbeleid onlosmakelijk verbonden is met het strategisch management van de organisatie en in lijn is met het algemeen beleid van de voorziening, wat de keuze van de decreetgever motiveert om de eindverantwoordelijkheid van het kwaliteitsbeleid te leggen bij de hoogste leiding van de inrichtende macht.

2.3.2.6 Kwaliteitsmanagementsysteem en zelfevaluaties

Het kwaliteitsdecreet (2003) bepaalt dat voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid een kwaliteitsmanagementsysteem en een zelfevaluatie nodig zijn. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen (Art.5, kwaliteitsdecreet, 2003).

Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de

voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert (kwaliteitsdecreet, 2003).

Verhagen (2010) stelt dat het de verantwoordelijkheid is van elke individuele medewerker om input te geven over hoe de kwaliteit kan verbeterd worden. Daartoe hanteren veel organisaties een kwaliteitssysteem. De International Organization for Standardization (2015) definieert een kwaliteitsmanagementsysteem als een manier om te omschrijven hoe een organisatie tegemoetkomt aan de eisen of verwachtingen van haar klanten en andere belanghebbenden die door haar activiteiten gevat zijn. Volgens Verhagen (2010, p.32) stuurt een kwaliteitssysteem het nadenken over beleid en kwaliteit op een gestructureerde en gedetailleerde manier. Het stelt het management van een organisatie in staat om op basis van de maatschappelijke veranderingen en beleidsveranderingen, zich voortdurend af te vragen of de goede dingen nog worden gedaan en of die dingen nog goed worden gedaan (Verhagen, 2010, p.32).

In de memorie van toelichting bij het kwaliteitsdecreet (2003) wordt gesteld dat de Vlaamse overheid geen kwaliteitsmanagementsystemen oplegt. Mede door een gestegen kennis over kwaliteit heeft dit geleid tot een steeds groter aanbod van kwaliteitsmanagementtechnieken. Bouckaert et al. (2009, p.10) stellen dat als gevolg hiervan verschillende modellen geconstrueerd (EFQM, CAF, ISO,...) werden die elk hun eigen normen bepalen voor kwaliteitssystemen en erop gericht zijn om de Total Quality Management benadering op een relatief eenvoudige manier de organisatie binnen te brengen. Ondanks de diversiteit aan systemen zijn er volgens Verhagen (2010) enkele basisprincipes die voor elk kwaliteitssysteem gelden:

1. Processen zichtbaar maken: procesbeschrijvingen geven inzicht in de routes die een klant kan doorlopen in de organisatie en welke processen hiervoor als dusdanig risicovol zijn dat ze vastgelegd moeten worden;
2. Inspirerend leiderschap: helder verwoorden van missie, visie en kernwaarden en de mate waarop de leiding de medewerkers inspireert tot 'leren en ontwikkelen';
3. Klantgerichtheid: de mate waarin de organisatie rekening houdt met de verwachtingen van de klant en hen betreft in de processen;
4. Betrokkenheid van medewerkers: de manier waarop de organisatie de kwaliteiten en inzet van de medewerkers maximaal benut;
5. Resultaatgerichtheid: het afmeten van de inzet van mensen en middelen aan de mate waarop zij bedragen aan het resultaat voor de belanghebbenden bij het proces;

6. Continu leren en verbeteren: de mate waarin de leiding de bereidheid heeft om leerprocessen te stimuleren;
7. Samenwerken met partners in netwerken: identificeren van de diverse partners en hun verwachtingen en waarderen van hun inbreng;
8. Verantwoordelijkheid t.o.v. de samenleving en het maatschappelijk belang: de interactie van de organisatie met de samenleving en maatschappelijke ontwikkelingen.

In hoofdstuk 2.5 worden een aantal kwaliteitsmanagementsystemen toegelicht.

2.4 Internationale wetenschappelijke literatuur

Zoals in de methodologie van het literatuuronderzoek beschreven en schematisch weergegeven wordt de internationale literatuur besproken op basis van thema's die vanuit de contextliteratuur vooruit zijn geschoven.

2.4.1 Kenmerken van thuiszorg

Macrae en Steward (2019) stellen vast dat andere industrieën reeds tientallen jaren spenderen aan het ontwikkelen van instrumenten, methoden, strategieën en technieken om kwaliteit en veiligheid te verhogen. Deze auteurs concluderen dat het dus interessant en efficiënt kan zijn om voor het verbeteren van de zorg te leren van andere industrieën zoals de luchtvaart, wagen- en luchtvaartindustrie. Succesvolle voorbeelden in de zorg zijn simulatietraining, patiëntenoverdracht en gestructureerde communicatie. Het lean gedachtengoed, de PDCA-methodiek en statistische proces controle zijn geïmporteerd uit deze sectoren. Veel van deze methoden lijken op het eerste zicht simpel, maar onderzoek toont aan dat ze niet altijd consistent of effectief worden toegepast in de gezondheidszorg. Een van de belangrijkste redenen die de auteurs aanhalen is dat het zorgen voor patiënten fundamenteel verschilt van wagenproductie of de luchtvaart. De hulpverlening is uniek omwille van de intimiteit, complexiteit en gevoeligheid van de diensten zelf, als omwille van het vertrouwen, de meelevendheid en de empathie op basis waarvan de dienstverlening vorm krijgt (Macrae & Stewart, 2019). De auteurs concludeerden in recent onderzoek (Macrae & Stewart, 2019) dat inspanningen om verbeterstrategieën van de ene setting over te nemen naar de andere, slechts waardevol kunnen zijn, mits rekening wordt gehouden met onder andere een goed begrip van contextuele, praktische en structurele verschillen tussen de settings. Om die reden wordt in dit luik ingezoomd op specifieke kenmerken van thuiszorg zoals teruggevonden in de internationale literatuur, om deze mee te nemen ter toetsing in het empirisch onderzoek.

- Vanuit kwaliteitszorg oogpunt is volgens Leff, Carlson, Saliba & Ritchie (2015) de thuisgebonden patiënt een relatief onzichtbare patiënt. De onmogelijkheid van deze patiënten om gebruik te

maken van traditionele zorgpraktijken omwille van complexe en chronische problemen vraagt om een interdisciplinair zorgmodel dat voorziet in ***zorgverlening in de verblijfplaats van de patiënt***.

- Medicare, de Amerikaanse zorgverzekering, geeft een definitie aan thuisgebonden patiënten om daar het erkenningsbeleid voor thuiszorgvoorzieningen op af te stellen. Medicare beschouwt thuisgebonden personen als die patiënten die ***aangewezen zijn op hulp(middelen) of hulp van derden*** om de thuisomgeving te verlaten of die personen aan wie het verlaten van de woonst medisch niet toegelaten is (Department of health & human services, 2013). Leff et al. (2015) stellen dat dit een enge benadering is. Verschillende studies wijzen op ***een combinatie van medische, psychiatrische, functionele en sociale problemen*** en benadrukken vooral de aanwezigheid van een complexe medische en sociale comorbiditeit bij thuisgebonden patiënten (Leff et al., 2015; Stall, Nowaczynski, & Sinha, 2014).
- Verschillende auteurs wijzen erop dat eerstelijns thuiszorg in vergelijking met andere sectoren ***minder gecoördineerd*** is (Leff et al., 2015; Reckrey et al., 2015). Net omwille van de complexe noden in de langdurige zorg aan huis moeten verschillende disciplines zoals artsen, verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen en deskundige therapeuten samengebracht worden in ***interdisciplinaire teams*** om tegemoet te komen aan de complexe behoeften. Team-based modellen met een focus op zorgcoördinatie en casemanagement gericht op continuïteit van zorg zijn nodig om de kwaliteit te verbeteren van zorg aan personen met complexe en langdurige zorgbehoeften (Leff et al., 2015; Reckrey et al. 2015).
- Uit een systematisch literatuuronderzoek van Stall et al. (2014) naar de effecten van eerstelijns thuiszorg voor zorgbehoevende ouderen concluderen zij dat eerstelijns thuiszorgprogramma's een daling kunnen teweegbrengen van het aantal ziekenhuisopnames, de ***toegankelijkheid van de langetermijnzorg*** verhogen net als de tevredenheid van de zorggebruiker en zorgverlener over de geleverde zorg. Hoewel zij wijzen op de noodzaak aan verder en meer onderzoek stellen zij dat thuiszorg algemeen ***bijdraagt aan de kwaliteit van leven*** en noodzakelijk is voor de duurzaamheid van gezondheidssystemen in een steeds ouder wordende samenleving.

2.4.2 Evoluties op vlak van kwaliteitsmanagementsystemen

Het schema van Löffler (2002, p.16) zoals hieronder weergegeven toont aan dat kwaliteitsconcepten doorheen de jaren geëvolueerd zijn. Löffler (2002) stelt dat als omgevingsfactoren gestaag blijven veranderen, dat ook de verwachtingen ten aanzien van kwaliteitsmanagementsystemen mee zullen evolueren. Demuzere (2012) wijst op een verschuiving doorheen de tijd van een objectieve,

producentgeoriënteerde invulling naar een meer subjectieve, consumentgeoriënteerde invulling van het begrip kwaliteit.

Time period	1945-1949	1949 – 1951	1951 – late 1960s	late 1960s-1980s	1980s - present
Definition of quality	conformance to technically specified norms and standards	conformance to technically specified norms and standards	fitness for use	conformance to customer requirements	achieving maximum of customer satisfaction
Quality management system	quality inspection	statistical quality control	system-oriented quality assurance	company-wide quality-control	total quality management
Parameter of the quality management system	final product	final product	production process	customer needs	customer expectations
Management instruments	standardization	statistical methods	root cause analysis	quality function deployment	continuous improvement
Era	basic needs era	basic needs era	growth era	quality era	quality era
Technological change	mass production	mass production (Fordism)	short product life-cycles	service economy	service economy
Types of markets	seller markets	seller markets	buyer markets	satisfied and globalised markets	satisfied and globalised markets
Types of goods	search goods	search goods	experience goods	experience goods	experience goods
Perspective on quality	producer-oriented (internal)	producer-oriented (internal)	consumer-oriented (external)	producer- and customer – oriented (external and internal)	producer, supplier, customer, and competitor oriented
Quality measurement	objective concept	objective concept	subjective concept	subjective concept	subjective and objective concepts
Quality assessment	third-party assessment	third-party assessment	third-party assessment	self-assessment	self-assessment
Time dimension	static	static	dynamic	dynamic	dynamic

Tabel 1: De evolutie van kwaliteitsconcepten. Bron: Löffler, 2002

Demuzere (2012, p.33) rapporteert met betrekking tot de evolutie van het kwaliteitsmanagement een verschuiving van een klemtoon op de geleverde dienst (kwaliteitsinspecties) over een focus op de processen (kwaliteitswaarborging) tot het management van alle aspecten van de organisatie (integrale kwaliteitszorg). Kwaliteit wordt een maatstaf voor een goed functionerende organisatie, waardoor kwaliteitsmanagement steeds dichter komt te liggen bij algemeen organisatiemanagement. Bij TQM ligt de nadruk op continue verbetering van alle productiefasen en niet enkel op de controle van het eindproduct. Ook Donabedian (1988) wees reeds eerder op het gegeven dat de informatie die kwaliteit van zorg beïnvloeden geclassificeerd kunnen worden onder drie categorieën: structuur, proces en outcome. Uitdagingen voor volledige en accurate informatie situeren zich vooral op het procesniveau en het niveau van de uitkomsten voor zorgbehoeften.

Veel aandacht gaat recent ook naar het betrekken van medewerkers bij kwaliteitsverbetering. Meredith et al. (2018) concluderen uit onderzoek dat betrokkenheid van teamleden in kwaliteitsverbetering transformaties vergemakkelijkt. Evidence-based quality improvement (EBQI) zien zij als een systematische methode om grote organisatieveranderingen te ondersteunen.

2.4.3 Rol van de overheid op vlak van kwaliteitszorg

Bij de totstandkoming van het nieuwe kwaliteitsdecreet in Vlaanderen in 2003 werd erover gewaakt om geen bevoegdheidsproblemen te krijgen. Dat brengt ons tot het inzicht dat de keuze om het epicentrum van het kwaliteitsbeleid in de voorziening te leggen - wat een nobel principe is vanuit het idee van responsabilisering – mogelijks mede is ingegeven vanuit de omzichtigheid bevoegdheidsconflicten met het federale bestuursniveau te vermijden. Het is interessant om in de internationale literatuur na te gaan welke opties andere landen in dat verband nemen.

Zwitserland kent een gelijkaardige situatie wat regelgevend initiatief en de keuze voor een eerder onafhankelijke rol betreft. In Zwitserland heeft men in 1994 bepalingen omtrent kwaliteit van zorg ingeschreven in de wet op de zorgverzekering (Goetz et al., 2015). Kaderli et al. (in Goetz et al., 2015) stellen vast dat, hoewel de regelgeving geen specifieke voorwaarden stelt, sindsdien het aantal kwaliteitsinitiatieven fors is gestegen, met een grote diversiteit aan dekking en thema's.

Uit de literatuurreview van Genet et al. (2011) blijkt dat verschillende landen beschikken over regelgeving of beleid inzake kwaliteit. In Noorwegen probeerde de nationale overheid **kwaliteitsverbetering aan te moedigen** op een gemeentelijk niveau. In het Verenigd Koninkrijk is er de ontwikkeling van een skilled workforce die essentieel is voor de kwaliteit van social care. De overheid heeft er organisaties ontwikkeld die de kwaliteit van thuiszorgprofessionals stimuleren en monitoren. Portugal en Engeland promoten de opleiding van zorgverstrekkers. In Polen hanteert men strikte opleidingsvoorwaarden voor thuisverpleging.

Wat de controle betreft stellen Genet et al. (2011) in Europese context weinig **kwaliteitscontrole** vast in Finland, en veel in Nederland. Buiten Europa wijzen De Abreu et al. (2018) op de keuze van het Braziliaans ministerie van gezondheid om te starten met een "National Program for Primary Care Access and Quality Improvement in Brazil". Dit nationaal programma monitort, evalueert en biedt technisch-wetenschappelijke ondersteuning met als doel de kwaliteit van processen op de eerste lijn te verbeteren en managers aan te sporen om **strategieën te zoeken voor gelijkheid en een gebiedsdekkend gezondheidsaanbod**. Eén van de onderdelen van dit programma is externe evaluatie door onderwijs- en onderzoeksinstituten die ter plekke toegankelijkheid en kwaliteit nagaan. De keuze in Brazilië is dus enigszins te vergelijken met de Vlaamse keuze die gemaakt wordt met de opstart van het VIKZ. Uit onderzoek naar kwaliteitsverbeteringsinitiatieven op de eerstelijns in Ontario stellen Sibbald, McPherson, & Kothari (2013) vast dat de complexiteit door een provinciale bevoegdheid en pilootprojecten een geïntegreerde aanpak bemoeilijken.

Kwaliteit gerelateerd aan **financiering** is weinig aanwezig. Hespe, Rychetnik, Peiris, & Harris (2018) stellen zelfs dat inspanningen voor kwaliteitsverbetering in huidige financieringsmodellen tot

verminderde inkomsten leiden. Boeckstaens en De Maeseneer (2017) concluderen dat men in België eerder voorzichtig moet zijn bij de invoering van P4Q-systemen (=betalingvormen die financiële stimuli koppelen aan kwaliteitsindicatoren) omdat daartoe eerst randvoorwaarden moeten vervuld zijn.

Lindhahl en Bakke (2010) van het Noors kenniscentrum voor gezondheidszorg onderzochten welke elementen moeten opgenomen worden in een nationaal kwaliteitssysteem voor eerstelijnsgezondheidszorg en komen tot volgende aanbevelingen:

- de doelstellingen moeten zijn: **documentatie en zichtbaarheid van kwaliteit; leren en kwaliteitsverbetering op een gecoördineerde manier**, en dat op alle vier de niveaus van diensten: het niveau van health care worker en patiënt; organisatieniveau, gemeentelijk niveau en nationaal niveau;
- een **partnerschap** model voor de ontwikkeling en implementatie met betrokkenheid van gebruikers en alle stakeholders in het proces;
- kwaliteit moet **gemeten** en gevisualiseerd worden op een voor gebruikers en werkers **bruikbare en begrijpbare** manier;
- de ontwikkeling van **kwaliteitsindicatoren** is essentieel;
- er is meer onderzoek nodig naar kwaliteitsverbetering op de eerstelijns;
- de onderzoekers bevelen een kwaliteitsunit aan, die een nationaal kwaliteitssysteem voor eerstelijnszorg ontwikkelt;
- verankering in regelgeving kan helpen om de focus op betere kwaliteit te verhogen, en er meer middelen voor vrij te maken.

2.4.4 Initiatieven tot kwaliteitsverbetering

Internationale vergelijking leert dat er in verschillende Europese landen een duidelijk belang wordt gehecht aan kwaliteitsindicatoren maar dat een internationaal gestandaardiseerd framework afwezig is (Engels et al., 2005). De auteurs onderzochten de mogelijkheid om tot een gezamenlijk kwaliteitskader te komen over 6 Europese landen heen gegeven de diversiteit van praktijken en verschillen in opvattingen over de eerstelijns binnen het geheel van het groter gezondheidszorgsysteem. De auteurs stellen over zes landen heen een grote consensus vast over criteria waaraan een goed kwaliteitsmanagementsysteem moet voldoen. Op het niveau van indicatoren blijkt een consensus moeilijker te vinden omwille van verschillende gezondheidszorgsystemen tussen landen. Zo scoren sommige landen indicatoren lager omdat ze in het betrokken land zodanig ingeburgerd zijn en bijgevolg irrelevant zijn (Vb. medische registratie in Nederland), andere worden lager gescoord omdat de regelgeving in het betrokken land het meten van een indicator niet mogelijk maakt (vb. indicatoren over het terugroepen van groepen van patiënten wat verboden is in Frankrijk).

In een recent onderzoek door Mutter et al. (2018) wijzen dan weer op de exponentiële toename van kwaliteitsindicatoren. Slechts weinig ervan zijn patiënt-georiënteerd of zeggen iets over outcome. Mutter et al. (2018) bevelen daarom aan dat kwaliteitsmanagement in de eerstelijnszorg een meer gedisciplineerde aanpak veronderstelt, gebaseerd op vier fundamentele principes, die intergerelateerd moeten zijn:

1. holistische wijze benadering van gezondheid. Het huidig kwaliteitsparadigma op de eerstelijns is teveel ziekte-, biomedisch en procesgeoriënteerd. Het nieuwe paradigma moet holistisch en patient-centered zijn;
2. bijdragen tot de quadruple aim² als een dynamisch geheel (en geen som van zijn vier delen).
3. kwaliteitsindicatoren beschouwen als instrumenten van kwaliteit en niet als resultaten van kwaliteit;
4. kwaliteitsresultaten op de eerstelijns hangen af van therapeutische relaties die gebaseerd moeten zijn op vertrouwen en professionaliteit.

Leff et al. (2015) stellen vast dat in de VSA thuiszorg vrijwel systematisch buiten het vizier valt van de nationale dialogen rond de kwaliteit van zorg. De auteurs ontwikkelden een framework gericht op de thuiszorg. Zij kwamen tot een lijst van 10 kwaliteitszorgdomeinen en 32 standaarden die specifiek zijn voor medische thuiszorg (zie bijlage 4).

Morris, Fries, Frijters, Hirdes & Steel (2013) ontwikkelden voor de thuiszorg 23 kwaliteitsindicatoren die toelaten dat een thuiszorgvoorziening zicht krijgt op zijn prestaties. Deze indicatoren zijn afgeleid uit twee assessments uit de interRAI suite: de Community Health Assessment en de Home Care Assessment. Foebel et al. (2015) testten deze 23 indicatoren uit in thuiszorgvoorzieningen in verschillende Europese landen. Zij concludeerden dat het interRAI-Home Care instrument gebruikt kan worden om de kwaliteit in Europese thuiszorgvoorzieningen vast te stellen en domeinen voor verbetering te identificeren. De sterk gestandaardiseerde manier van datacollectie in de interRAI-instrumenten laat toe om te benchmarken tussen voorzieningen en tussen landen. De Belgische versie van de interRAI-tool, BelRAI, doet ook in Vlaanderen zijn intrede. In Vlaanderen wil men in de toekomst het wetenschappelijk gevalideerd inschalingsstelsel BelRAI in alle sectoren van de zorg te gebruiken (Vandeurzen, 2018).

Volgens Baker en Olesen (1999) kunnen Continuous Quality Improvement (CQI) programma's leiden tot kwaliteitsverbetering van zowel systemen als individuen. Er zijn veel succesvolle voorbeelden van CQI in ziekenhuizen, maar veel minder in primary health care. Experimenten in Spanje en Portugal, USA, en Europa geven uiteenlopende resultaten. Geboers et al. (1999) onderzochten de toepasbaarheid van

² quadruple aim: hogere kwaliteit, minder kosten, meer gezondheid, kwaliteitsvol en haalbaar voor zorgverlener

kwaliteitsverbeteringsinitiatieven in kleinere eerstelijnszorgpraktijken. De auteurs concludeerden dat kleinere eerstelijnsorganisaties en éénmanspraktijken mits het gebruik van aangepaste modellen ook in de mogelijkheid zijn om te werken aan systematische kwaliteitsverbetering. Baker en Olesen (1999) stellen echter dat het ondersteunen van CQI-programma's tijd en middelen vragen, en dat verder onderzoek nodig is naar kosteneffectiviteit ervan op de lange termijn in vergelijking met andere activiteiten. Het onderzoek naar het effect wordt onder meer bemoeilijkt door 1) de hoeveelheid aan systemen en programma's, 2) de complexiteit van thuiszorgcontext waarin het effect moet worden getest en 3) het gegeven dat het effect ook op de langere termijn moet onderzocht worden. Een dergelijk longitudinaal onderzoek naar het effect van kwaliteitsmanagementsystemen op de eerstelijns werd gevoerd in Zwitserland op basis van het 'European Practice Assessment' (Goetz et al., 2015). Het programma doorloopt 4 stappen: 1) patiënten- en medewerkersbevragingen, 2) een visitatie door een externe auditor 3) gestructureerde feedback onder begeleiding van de auditor 4) formele certificatie voor een periode van 3 jaar. De auteurs geven aan dat deelname aan het programma niet verplicht is. Organisaties namen contact op met de EQUAM-stichting die instaat voor de formele certificatie ofwel op eigen initiatief ofwel op vraag van een netwerk waarvan zij deel uit maken. Praktijken die het assessment drie keer doorlopen hebben, waren beduidend groter op vlak van personeelsinzet (Goetz et al., 2015). Actieve betrokkenheid van een overkoepelende externe ondersteunende organisatie als sleutelingrediënt voor een succesvolle implementatie van kwaliteitsverbetering blijkt ook uit het onderzoek van Hespe et al. (2018). Bij degene die drie maal het assessment doorlopen hebben, werden significante verbeteringen vastgesteld in 3 van de 4 domeinen, waaronder patiëntveiligheid en informatie. De auteurs zijn echter voorzichtig om grote conclusies te trekken. De geobserveerde effecten zijn basis voor verder onderzoek en tegenargumenten voor een continuering van het programma werden niet geëvalueerd (Goetz et al., 2015).

2.4.5 Samenspraak, overleg en afstemming

In Vlaanderen wordt kwaliteitszorg als een gedeelde verantwoordelijkheid van alle stakeholders beschouwd, wat noopt tot een structureel en open overleg tussen overheid en die stakeholders. De recente oprichting van het VIKZ maakt dat concreet. De dialoog omtrent kwaliteit en indicatoren wordt per sector gevoerd via verschillende feitelijke verenigingen die deel uitmaken van het VIKZ (VIKZ, 2019).

In Zwitserland is er de nationale EQUAM-stichting die sinds 1999 instaat voor externe kwaliteitscontrole in de ambulante zorg (Goetz et al., 2015). Het forum is voorzien van een vertegenwoordiging van patiënten, artsengroepen, verzekeraars, mandatarissen en deskundigen. Zij staan in voor de organisatie van de European Practise Assesment indicators afgestemd op de Zwitserse context. De Australische

federale overheid stelde de Improvement Foundation aan om eerstelijnspraktijken te ondersteunen bij kwaliteitsverbetering.

In de USA heeft het Nationaal Kwaliteitsforum tot taak proces en outcome indicatoren te ontwikkelen (Leff et al., 2015). De vaststelling is echter dat er voor de thuiszorg geen specifieke werking bestaat. Om daaraan tegemoet te komen lanceerden Leff en Ritchie in 2013 een nationaal project met als doel het opzetten van een netwerk van organisaties met het oog op de ontwikkeling van een framework voor kwaliteit van zorg specifiek gericht op de thuiszorg. Het project werd gesteund door een viertal stichtingen wiens werking gericht is op onderzoek en gezondheidszorg. Het netwerk werd samengesteld uit 12 thuiszorgpraktijken, drie beroepsverenigingen, en drie patiëntenverenigingen. Het netwerk kreeg de naam “The National Home-based Primary and Palliative Care Network” (Leff et al., 2013).

2.5 Enkele kwaliteitsmanagementsystemen toegelicht

2.5.1 ISO9001

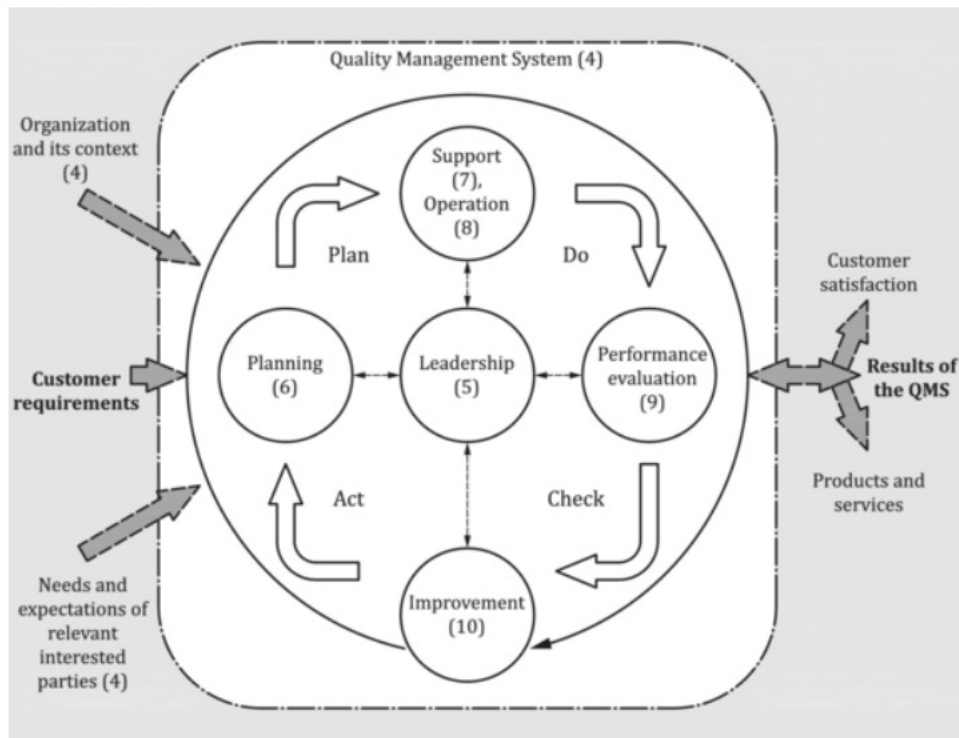
Een heel bekende internationale norm is die van de International Organisation for Standardisation (ISO). ISO is een niet-gouvernementele internationale organisatie bestaande uit een netwerk van 164 nationale standaardisatie-instituten. Deze instituten brengen experts samen om kennis te delen en marktrelevante standaarden te ontwikkelen. In 1994 werd de term product gedefinieerd zodat ook diensten hieronder vielen. Kwaliteit werd sindsdien meer benaderd als een totaalconcept gericht op verbetering van de dienstverlening. De gedachte van Total Quality Management maakte haar opgang (Bouckaert, Van Roosbroeck, Vervaeke & Demuzere, 2009).

ISO9001 is binnen de ISO-familie een norm die wereldwijd wordt toegepast om kwaliteitsmanagementsystemen op te zetten en te certificeren. Certificatie is een manier om aan stakeholders te tonen dat de standaard volgens de regels geïmplementeerd is, maar is geen vereiste voor ISO 9001 (ISO, 2015). ISO is zelf niet betrokken in de certificatie (ISO, 2019).

ISO 9001:2015 is de opvolger van de ISO 9001:2008. Verbeteringen ten opzichte van de vorige versie zijn een sterkere focus op risicobeheersing en het gebruik van de PDCA-cyclus in alle lagen van de organisatie (ISO, 2019). ISO9001 is gebaseerd op het idee van continue verbetering. Het specificeert niet wat de doelstellingen moeten zijn met betrekking tot kwaliteit, maar stelt voorwaarden op basis waarvan organisaties deze doelstellingen zelf formuleren en continu hun processen verbeteren om haar doelstellingen te halen. De norm is toepasbaar op elk type organisatie ongeacht de schaalgrootte of sector.

De zeven basisprincipes zijn 1) klantgerichtheid, 2) leiderschap, 3) betrokkenheid van medewerkers, 4) procesbenadering, 5) continue verbetering 6) evidence-based besluitvorming en 7)

stakeholdersmanagement. Het systeem is erop gericht om voor elk aspect in het systeem volgende domeinen te belichten: 1) context van de organisatie, 2) leiderschap, 3) planning 4) ondersteuning 5) activiteiten, 6) evaluatie 7) verbeteren. Onderstaande figuur illustreert hoe de structuur van deze standaard kan weergegeven worden in relatie tot de PDCA-cirkel (ISO, 2015)



Figuur 6: Weergave van de structuur van de internationale standaard ISO9001 in de PDCA-cirkel

Veel brancheorganisaties hebben hiervan een eigen norm voor hun branche afgeleid. Een voorbeeld daarvan is de HKZ-norm voor de zorg- en welzijnssector (Verhagen, 2010, p.87).

2.5.2 HKZ-model

HKZ stelt kwaliteitsnormen op voor ruim 30 branches in zorg en welzijn, inclusief thuiszorgorganisaties. HKZ is goed voor 4000 certificaten en meer dan 10.000 organisaties. De HKZ is vooral actief in Nederland maar heeft inmiddels een aangepaste norm voor woonzorgcentra die aan Vlaamse erkenningsvoorwaarden voldoen (HKZ, 2019). Zoals Verhagen (2010, p. 87) stelt zijn de HKZ-normen gebaseerd op de ISO 9001-normen. De ISO compatibele sectorspecifieke HKZ-normen zijn ontstaan vanuit de behoefte in de verschillende sectoren van zorg en welzijn in Nederland (HKZ, 2019).

De normen hebben betrekking op zowel de kwaliteit van de zorgprocessen als op de organisatorische kwaliteit. Ze stellen eisen aan het primaire proces: intake/indicatie, de uitvoering van de diensten en evaluatie/nazorg. Daarnaast moeten ook ondersteunende processen zoals het personeelsbeleid, diensten voor derden aan specifieke eisen voldoet. Een onafhankelijke instelling kan een certificaat

verlenen, wat een HKZ-keurmerk wordt genoemd. Een certificaat is 3 jaar geldig en een jaarlijkse tussentijdse toetsing is verplicht. HKZ stelt een inzichtelijk schema ter beschikking die een organisatie helpt om te bepalen welke norm voor haar van toepassing is.

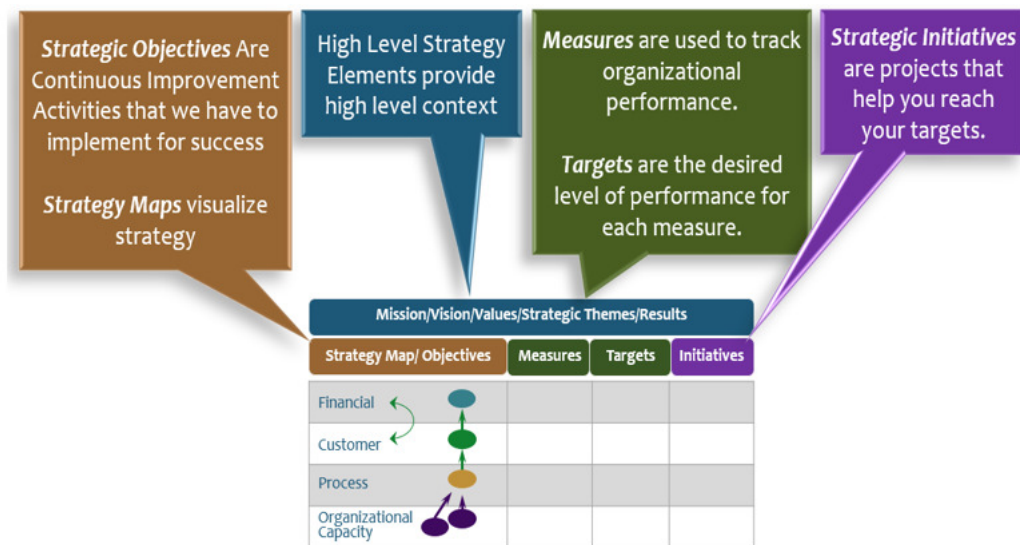
Welke norm past bij uw organisatie?

Norm	ISO 9001	NEN-EN 15224	HKZ-norm ISO 9001	HKZ Kleine Organisaties	HKZ Zorg & Welzijn
Kenmerken					
Algemeen / zorg specifiek	ISO 9001 Algemeen – ook voor bedrijfsleven	ISO 9001:2015 + zorgthema's	ISO 9001:2015, gemaakt voor specifieke sectoren	Gebaseerd op ISO 9001:2015. Vertaald naar kleine zorg-organisaties t/m 10 fte	Gebaseerd op ISO 9001:2015. Vertaald naar organisaties binnen zorg & welzijn
Nationaal / internationaal	Internationaal	Internationaal (Europees)	Nationaal	Nationaal	Nationaal
Actuele thema's	Verbeteren, risicomanagement, stakeholdermanagement, leiderschap	Verbeteren, risicomanagement, stakeholdermanagement, leiderschap 11 kwaliteitsaspecten	Verbeteren, risicomanagement, stakeholdermanagement, leiderschap Client-patiëntveiligheid	Verbeteren, risicomanagement	Verbeteren, risicomanagement, stakeholdermanagement Client-patiëntveiligheid, veiligheidscultuur, eigen regie patiënt, governance
Toepasbaarheid / implementatie	Vertaalslag naar zorg en kwaliteit zorg dient nog gemaakt te worden.	Deels vertaalslag naar zorg.	Vertaalslag naar specifieke zorgsectoren en herkenbare taal/ thema's.	Vertaalslag naar kleine organisaties in de zorg. Ook informatie over implementatie.	Minder eisen aan registraties en toegankelijk geschreven.
Centraal schemabeheer	Nee	Ja <ul style="list-style-type: none"> • Centraal register certificaten • Harmonisatie van toetsing door certificerende instellingen • Sectorspecifieke afspraken 	Ja <ul style="list-style-type: none"> • Centraal register certificaten • Harmonisatie van toetsing door certificerende instellingen • Sectorspecifieke afspraken 	Ja <ul style="list-style-type: none"> • Centraal register certificaten • Harmonisatie van toetsing door certificerende instellingen • Sectorspecifieke afspraken 	Ja <ul style="list-style-type: none"> • Centraal register certificaten • Harmonisatie van toetsing door certificerende instellingen • Sectorspecifieke afspraken • Afspraken die overlap in toetsing voorkomen
Onder toezicht <small>(Raad van Accreditatie / anders)</small>	Ja, hoeft niet Indien onder accreditatie, dan wordt deze gekoppeld aan het specifieke werkterrein 'Zorg' (AF 3B).	Ja Bij RvA of andere Europese Accreditatie-instantie. Gekoppeld aan specifieke clusters binnen Zorg & Welzijn.	Ja RvA controle Accreditatie is normspecifiek.	Ja RvA controle Gekoppeld aan specifieke clusters binnen Zorg & Welzijn.	Ja NEN schemabeheer controle

Figuur 7: HKZ-normentabel. Bron: HKZ, 2019

2.5.3 De balanced scorecard (BSC)

De BSC werd door Kaplan en Norton oorspronkelijk ontwikkeld voor private ondernemingen in de profitsector, maar het model maakte ook een sterke opmars in de publieke sector (Bouckaert et al., 2009). De naam 'Balanced scorecard' is afkomstig van de idee om aanvullend op de klassieke financiële prestaties van de organisatie ook te kijken naar andere strategische resultaatgebieden om een meer gebalanceerde kijk op de organisatie te krijgen (BSC, 2017).



Figuur 8: Model van de Balanced Scorecard (BSC). Bron: www.balancedscorecard.org

De BSC is uitgegroeid tot een strategisch managementinstrument, dat functioneert als een overkoepelend raamwerk om strategie te formuleren, te implementeren, te communiceren, en te leren uit het gehele strategische proces (Bouckaert et al., 2009, p.53-55).

De kerngedachte van de BSC is het operationaliseren van de missie en de strategie van de organisatie in kritieke, meetbare succesfactoren. De strategie wordt vertaald naar strategische lange termijn doelstellingen (=destination statements) met daaraan gekoppelde operationele korte termijn doelstellingen. Bij de beschrijving van deze doelstelling wordt benoemd wat de kritische succesfactoren zijn. Door vervolgens concrete en meetbare indicatoren (=KPI's) uit te werken, kan dit alles periodiek opgevolgd worden (Bouckaert, 2009, p. 55).

De indicatoren worden traditioneel opgesteld vanuit 4 perspectieven: 1) financiën, 2) klanten, 3) interne processen en 4) het leer- en groeiperspectief (innovatie). In de publieke sector is vaak niet het financiële perspectief maar een kwaliteitsvolle dienstverlening de ultieme bestaansreden van organisaties. Net daarom wordt in publieke sectoren vaak ipv het financieel perspectief het klantenperspectief bovenaan geplaatst (Desmidt & Heene, 2013, p. 430).

Elk element en onderdeel van de BSC maakt deel uit van een oorzaak en gevolg relatie. Om de strategie te visualiseren en te meten worden een aantal strategische thema's bepaald. Deze verschillende strategische thema's bevatten indicatoren vanuit de 4 verschillende perspectieven. Dat maakt dat er een oorzaak-gevolg is tussen de indicatoren. Die relatie wordt weergegeven op een strategiekaart (Desmidt en Heene, 2013, p. 431), gevoegd in bijlage 5. Op basis van de uitgevoerde metingen worden labels toegekend aan de prestaties op de kritische succesfactoren. Als de organisatie haar doelstelling of norm binnen een bepaald perspectief haalt, krijgt ze een groen label, een oranje label als ze de doelstelling niet haalt, of als de doelstelling veraf is dan wordt een rood label toegekend. Rode en oranje

labels fungeren als knipperlichten om de prestaties die die perspectieven te verbeteren (Bouckaert, 2009, p.56). Op die manier zet de BSC voortdurend aan tot evaluatie en bijsturing.

2.5.4 NIAZ-Qmentum

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop. Beoordeeld wordt of deze hun organisatie zo hebben ingericht dat zij op een reproduceerbare wijze een acceptabel kwaliteitsniveau van zorg voortbrengen. Als dat het geval is krijgt de instelling een accreditatie voor vier jaar, waarna een volledige hertoetsing plaatsvindt. Tussentijds gaat het NIAZ de voortgang van de afgesproken verbeterpunten na. De accreditatiestatus beoogt derden - zoals patiënten, verzekeraars, overheden - het vertrouwen in een goed en veilig georganiseerde instelling te geven (NIAZ, 2015)

Het NIAZ richt zich op alle zorginstellingen, inclusief thuiszorgvoorzieningen, in Nederland en Vlaanderen die als een netwerk of keten functioneren. Dit doet zij aan de hand van een internationaal accrediteringsprogramma Qmentum. Het is gebaseerd op een Canadees programma en wordt wereldwijd in meer dan 1100 organisaties verspreid over 7000 locaties over de hele wereld. Het NIAZ heeft ook ervaring met accreditatie in de langdurige (thuis)zorg in Vlaanderen (NIAZ, 2015).

NIAZ toetst op 'wat' en niet op 'hoe'. De voorzieningen zijn vrij in de keuze voor een systeem, zolang het resultaat maar voldoet aan de accreditatie-eisen. Kiezen voor accreditatie door het NIAZ is dus geen keuze voor een bepaald 'systeem' (NIAZ, 2019). Iedere normenset is gericht op acht kwaliteitsdimensies: 1) Doelgroepgerichtheid, 2) Toegankelijkheid, 3) Veiligheid, 4) Arbeidsomstandigheden, 5) Cliëntgerichte zorgverlening, 6) Continuïteit van de zorgverlening, 7) Effectiviteit en 8) Efficiëntie.

Een voorziening die een NIAZ-accreditatie aanvraag doet, stelt een zelfevaluatierapport op basis van de NIAZ-kwaliteitsnorm. Een NIAZ-auditorenteam beoordeelt het zelfevaluatierapport om uit te maken of de organisatie klaar is voor een auditbezoek. Een belangrijke eis van het NIAZ is dat de voorziening een intern auditsysteem heeft. Dat houdt in dat elke werkeenheid van de instelling periodiek door interne auditoren – die zelf niet bij de werkeenheid zijn betrokken – wordt getoetst. Het NIAZ bouwt zijn beoordeling voort op deze interne audits. Na het auditbezoek maakt het auditorenteam een rapport van zijn bevindingen en verbeterpunten. De instelling maakt verplicht een actieplan waarin zij aangeeft wat zij met de verbeterpunten zal doen. Deze cyclus herhaalt zich na vier jaar (NIAZ, 2015).

2.5.5 EFQM

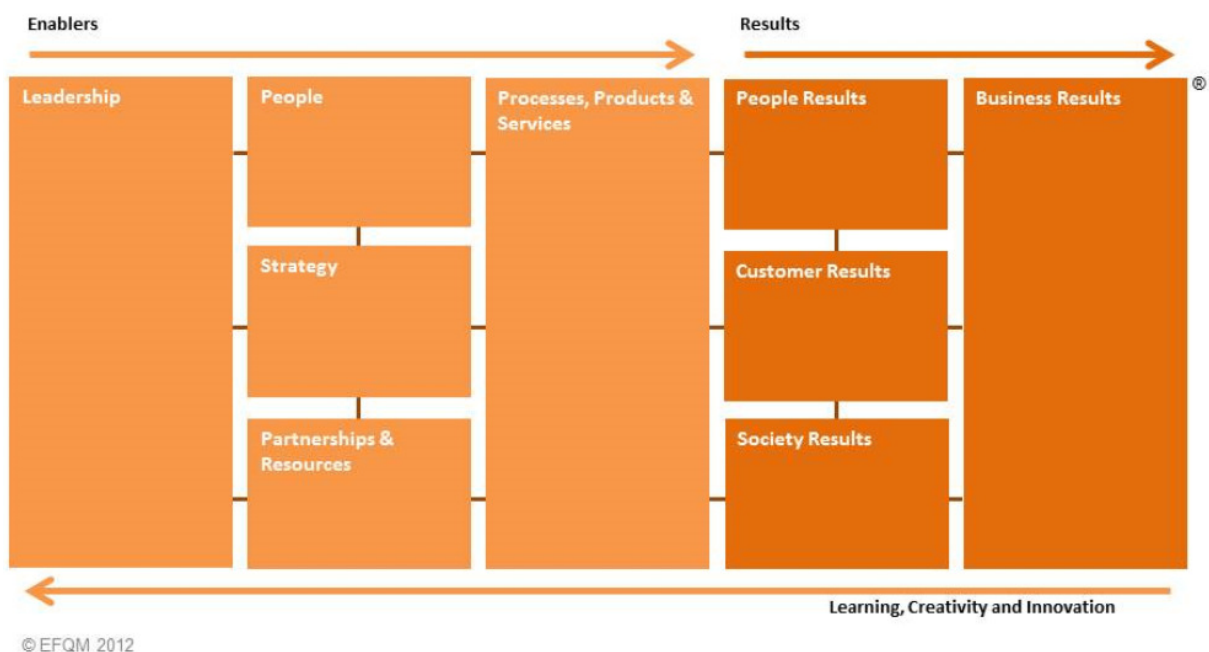
De 'European Foundation for Quality Management (EFQM)' is een Europees kwaliteitsplatform, in 1988 opgericht door 14 toonaangevende Europese bedrijven. Met steun van de Europese Commissie stelde

deze organisatie zich tot doel om voortdurende uitmuntendheid te bereiken in de Europese economie als reactie op de opmars van de Japanse en Amerikaans concurrentie (Bouckaert et al., 2009, p.77).

Het EFQM-model is het meest gebruikte organisatorische referentiekader in Europa. Het wordt gebruikt door meer dan 50.000 organisaties verspreid over de wereld (www.efqm.org). Het EFQM-model is een kader voor het uitvoeren van zelfevaluaties binnen de organisatie gebaseerd op de principes van integrale kwaliteitszorg (Bouckaert et al., 2009, p.77).

Het EFQM-model is gebaseerd op de vraag: “wat is bepalend voor het succes van organisaties die zich oriënteren op uitmuntende prestaties?” Het EFQM Excellence Model zoals hieronder voorgesteld is een niet-normatief raamwerk gebaseerd op negen criteria. Vijf van deze criteria zijn ‘Factoren’ (enablers) en vier ervan zijn ‘Resultaten’. De factoren omvatten wat een organisatie doet en hoe ze dat doet. De resultaten omvatten wat een organisatie bereikt. Resultaten worden veroorzaakt door factoren en factoren worden verbeterd door evaluatie van de resultaten (BBEST, 2019).

Een belangrijk onderscheid met het hierboven beschreven NIAZ, ISO of HKZ-model is dat het EFQM geen normen voorschrijft. Wel kunnen organisaties een formele erkenning krijgen voor de succesvolle toepassing van de principes van het EFQM-model (Bouckaert et al., 2009, p.77), zie bijlage 6. Er worden vijf niveaus onderscheiden (= de EFQM Levels of Excellence), van een instapniveau tot een ultiem niveau (BBEST, 2019).



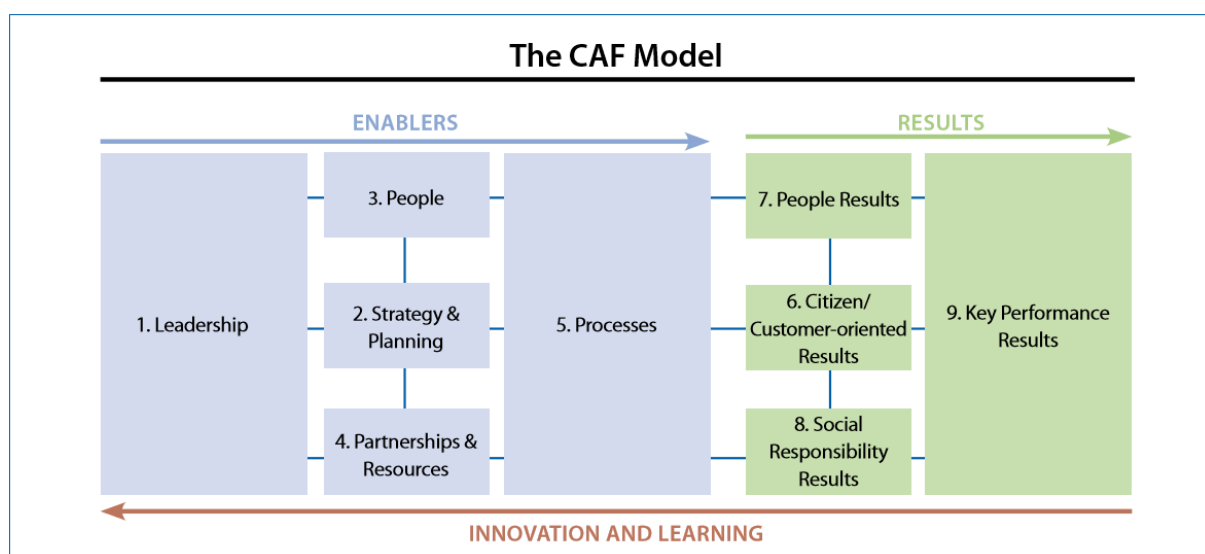
Figuur 9: Het EFQM Excellence Model. Bron: BBEST,2019

Heel wat modellen zijn afgeleid van het EFQM. Zo promoot het “Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK)” in nauwe samenwerking met EFQM een sterk gelijkend INK-model bij Nederlandse profit- en non-profitorganisaties (INK, 2019). Volgens Verhagen (2010, p.87) is het INK-model een vaak gebruikt zelfevaluatiemodel bij Nederlandse organisaties die werken aan continue verbetering maar zich niet aan één specifieke norm of certificaat willen verbinden.

2.5.6 CAF

Het Common Assessment Framework (CAF) is een integraal kwaliteitsmanagementinstrument dat zich specifiek richt naar de publieke sector (Desmidt & Heene, 2013). Het werd ontwikkeld op initiatief van een aantal leidend ambtenaren van overheidsdiensten afkomstig uit verschillende landen en onder meer gesteund door EFQM. Het is een zelfevaluatie instrument dat organisaties, meer specifiek overheidsorganisaties in staat stelt om sterke punten en verbeterpunten te detecteren en op basis daarvan acties te ondernemen. De organisatie wordt vanuit een holistisch perspectief geëvalueerd, vanuit verschillende perspectieven zoals weergegeven in het model (Bouckaert et al., 2009, p. 107).

Het uitgangspunt van het CAF-model is dat een excellente dienstverlening kan worden bekomen door 1) goed leiderschap, 2) een duidelijke strategie en planning, 3) opwaardering en betrokkenheid van de medewerkers, 4) het aangaan van partnerschappen en het goed beheer van modellen, en 5) activiteiten die vertaald worden in termen van processen in handen van proceseigenaars. Dit zijn de factoren die bepalend zijn voor hoe een organisatie functioneert en haar opdrachten uitvoert. Zij bepalen de resultaten van de organisatie ten aanzien van 6) haar klanten, 7) haar medewerkers, 8) de samenleving en haar 9) sleutelactiviteiten (Bouckaert et al., 2009).



Figuur 10: het CAF-model

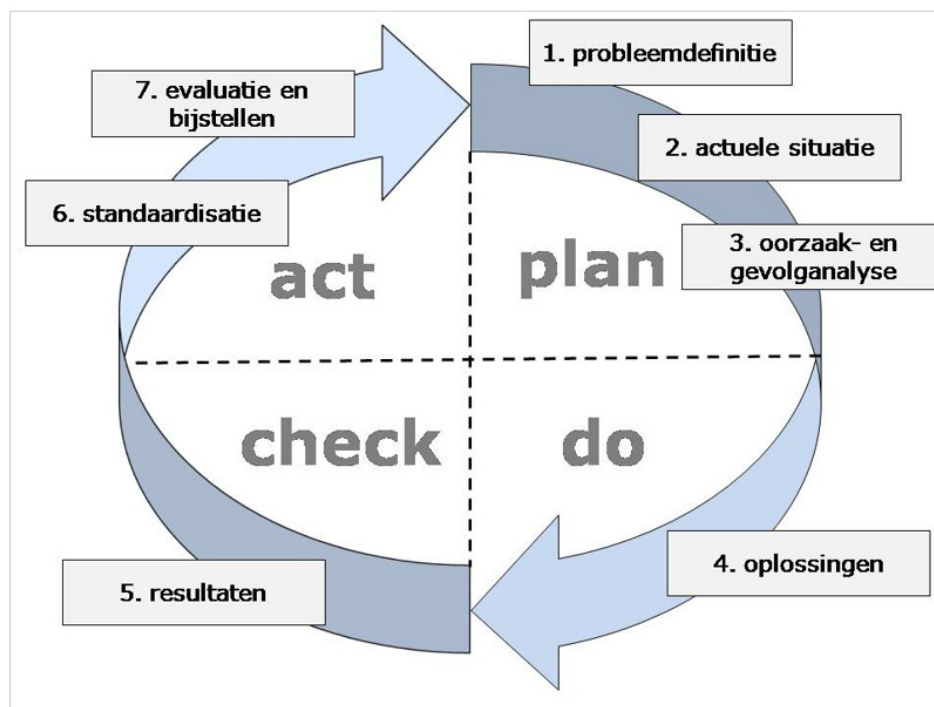
2.5.7 PDCA

Deming (1900-1994), grondlegger van de moderne kwaliteitsbeweging en inspirator van de PDCA-cirkel, definieert kwaliteit als het permanent verbeteren van de processen of het systeem door de variatie in de geproduceerde output te beperken (Bouckaert et al., 2009, p. 13).

De cyclische redenering van de Deming-cirkel of de PDCA-cirkel vormt de grondslag van een zelfonderhoudend kwaliteitsdenken. Het promoot een continu verbeteringsproces i.t.t. het nemen van losstaande, ad hoc verbeteringsinitiatieven (Bouckaert et al., 2009, p.14). Plan-do-check-act evolueerde naar plan-do-study-act omwille van de connotatie van 'check' met controle en inspectie. De cyclus bestaat uit volgende vier fasen (Verhagen, 2010, p. 30; Bouckaert et al., 2009, p.14):

1. Plannen: beleid vaststellen, dwz bepalen wat het gewenste resultaat zou moeten zijn, doelen stellen en een planning maken van activiteiten
2. Doen: uitvoeren van de geplande activiteiten of verbeteracties, bijvoorbeeld via pilots
3. Check/Study: de activiteiten en/of verbeteracties evalueren en toetsen of het gewenste resultaat is behaald, analyseren en conclusies mbt mogelijke verbeterpunten
4. Actie doorvoeren: positief beoordeelde acties definitief implementeren.

Na het realiseren van de ACT-fase is het de bedoeling dat organisaties opnieuw hun situatie analyseren (Bouckaert et al., 2009, p. 15)



Figuur 11: PDCA-cyclus

2.5.8 Lean six sigma

Lean six sigma is ontwikkeld uit twee methodieken: Lean en Six Sigma. Het is een methodologie voor het duurzaam verbeteren van processen en organisatie. Lean six sigma is gericht op maximale waardecreatie voor belanghebbenden door te focussen op wat klanten echt belangrijk vinden en dit te realiseren in processen in de organisatie. Lean six sigma realiseert kwaliteitsverbetering door het verhogen van klantentevredenheid, het reduceren van kosten, en het verkorten van doorlooptijden.

Lean vindt zijn oorsprong bij Toyota Production Systems. Lean start met het bepalen van de toegevoegde waarde voor de klant hetzij een dienst die aan bepaalde voorwaarden voldoet. Vervolgens wordt het proces in kaart gebracht dat deze waarde levert, de zogenaamde waardestream. Op basis daarvan worden de verspillingen in kaart gebracht door het verzamelen van gegevens met behulp van mensen uit het proces. Op deze manier ontstaat een organisatie waarin procesbreed wordt gedacht en alles in het teken staat om slim, effectief en efficiënt te doen wat de klant wenst (Lean Six Sigma Groep, 2018). Parallel hieraan ontwikkelde Motorola Six Sigma dat meer data-driven is. De DMAIC-methodiek (Define, Measure, Analyse, Improve en Control) detecteert de grondoorzaken van inefficiënties. Door het bepalen en meten van belangrijke indicatoren en het stellen van targets ontstaat een gestructureerd verbetermodel (Lean Six Sigma Groep, 2018). De twee methodieken zijn complementair aan elkaar doordat zij bij oorsprong elk een andere focus hebben (George, 2003, pp. 6–18).

Lean Six Sigma kent een aantal technieken die relatief eenvoudig in de organisatie te introduceren zijn:

- Elimineren van verspilling. Lean definieert 8 vormen: defecten, beweging, voorraad, overprocessing, overproductie, talent, wachten, transport (P.Gemmel, persoonlijke communicatie, 2017).
- Efficiënt overleg door een '22 minute meeting' (S. Rotthier, persoonlijke communicatie, 2017).
- Andon cord: een indicator dat signaleert wanneer er een probleem geïdentificeerd is door een medewerker (P.Gemmel, persoonlijke communicatie, 2017). In de zorgsector kan dit toegepast worden op performante signaal- en klachtenprocedures.
- Gemba walks: Gemba is het Japans woord voor 'de echte plek' en is een managementactiviteit in functie van continue verbetering. Een Gemba walk is een dagelijkse wandeling over de werkvloer door de leidinggevende om zelf te ervaren wat er op de plaats waar meerwaarde gecreëerd wordt voor de klant dagelijks plaatsvindt (In Voor Zorg, 2014).

3 Probleemstelling, onderzoeksdesign en relevantie van het onderzoek

3.1 Probleemstelling

Kwaliteitsmanagementsystemen vinden hun toepassing in een breed spectrum van sectoren, gaande van profit en non-profit tot publieke en private organisaties. De ontwikkeling kent haar oorsprong in de bedrijfsindustrie en deed later ook haar intrede in de zorgsector. De focus van systemen op producten evolueerde naar een focus op diensten. In verschillende segmenten van de zorg maken internationale kwaliteitsmanagementsystemen reeds jaren integraal deel uit van de dagelijkse bedrijfsvoering.

In de Vlaamse ziekenhuizen zijn de systemen JCI en NIAZ relatief gedeeld en in de Vlaamse woonzorgcentra wordt bijvoorbeeld PREZO veelvuldig gebruikt. Uit de omgevingsanalyse blijkt dat erkende thuiszorgvoorzieningen gehouden zijn tot het hanteren van een kwaliteitssysteem, maar wel vrij zijn in de keuze ervan. De internationale literatuur leert dat thuiszorg gekenmerkt is door veel variatie en weinig standaardisatie. Dat doet vermoeden dat uitdagingen gesteld worden aan het kwaliteitsmanagement. Uit literatuuronderzoek is gebleken dat wetenschappelijk onderzoek zich hoofdzakelijk richt naar kwaliteit van de gezondheidszorg in intramurale voorzieningen. Onderzoek naar kwaliteitsmanagement in de thuiszorg blijft vooralsnog beperkt.

Dit onderzoek wil een beeld geven van de manier waarop kwaliteitsmanagement toegepast wordt in de thuiszorg in Vlaanderen, welke systemen en technieken gehanteerd worden, hoe doorleefd dit is in de thuiszorgsector en wat de veerkracht is van de huidige praktijk op vlak van kwaliteitsmanagement t.a.v. evoluties die zich voordoen op vlak van kwaliteitszorg.

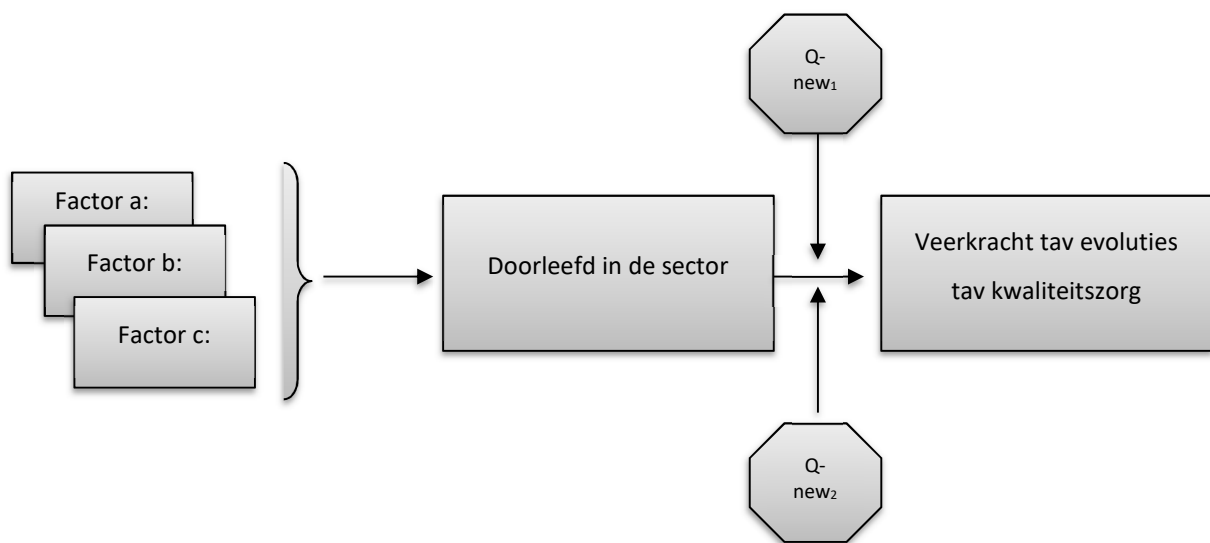
3.2 Onderzoeksdesign

Voor een antwoord op deze onderzoeksvragen wordt een exploratief/verkenkend onderzoek in de Vlaamse thuiszorg opgezet. De keuze wordt gemaakt voor een kwalitatief onderzoek aan de hand van interviews met experts thuiszorg en een focusgroep met een gemengde samenstelling van perspectieven.

Aan de hand van diepte-interviews met experts uit het werkveld maakt dit onderzoek een bilan op van de kwaliteitsmanagementsystemen die gehanteerd worden in thuiszorgdiensten. Zonder te kunnen veralgemenen is dat een *beschrijvend deel* van het onderzoek waarbij de aandacht ook uitgaat naar factoren die een mogelijke invloed hebben op de mate waarin bepaalde kwaliteitsmanagementsystemen wel of niet doorleefd zijn in de sector (cf. factor a, b,.. in onderstaand schema).

In de focusgroep wordt een confrontatie tussen beleid, praktijk en wetenschap beoogd waarbij dieper ingegaan wordt op evoluties die zich voltrekken op vlak van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg. Hierdoor beoogt dit onderzoek uitspraken te kunnen doen over veerkracht van de gangbare kwaliteitsmanagementpraktijk ten aanzien van evoluties die zich voltrekken (cf. Q-new₁, Q-new₂,... in onderstaand schema). Dit is het verklarende karakter van dit onderzoek dat basis kan zijn voor verder onderzoek.

Het onderzoeksmodel wordt als volgt schematisch weergegeven:



Figuur 12: Kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg: conceptueel onderzoeksmodel

3.3 Relevantie van het onderzoek

Dit onderzoek wil in eerste instantie **praktijkgerichte kennis** bijbrengen en een referentie zijn voor elke kwaliteitsverantwoordelijke werkzaam in een thuiszorgorganisatie om zijn/haar kwaliteitsmanagementsysteem te beoordelen tav andere systemen in het licht van actuele evoluties op vlak van kwaliteitszorg. De kwaliteitsmanager van een thuiszorgorganisatie heeft de verantwoordelijkheid om het kwaliteitsbeleid binnen zijn organisatie in goede banen te leiden. Op vandaag zal hij/zij ervoor zorgen dat dit kwaliteitsbeleid voldoet aan de vigerende regelgeving. Een organisatie mag van de kwaliteitsverantwoordelijke evenzeer verwachten dat hij/zij de organisatie bewust maakt van nakende veranderingen op dat domein. Door het in kaart brengen van evoluties op vlak van kwaliteitszorg biedt dit onderzoek interessante informatie aan thuiszorgorganisaties in dat verband. Een proactieve kwaliteitsmanager kan zijn/haar organisatie voorbereiden op deze veranderingen. De onderzoeksresultaten kunnen inzichten bijbrengen op basis waarvan zij actie kunnen ondernemen in het bijsturen van hun kwaliteitsbeleid.

Dit onderzoek beoogt ook een relevante bijdrage te leveren **voor de wetenschappelijke gemeenschap** met betrekking tot kwaliteitsmanagement in de thuiszorg. Er is heel veel wetenschappelijke belangstelling voor kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Onderzoek richt zich voornamelijk naar residentiële settings zoals ziekenhuizen en woonzorgcentra. De vaststelling uit de literatuurstudie is dat er de laatste jaren in toenemende mate onderzoek wordt gevoerd naar zogenaamde primary care. Onderzoek dat zich specifiek richt op thuiszorg is veel minder voorhanden. Nochtans vallen de doelstellingen van de overheid en de wensen van ouderen samen en is de algemene verwachting dat de vraag naar thuiszorg in de toekomst verder zal stijgen. Dit onderzoek brengt dus inzichten bij die cumulatief zijn voor de wetenschappelijke kennis op vlak van kwaliteitsmanagement in een domein met een toenemende relevantie.

Door een toenemende vraag, een toenemende marktwerking, het stijgend budget in de begroting en de maatschappelijke functie van thuiszorg is dit onderzoek tot slot ook relevant **voor beleidsmakers** omdat het inhaakt op de beleidsevoluties die tot stand komen in dialoog tussen verschillende stakeholders.

4 Methodologie voor het empirisch onderzoek

Dit onderzoek is kwalitatief opgevat wat een diepteanalyse toelaat. Dataverzameling gebeurt aan de hand van enerzijds interviews met experts en anderzijds een focusgroep. De gesprekken worden getranscribeerd en geanalyseerd in Nvivo.

Via diepte-interviews met experts uit het werkveld wordt inzicht verworven in de gangbare kwaliteitstechnieken in de thuiszorg. Onderzocht wordt hoe experts tegenover het kwaliteitsbeleid staan, hoe de rol van de overheid gepercipieerd wordt, wat incentives zijn voor het meten van kwaliteit, in hoeverre de systemen en technieken als effectief instrument worden beschouwd om kwaliteit te borgen, wat de betrokkenheid is van de verschillende stakeholders en welke uitdagingen de sector ziet op het vlak van kwaliteitsmanagement.

De focusgroep beoogt de evoluties op vlak van kwaliteit in de zorg en de intenties bij het beleid in kaart te brengen en tegelijk kennis te nemen van de reflecties hierop van experts uit het werkveld. Zodoende wordt een groepsdiscussie mogelijk waarin een confrontatie van perspectieven de opportuniteit biedt om veel data op korte tijd te verzamelen (Mortelmans, 2013).

Roose en Meuleman (2017) wijzen op twee logica's met betrekking tot een steekproef die, afhankelijk van wat onderzocht wordt, kunnen leiden tot een waarheidsgetrouw beeld. Voor dit onderzoek wordt niet gekozen voor een toevalsteekproef maar voor een theoretische steekproef (Roose en Meuleman, 2017), verder "selectie" genoemd. Dit laat toe om doelbewust op zoek te gaan naar experts met een

vastgestelde diversiteit aan kenmerken die complementair zijn voor het onderzoeksdomein van de thuiszorg. Niet het toeval maar het theoretisch kader vormt de leidraad om de respondenten te selecteren op grond van kenmerken waarover ze beschikken (Roose en Meuleman, 2017).

4.1 Strategie voor de selectie van respondenten

4.1.1 Interviews

Er bestaat niet zoiets als een lijst van experts kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg. Dat betekent dat een relevante selectie aan experts niet zonder meer kan 'getrokken' worden maar dat er actief en doelgericht moet gezocht worden naar relevante onderzoeksrespondenten aan de hand van vooraf geformuleerde criteria. Hieronder volgt een toelichting en motivatie bij de keuze van deze criteria.

Uit de omgevingsanalyse is gebleken dat de functie van kwaliteitscoördinator als facilitator van kwaliteitszorg onderstreept maar niet opgelegd wordt. Het uitgangspunt is dat het de verantwoordelijkheid van de voorziening is om te bepalen hoe zij de coördinatie van kwaliteit invult. Niet zozeer de functie van de respondent is in die zin een criterium, maar wel de **inhoudelijke expertise** mbt het thema kwaliteit.

Een definitie van **thuiszorg** voor Vlaanderen is terug te vinden in het woonzordecreet (2019). Binnen de gedefinieerde voorzieningen die onder de categorie thuiszorg vallen, is een verdere relevante opdeling te maken. Art. 15 en art. 21 (woonzorgdecreet 2019) bepalen dat een dienst voor oppashulp en een dienst voor gastopvang zich richten naar vrijwilligers en verenigingswerkers (zie bijlage 2). Onverminderd het gegeven dat het kwaliteitsperspectief ook op deze voorzieningen van toepassing is, is dit onderzoek gericht naar zorgvormen met **professionele hulpverleners**. Diensten voor Oppashulp en Gastopvang worden om die reden voor dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Verder geeft de definitie uit het woonzorgdecreet (2019) aan dat er binnen de thuiszorg ook zorgvormen zijn die zorg verlenen buitenshuis. Een centrum voor dagverzorging, een centrum voor kortverblijf en een centrum voor herstelverblijf zijn thuiszorgvoorzieningen met als doelstelling de thuiszorg te handhaven, maar zij ontplooiën hun activiteiten intramuraal (zie bijlage 2). Dit onderzoek wil net nagaan hoe kwaliteitszorg vorm krijgt in zorgvormen waar professionele hulpverleners zorg verlenen bij mensen thuis. Zodoende richt dit onderzoek zich op de **zorg aan huis** en wordt, onverminderd de gegeven definitie van thuiszorg, de zorg buitenshuis als exclusie criterium beschouwd. Dat betekent dat respondenten voor de interviews gezocht worden binnen de volgende drie zorgvormen: **een dienst gezinszorg, een dienst voor thuisverpleging of een dienst maatschappelijk**

werk van het ziekenfonds. Met het oog op een kwalitatieve selectie wordt een diversiteit van experten uit deze types voorzieningen beoogd.

Verder is ook gebleken dat het woonzorgdecreet criteria stelt aan wie initiatief kan nemen voor het uitbaten van een thuiszorgvoorziening (zie bijlage 3). In Vlaanderen worden thuiszorgdiensten aangeboden vanuit het lokaal bestuur, door zelfstandige zorgverstrekkers (vb. zelfstandige thuisverpleegkundigen), middenveld- en non-profitorganisaties (vzw's) en mutualiteiten. **Het type initiatiefnemer** wordt beschouwd als een relevante variabele.

De **schaalgrootte** van de thuiszorgorganisaties in de scope is zeer uiteenlopend. Schaalgrootte kan een betekenisvolle rol spelen voor de capaciteit die een voorziening kan vrijstellen met het oog op coördinatie van het kwaliteitsbeleid. Het bepalen van de grootorde is niet evident gezien de diversiteit aan organisatiemodellen en het feit dat sommige diensten ook andere activiteiten verrichten die niet binnen de scope van dit onderzoek vallen of deel uitmaken van een grotere organisatie. Voor dit onderzoek wordt gekozen voor een pragmatische indeling op basis van het aantal personeelsleden die zich situeren in de dienst of afdeling van waaruit de thuiszorgactiviteit beheerd wordt. Thuiszorgdiensten met minder dan 15 werknemers werden gecategoriseerd als klein, tussen 16 en 100 als middelgroot, en meer dan 100 als groot.

Zorgorganisaties kunnen een verschillende actieradius hebben. Bijgevolg is het **werkgebied** eveneens een variabele. Aangezien het werkgebied binnen de geografische afbakening van Vlaanderen geen invloed uitoefent op de toepassing van kwaliteitsmanagement, wordt dit als een niet dominante variabele beschouwd. Tot slot voorziet de Vlaamse regelgeving in een erkenningsbeleid dat echter niet absoluut is. Het feit of men binnen de Vlaamse regelgeving **erkend** is of niet wordt geregistreerd als criterium van onderscheid, maar niet dominant gelet op de realiteit in de thuisverpleging en marktwerking.

Conclusie: Een kwalitatieve selectie van respondenten houdt rekening met een diversiteit van bovengenoemde criteria. Volgende tabel geeft het overzicht van de relevante variabelen met telkens een aanduiding of het om een dominant selectiecriteria gaat of niet. De criteria werden in Nvivo als attribuut toegevoegd als kenmerken van de respondenten.

Respondent interview "01"		Dominant criterium?
Rol	<i>Kwaliteitsexpert</i>	Ja
Zorgvorm	<i>gezinszorg, thuisverpleging, maatschappelijk werk</i>	Ja
Type initiatiefnemer	<i>zelfstandig, VZW, lokaal bestuur, ziekenfonds</i>	Ja
Fysieke schaalgrootte	<i># personeelsleden: 0-15; 16-100; 100+</i>	Ja
Erkend	<i>Ja/Nee</i>	Nee

Werkgebied	<i>lokaal, regionaal, Vlaanderen</i>	Nee
Kwaliteitssysteem	<i>PDCA, EFQM, ISO9001,...</i>	Nee

Tabel 2: Criteria voor de selectie van respondenten

In totaal werden 11 interviews afgenomen. Één respondent leverde schriftelijk input op de vragen aangezien een interview om praktische redenen niet mogelijk was. Hoewel de interviews initieel gericht waren naar experts kwaliteit in diverse zorgorganisaties, werd één interview afgenomen met een vertegenwoordiger van de overheid die aanvankelijk voorzien had om deel te nemen aan de focusgroep.

4.1.2 Focusgroep

De focusgroep beoogt de evoluties op vlak van kwaliteit in de zorg en de intenties bij het beleid in kaart te brengen en tegelijk kennis te nemen van de reflecties hierop van experts uit het werkveld. Zodoende wordt een groepsdiscussie mogelijk waarin een confrontatie van perspectieven de opportuniteit biedt om veel data op korte tijd te verzamelen (Mortelmans, 2013).

Voor de vertegenwoordiging van het beleid in de focusgroep werd de medewerking gevraagd en gekregen van het kabinet van bevoegd minister Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (beleidsmaker), het bevoegd Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (beleidsuitvoerder) en de zorginspectie (beleidstoezicht).

Voor de experts uit het werkveld werd toenadering gezocht tot de koepels, rekening houdend met type zorgvorm en type initiatiefnemer. Verder werden ook wetenschappelijk onderzoekers met expertise in het onderzoeksdomein, experts werkzaam als consultant, vertegenwoordigers in het VIKZ en auditoren benaderd.

De feitelijke samenstelling hing uiteindelijk gedeeltelijk af van de beschikbaarheid van de deelnemers. Aan de hand van het schema hieronder werd een hiërarchie toegekend aan de deelnemers met het oog op een heterogene samenstelling (Roose en Meuleman, 2017, p.330).

Samenstelling focusgroep				Aantal	Vereist	Deelname
Beleidsmaker kabinet minister VWV				1	Ja	Ja
Beleidsuitvoerder VAZG				1	Ja	Ja
Beleidscontrole zorginspectie				0	Ja	Neen
Expert VIKZ				1	Ja	Ja
Expert thuiszorg				4	Ja	Ja
Expert Consultancy				0	Neen	Neen
Expert Wetenschappelijk onderzoeker				1	Ja	Ja
Expert Accreditering of certificering				0	Neen	Neen
Criterium:	min.7,	max.	12	8		
Totaal:						

Tabel 3: Overzicht deelnemers focusgroep

Door omstandigheden kon zorginspectie niet aansluiten bij de focusgroep. Als alternatief werd ervoor gekozen om een bijkomend interview af te nemen.

4.2 Dataverzameling adhv interviews en focusgroep

4.2.1 Ethische commissie

Voor de interviews en de focusgroep werd een aanvraagdossier voor de ethische commissie opgemaakt. De ethische commissie gaf haar goedkeuring voor het onderzoek op 21.02.2018 (zie bijlage 7). Conform de voorwaarden van de ethische commissie werden de namen van de respondenten die deelnamen aan het onderzoek gepseudonimiseerd. Respondenten kregen een alfabetische code en aan respondenten uit de focusgroep en duo-interviews werd bijkomend een volgnummer gegeven.

4.2.2 Topiclist als leidraad

Het conceptueel onderzoeksmodel vormt de leidraad voor het vragenprotocol van de interviews en focusgroep. Zowel voor de interviews als voor de focusgroep werd vooraf aan de respondenten een topiclist (zie bijlagen 8 en 9) bezorgd, ten einde vergelijkbare antwoorden te krijgen die aansluiten op de onderzoeksvragen (Mortelmans, 2013, p.233). Tijdens de interviews diende de topiclist weliswaar als leidraad maar werd prioriteit gegeven aan het open karakter van het interview.

4.2.3 Dataverwerking en analysemethode

Alle interviews en focusgroep werden met toestemming van de respondenten auditief opgenomen en nadien getranscribeerd. De getranscribeerde databestanden werden ingeladen en verwerkt in Nvivo aan de hand van nodes. Dit zijn woordencombinaties die kernachtig weergeven waarover het gaat. Ze spelen een belangrijke rol bij de analyse van de kwalitatieve data om de hoeveelheid aan onderzoeksmateriaal te typeren en te structureren en verhogen de betrouwbaarheid. De essentie van het coderen houdt dus in dat verzamelde gegevens uit de interviews uitgedrukt worden als conceptuele of theoretische begrippen die inhaken op het conceptueel onderzoeksmodel (Baarda et al., 2013). De data werden geanalyseerd door het gecombineerd inzetten van deductieve en inductieve methoden. (Heerink, Pinkster & Bratti-van der Werf, 2009).

Het empirisch onderzoek resulteerde in drie soorten databronnen: interview, focusgroep en schriftelijke bevraging. Aan de respondenten werden systematisch codes en attributen toegewezen (Zie bijlage 10).

De codering van het tekstmateriaal gebeurde aan de hand van de codeboom, opgenomen in bijlage 11. In bijlage 12 werd de codeboom aangevuld met quotes uit de interviews en focusgroep als chain of evidence.

5 Resultaten empirisch onderzoek

5.1 Profiel van de bevroagde respondenten

De resultaten zijn een kwalitatieve rapportering op basis van elf interviews en een focusgroep. De respondenten uit de interviews kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën op basis van het werkterrein waarin zij zich situeren: zorgorganisatie, d.w.z. een organisatie die effectief thuiszorg verleent, een koepelorganisatie of Vlaamse overheid. Voor een goed begrip van de verdere bespreking dient er op gewezen te worden dat respondent A zowel voor wat betreft het werkterrein als wat betreft het type zorgvorm aan meerdere categorieën kon worden toegewezen. Dit is te verklaren doordat de rol van respondent A de resultante is van een nauwe samenwerking op vlak van kwaliteitscoördinatie tussen grote zorgorganisaties en een koepelorganisatie, die elk een specifieke zorgvorm onder hun hoede hebben.

	Zorgorganisatie	Koepel	Overheid
Respondent A	1	1	0
Respondent B	1	0	0
Respondent C	1	0	0
Respondent D	1	0	0
Respondent E	1	0	0
Respondent F	1	0	0
Respondent G	1	0	0
Respondent H	0	0	1
Respondent I1 en I2	1	0	0
Respondent K	1	0	0
Respondenten L1 en L2	0	1	0
Totaal	9	2	1

Tabel 4: werkterrein respondenten. Bron: Nvivo

De respondenten zijn verder te categoriseren volgens de zorgvormen die geselecteerd werden voor dit onderzoek: Diensten maatschappelijk werk (3 respondenten), diensten voor gezinszorg (6 respondenten) en diensten voor thuisverpleging (3 respondenten).

Drie respondenten spraken namens één of meerdere diensten maatschappelijk werk, 6 respondenten namens een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en 3 respondenten werken in de thuisverpleging (TVP). Respondenten A, K en L overschouwen omwille van hun positie in het werkveld de kwaliteitszorg van meer dan één zorgorganisatie. In het kader van dit onderzoek werd hiervan abstractie gemaakt. De reden hiervoor is dat dit gaat om een verkennend onderzoek met een focus op

diepteanalyse. Om redenen vermeld in 4.1.2 laat respondent H zich niet categoriseren onder één van de drie zorgvormen.

	DMW	DGAT	TVP
Respondent A	1	1	1
Respondent B	0	0	1
Respondent C	0	1	0
Respondent D	1	0	0
Respondent E	0	1	0
Respondent F	0	1	0
Respondent G	0	1	0
Respondent H	0	0	0
Respondent I1 en I2	0	0	1
Respondent K	1	0	0
Respondenten L1 en L2	0	1	0
Per zorgvorm	3	6	3

Tabel 5: Zorgvorm respondenten. Bron: Nvivo

5.2 Welke systemen en technieken worden gehanteerd en hoe doorleefd zijn zij...

		Type zorgvorm		
		DGAT	DMW	TVP
Kwaliteitssysteem	EFQM	1	2	1
	ISO	1	0	1
	NIAZ-Qmentum	0	0	1
	COSO-ERM	0	1	0
	PDCA	2	0	0
	VVSG zelfevaluatiesysteem	2	0	0
	Aantal per zorgvorm	6	3	3

Tabel 6: Kwaliteitssysteem per type zorgvorm. Bron: Nvivo

5.2.1 ... in diensten voor gezinszorg (DGAT)

Zes respondenten rapporteren over hun ervaring met kwaliteitsmanagement in de diensten voor gezinszorg. Respondent A is kwaliteitscoördinator van een grote vzw met werkingsgebied Vlaanderen. De kwaliteitszorg wordt gepoold met andere organisaties die gericht zijn op de twee andere zorgvormen, die hierna nog worden besproken. Het centraal kwaliteitssysteem binnen deze kwaliteitspool is **EFQM**. Respondent A wijst erop dat dit het meest toonaangevende kwaliteitssysteem is in Europa waarvan heel wat andere systemen zijn afgeleid. Het model omvat in negen domeinen de hele organisatie en is het instrument in de organisatie om resultaten aan af te toetsen. Als de resultaten achteruitgaan is het een ideaal systeem om in te werken op de oorzaken en verbeteracties te

ondernemen. Het gebruik van EFQM helpt de organisatie gestructureerd te werken en vermijdt losstaande acties. Als een cliënt niet tevreden is, kan binnen de domeinen gezocht worden naar oorzaken: is het omdat een proces niet goed loopt, komt het door een tekort aan medewerkers, is er een gebrek aan financiële middelen? Het model biedt het kader op basis waarvan de organisatie haar acties opzet en effecten ervan opvolgt. Wanneer respondent A vergelijkt met de situatie van voor de invoering van het systeem dan wordt vooral gewezen op het gebrek aan samenhang tussen de acties die in de organisaties worden opgezet. Dat is volgens deze respondent het voornaamste van een kwaliteitssysteem: het verbindt alle factoren die er zijn met elkaar en het is een middel om als organisatie te groeien op basis van bewuste keuzes.

Respondent C is eveneens kwaliteitscoördinator in een grote dienst voor gezinszorg met een regionale werking. Op vandaag is het de enige dienst die **ISO9001** gecertificeerd is en dit sinds 2000. Respondent C verklaart dit doordat België geen cultuur heeft van ISO in de zorg, wat betekent dat er in Vlaanderen geen geaccrediteerde auditoren zijn die ISO9001 voor de zorg kunnen auditeren. De auditoren hebben weinig voeling met de Vlaamse thuiszorgcontext wat maakt dat de audits zich vooral op technische aspecten richten. Dit systeem gaat dus gepaard met interne en externe audits. Het principe van deze audits is dat er een toetsing plaatsvindt bij de basiswerkers aan datgene wat in een openingsvergadering met de directie is gezegd. Als dat overeenkomt, betekent dat volgens respondent C dat de dingen doorleefd zijn.

“na al die jaren ben ik zelf ook nog altijd over verwonderd hoe goed dat al onze mensen daarin mee zijn. Ja, dat is voor mij altijd een aangename vaststelling dat de dingen die wij hier in het centraal kantoor bespreken tot op de werkvloer komen, soms zelfs zonder dienstnota's maar via de verantwoordelijke of via dienstbesprekingen.” (respondent C)

Respondenten L.1. en L.2 rapporteren over een zelf ontwikkeld kwaliteitskader dat vanuit hun koepelwerking vrijblijvend ter beschikking gesteld wordt aan diensten voor gezinszorg die ingericht worden door lokale besturen. Dit kader is een goed uitgekend zelfevaluatiesysteem dat volledig op maat is uitgewerkt voor de diensten die zij overkoepelen. Het systeem is gebaseerd op een vergelijking van CAF, ISO, INK en EFQM. Respondent E, expert organisatiebeheer voor een dienst gezinszorg van een lokaal bestuur maakt hier dankbaar gebruik van en geeft aan dat de **PDCA** kwaliteitscyclus een centrale plaats inneemt. Er wordt geprobeerd om het vooral zo eenvoudig mogelijk te houden.

“Centraal staat niet het ‘kwaliteitsjargon’, maar ‘gezond verstand’ en het streven om het steeds beter te willen doen.” (respondent E)

Respondent F, werkzaam in een thuiszorgdienst van een ander lokaal bestuur, is verantwoordelijk voor aanvullende thuiszorgdiensten. Voor de kwaliteitswerking valt betrokkene terug op de PDCA-methodiek. In dit lokaal bestuur bestaat een systematische kwaliteitswerking rond andere zorgvormen die het lokaal bestuur inricht, maar de thuiszorgdiensten waarover respondent F rapporteert vallen niet in het vizier van deze systematiek. Als reden geeft betrokkene aan dat zij niet erkend zijn binnen de Vlaamse regelgeving en er bijgevolg minder druk is om een tijdsintensieve kwaliteitswerking uit te bouwen. De PDCA-methodiek biedt als voordeel dat het heel low-level is en voor iedereen in de dienst begrijpbaar, wat het mogelijk maakt om medewerkers daarin mee te krijgen. Betrokkene werkt dus niet volgens het kader dat VVSG ter beschikking stelt.

Ook respondent G, kwaliteitscoördinator van de grootste dienst voor gezinszorg, ingericht door een VZW met werkingsgebied Vlaanderen hanteert de PDCA-cyclus als centraal kwaliteitssysteem. Betrokkene geeft aan dat de organisatie op verkenning is geweest naar het gebruik van kwaliteitssystemen in andere organisaties uit de sector, maar het is een uitgesproken keuze geweest om enkel de PDCA te gebruiken. De vier fasen van de PDCA-cyclus worden systematisch toegepast op de businessplannen van de organisatie die opgebouwd zijn vanuit 4 perspectieven: de klant, de medewerkers, de organisatie en externe partners. Deze perspectieven vertonen volgens respondent G gelijkenissen met de domeinen van EFQM.

5.2.2 ... in diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW)

Respondent D is werkzaam in een middelgrote dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds met Vlaanderen als werkingsgebied. De kwaliteitswerking van deze DMW wordt opgehangen aan het interne auditsysteem **COSO-ERM** waartoe een ziekenfonds verplicht is. Als deelwerking van het ziekenfonds hebben zij hun wagonnetje daaraan gehangen en is er gekozen om de COSO-ERM methodiek breed uit te rollen in alle segmenten van de organisatie. COSO-ERM is erop gericht om risico's te beheersen die de doelstellingen van de organisatie in gevaar kunnen brengen. De risico's worden gewogen en degene die het zwaarst wegen, worden prioritair aangepakt. Die aanpak leidt tot een kwalitatievere dienstverlening omdat deze risico's betrekking hebben op mensen en middelen. Het uitgangspunt is dat wanneer een dienstverlening goed wil zijn voor cliënten, de organisatie en de mensen die worden ingezet ook goed moeten zijn. Het systeem houdt dus ook rekening met opleiding, ondersteuning, intervisie, beschikbare technologische middelen, governance, rollen en verantwoordelijkheden. Het auditsysteem controleert of alle noodzakelijke elementen voorhanden zijn en efficiënt zijn ingezet.

Respondent A is naast kwaliteitscoördinator voor diensten gezinszorg ook kwaliteitscoördinator voor een koepelorganisatie van vijf diensten maatschappelijk werk met regionale werking. Ook respondent A rapporteert, naast EFQM over het gebruik van het COSO-ERM systeem door de interne auditdienst.

Waar dit systeem zich focust op de risico's binnen de organisatie, is het EFQM veeleer gericht op verbetering. Beide systemen vullen elkaar aan want als men wil verbeteren is het ook belangrijk om risico's in kaart te brengen. Respondent A geeft aan dat er veel kwaliteitstechnieken zijn, die zich vaak op een deelaspect richten en elkaar aanvullen.

Respondent K is manager van twee kleine DMW met beiden Vlaanderen als werkingsgebied. Respondent K baseert zich voor de jaarlijkse zelfevaluatie ook op het **EFQM**-model door middel van een methodisch spel 'bruggen naar kwaliteit'. Binnen dit format komen medewerkers van de DMW een halve dag samen om de werking van de dienst op een afstand te evalueren op basis van een vooraf in te vullen vragenlijst. Volgens die systematiek worden verbeterprojecten voor het komende jaar opgezet en meetbare doestellingen gedefinieerd. Als voorbeeld geeft respondent K het aanvoelen bij de maatschappelijk werkers dat er te weinig tijd is. Één van de acties die op basis daarvan in de kwaliteitsplanning staan is het opzetten van een tijdsmeting. De resultaten en conclusies die daaruit voortvloeien worden telkens voorgelegd aan de directie. Respondent K geeft aan dat deze zelfevaluatie hand in hand gaat met de evaluatie- en functioneringsgesprekken met de medewerkers, waarin de kwaliteit van de hulpverlening ook een plaats heeft. Het **COSO-ERM** zoals hierboven gerapporteerd wordt volgens respondent K niet toegepast op de werking van de DMW. Dat komt omdat deze DMW niet ondersteund worden vanuit de landsbond waardoor er veel minder een link is met de werking van de federale verplichtingen vanuit het ziekenfonds. Hier zit het kwaliteitsbeleid van de dienst volledig in handen van de specifieke DMW-werking.

5.2.3 ... in diensten voor thuisverpleging (TVP)

Zoals hogerop reeds aan bod kwam, coördineert respondent A vanuit één kwaliteitspool ook 5 diensten voor thuisverpleging met regionale werking volgens het **EFQM-model**. Die pool is ingericht om informatie uit te wisselen tussen en te leren van andere sectoren. Respondent A geeft aan dat die kennisoverdracht tussen sectoren en diensten een belangrijk proces is voor een organisatie die de ambitie heeft om te groeien naar excellentie.

Respondenten I.1 en I.2, beiden werkzaam in een grote dienst voor thuisverpleging met regionale werking zijn volop bezig met het implementeren van de **Qmentum-normen van NIAZ** in de voorziening. Het denkproces rond NIAZ is in 2015 gestart en eind 2016 werd een accreditatieovereenkomst getekend. Daarnaast hanteert deze voorziening ook **de Balanced Scorecard** om de strategie van de organisatie vorm te geven. Respondent I.1 geeft aan dat het luik kwaliteit slechts één van de vele onderdelen is van de BSC. Beide systemen dragen bij tot goede zorg maar werken aanvullend. De echte zorgkwaliteit komt minder expliciet uit de BSC.

Respondent J.5, kwaliteitscoördinator bij een koepelorganisatie voor zelfstandige thuisverpleging geeft in de focusgroep aan dat NIAZ gemaakt is voor grote organisaties. Respondent J.3, coördinator van een koepelorganisatie van grote dienst voor thuisverpleging die de Q-mentum normen van NIAZ volop implementeren, bevestigt dit. Respondent J.5 en J.3 wijzen bovendien op het verschil in governance tussen een verpleegkundige praktijk met zelfstandige zorgverstrekkers versus een vergelijkbare praktijk met loontrekkenden.

Respondent B is zaakvoerder en coördinator van een lokale zelfstandige thuisverplegingsdienst. Op basis van vragenlijsten die koepelorganisatie Mederi op een laagdrempelige manier voor haar leden ter beschikking stelt, is betrokkene twee jaar geleden in een traject gestapt dat leidt naar een kwaliteitslabel. Dat vertaalt zich in deze fase in het documenteren, het opzetten en formaliseren van alle processen, tevredenheidsbevragingen en klachtenmeldingen.

5.2.4 Algemene vaststellingen over de zorzorvormen heen

De **PDCA** is een veelvuldig gebruikte methodiek. Bij respondenten die aangeven met een bepaald systeem te werken maakt de PDCA-cyclus daar vaak integraal deel van uit. Bij andere respondenten staat de PDCA centraal om aan verbeterprojecten te werken, zonder dat dit samengaat met een specifiek kwaliteitssysteem.

Zo is de PDCA-verbetercyclus een belangrijke basis van het VVSG-evaluatiesysteem als eerste stap van adhoc werken naar systematisch werken op alle niveaus en alle lagen.

“Pas als die bal helemaal rond is, kan je de bal vooruit rollen of omhoog duwen en de stap zetten naar uitmuntendheid” (respondent L.1)

Respondent C geeft aan dat in de laatste wijziging van ISO9001:2015 het gebruik van de PDCA-verbetercyclus veel explicieter in beeld komt, wat leidt tot een aanpassing in alle procedures. Voorheen werd ook wel volgens die verbetermethodiek gewerkt maar werd het naar medewerkers niet zo expliciet genoemd. Ook respondent A geeft aan dat de PDCA-techniek inherent deel uitmaakt van het EFQM-model.

Respondent J.3 geeft aan dat het centrale kwaliteitssysteem te herleiden is tot heel wat indicatoren waar een PDCA-cyclus achter moet zitten en gelooft niet in een geïsoleerd gebruik van de PDCA-cirkel.

“Papier is geduldig om te schrijven. Als je rapporteert over het gebruik van de PDCA-cirkel moet je dan wel zeggen voor wat je hem gebruikt, rond welke onderwerpen,... en daarvoor moet je over een systeem beschikken om te weten waar je mee bezig bent, die aangeeft vanwaar je de keuze voor dit of voor dat haalt” (respondent J.3)

Ook **tevredenheidsbevragingen** zijn een belangrijk kwaliteitsinstrument in de thuiszorg en maken inherent deel uit van kwaliteitssystemen. Respondent D geeft aan dat gebruikersbevragingen essentieel zijn om te evalueren of de hulpverlening voldoet aan de verwachtingen op vlak van kwaliteit, toegankelijkheid, bereikbaarheid. Respondent B wijst erop dat het niet evident is om de juiste feedback te krijgen. Dit blijkt voornamelijk het geval te zijn bij het oudere publiek dat het grotendeel van het cliënteel betreft. De feedback uit bevragingen bij jongere, minder zorgbehoevende patiënten zoals voor wondzorg, knieoperaties en dergelijke levert opvallend betere resultaten op. Ook respondent K geeft aan dat gebruikersbevragingen nog een groot werkpunt zijn. Respondent C is daarentegen wel tevreden van de resultaten, met een responsgraad van gemiddeld tussen de 50% en de 55% antwoorden. Respondent C stelt vast dat mantelzorgers vaak de enquête mee invullen.

Behoudens respondenten B en F hanteren alle respondenten een **kwaliteitshandboek**. De appreciatie van het kwaliteitshandboek als instrument is heel uiteenlopend. Voor de ene respondent is het een dankbaar instrument dat toelaat om de visie, missie, de waarden, het beleidsplan en acties zoals rapporten over tevredenheidsmetingen op een slimme manier te laten leven doorheen alle lagen in de organisatie. Voor anderen is het een jaarlijks terugkerende ballast van knip- en plakwerk om te voldoen aan de verplichting en waar voor het overige niets mee gebeurt.

Verder komen ook **klachtenprocedures** terug bij alle respondenten. Klachtenprocedures zijn een verwachting vanuit de Vlaamse overheid, maar worden ook uitgewerkt op geheel eigen initiatief omdat het belangrijke signalen zijn voor de organisatie om al dan niet actie te ondernemen.

“als er een klacht bij ons binnenkomt, dan gaan wij daar altijd zo snel mogelijk op inspelen. Als de klacht betrekking heeft op een specifieke medewerker dan wordt met de betrokken medewerker daarover open gecommuniceerd om ook die kant van het verhaal mee te hebben. Een klacht geeft vaak aanleiding voor een bevraging bij andere klanten om zo een objectief oordeel te kunnen vellen over een individueel signaal.” (respondent F)

Respondent H geeft aan dat zorggebruikers naast de verplichte klachtenprocedures in de thuiszorgvoorziening ook terecht kunnen bij de Vlaamse Woonzorglijn. In dat geval gaat de Vlaamse zorginspectie ter plaatse om de nodige vaststellingen te doen. Via dat kanaal komt de overheid ook op het spoor van klachten die voortkomen uit niet erkende en zogenaamde aangemelde zorgaanbieders. Die laatste is een grijze zone in het zorgaanbod waarop erkenningsvoorwaarden en kwaliteitsnormen uit de regelgeving niet van toepassing zijn.

Verschillende respondenten geven aan dat een kwaliteitssysteem niet op zich staat maar hand in hand gaat met een hoeveelheid aan technieken, instrumenten en hulpmiddelen die middels een systeem tot

een zekere samenhang komen. Zo duikt ook de **lean-filosofie** in een aantal interviews op. Die manifesteert zich bij de respondenten vaak doorheen de processen en procedures die deel uitmaken van het kwaliteitssysteem maar is bij geen van de respondenten de centrale techniek.

5.3 Beïnvloedende factoren

5.3.1 Beschikbaarheid van aangepaste systemen aan de thuiszorg in Vlaanderen

De mate waarin kwaliteitssystemen voorhanden zijn op maat van de sector heeft een effect. De sector van de thuiszorg wordt gekenmerkt door specifieke factoren die een rol spelen bij kwaliteitsmanagement. Respondenten die aan de slag zijn met internationale kwaliteitssystemen geven aan dat deze systemen van oorsprong weinig aangepast zijn aan de specificiteit van de thuiszorgsector. Dat maakt dat er veel tijd, energie en middelen gaan naar het op maat aanpassen van deze systemen. Uit het interview met respondent A blijkt dat dit zelfs het geval is voor gangbare zelfevaluatiesystemen zoals EFQM. De keuze voor het EFQM was ingegeven door het feit dat het een basis kon zijn waarop een eigen systeem werd uitgewerkt op maat van de organisatie.

Ook gecertificeerde zorgorganisaties ervaren dat genormeerde systemen eigenlijk niet aangepast zijn aan de sector. Respondent C vermeldt bijvoorbeeld dat hun eerste auditor in 2003 een laborante was die gespecialiseerd was in voeding met zeer weinig voeling met de zorg. Ook respondent I.1 geeft aan dat er nog maar weinig systemen zijn die normen hebben vertaald naar de thuiszorg.

Respondent I2 geeft aan dat ook de balanced scorecard veel tijd vergt om in de organisatie consensus te vinden over definities rond de terminologie. Ook uit het verhaal van respondenten I1 en I2 blijkt dat aanzienlijke inspanningen zijn geleverd om tot een aangepast systeem te komen. Als koepel hebben zij jaren geïnvesteerd in de ontwikkeling van een kwaliteitskader op maat van lokale besturen. Dat maakt dat ledenorganisaties meteen aan de slag kunnen zonder zelf nog de vertaalslag te moeten maken. Ook het COSO-ERM systeem is van oorsprong bedoeld voor heel grote ondernemingen in de bedrijfswereld en financiële sector.

Respondent C geeft aan dat België geen cultuur heeft van ISO in de zorg. Voor respondent C kan dat een reden zijn waarom daar in Vlaanderen niet echt groot enthousiasme voor is.

“Om de drie jaar hebben we een nieuwe auditor, telkens mensen uit Nederland omdat auditoren daar wel expertise in zorg hebben. Dat betekent dan weer dat we iedere keer onze auditoren de situatie in België moeten uitleggen. Dat is altijd een proces dat je aflegt met die mensen wat anders zou zijn mocht je auditor hebben die de cultuur van Vlaanderen goed kent.” (Respondent G)

Ook respondent G is benauwd voor audits vanuit het buitenland omdat de subsidiariteitsregeling tussen verpleegkundigen, verzorgenden en zorgkundigen heel specifiek is voor Vlaanderen.

“Ik heb zelf in verschillende landen presentaties gegeven over Home care in Flanders. Van in het begin moest ik al duidelijk maken dat onze verzorgenden geen verpleegkundigen waren, want het publiek was na een kwartier al in de veronderstelling dat het om verpleegkundigen ging.”
(Respondent C)

5.3.2 Specificiteit van de thuiszorg

Respondent G meent dat de kwaliteit in de thuiszorg niet grenzeloos is. Verschillende respondenten geven aan dat kwaliteitsmanagement in de thuiszorg aandacht vergt voor volgende elementen:

- Respondent A merkt op dat kwaliteitsmanagement in de industrie een andere realiteit is omdat daar het product, het productieproces en randomstandigheden standvastiger zijn. Dat is in de thuiszorg anders gezien er gewerkt wordt met kwetsbare mensen.
- Respondent G geeft aan dat men heel goed weet hoe moeilijk de thuiszorgsector is omdat er geen éénduidigheid is in het milieu waar de cliënt zich bevindt. Kwaliteit in de thuiszorg is daarom een zeer subjectief begrip: *“omdat we met zoveel individuele cliëntsystemen en verwachtingen van mantelzorgers werken. 20 jaar geleden zouden we gezegd hebben: niet meetbaar”*.
- Verschillende respondenten wijzen erop dat een ouder, zorgbehoevende doelgroep de communicatie en betrokkenheid van de doelgroep bemoeilijkt.
- Cliënten wonen, anders dan in een residentiële setting, versnipperd in hun eigen thuisomgeving. Dat bemoeilijkt het proces om hen samen te brengen en te betrekken in het kwaliteitsbeleid.
- In de thuiszorg moet de zorgverlener zich aanpassen aan de huisregels van de cliënt en niet andersom. Dat maakt dan weer dat een thuiszorgvoorziening niet op alle omgevingsfactoren een impact heeft.
- de binding en het contact tussen medewerkers en organisatie is anders omdat medewerkers voortdurend op de baan zijn.
- De relatie tussen een zorgverlener en patiënt typeert zich door een hoog betrokkenheidsgevoel: Sommige zorg- en hulpverleners gaan jaren bij dezelfde cliënt. Respondent I.1 geeft aan dat dit veel voordelen heeft, maar dat het daarom voor zorgverleners vaak moeilijk is grenzen te stellen.
- Respondent J.1 geeft aan dat ziekenhuizen en woonzorgcentra in de regel grote voorzieningen zijn onder één dak, met één directie, één beleidsplan, één kwaliteitscoördinator die alles kan aanpakken. Dat is een andere realiteit dan zich begeven in de thuiszorg waar verschillende

disciplines, organisaties, verstrekkers over de vloer komen en allemaal een deeltje van de zorg komen leveren. Dat maakt dat thuiszorg veel minder pakbaar is om een kwaliteitsbeleid op los te laten.

- Respondent J.6 wijst op het gegeven dat de thuiszorg per definitie gekenmerkt wordt door transmurale samenwerking, wat het meten van kwaliteit bemoeilijkt doordat het meetpunt vaak in een andere organisatie ligt.

5.3.3 Erkenningsnormen

De invoering van het kwaliteitsdecreet heeft destijds in de sector heel wat op gang gebracht: opzetten van basisprocedures, het opmaken van kwaliteitshandboeken, het vrijstellen van een kwaliteitscoördinator, de implementatie van een zelfevaluatiesysteem. In de zorgorganisatie van ISO9001 was dit de rechtstreekse aanleiding voor een ISO9001 certificering. Respondenten geven aan dat het kwaliteitsdecreet intussen wat meer op de achtergrond is geraakt.

“in 2001 zijn wij gestart met een kwaliteitshandboek en dat was zeer sectoraal geleid. Er was een handleiding voor de hele sector. Iedereen moest op dezelfde manier zijn processen uitschrijven met sectorspecifieke kwaliteitseisen. Dat was als ik daar nu op terugkijk, eigenlijk om formeel in orde te zijn. Maar er zat zo geen kwaliteitsdenken en -voelen achter. Het was een must. Je moest een kwaliteitshandboek hebben.” (Respondent G)

Een belangrijke impuls die voor quasi alle respondenten meespeelt in de zorg voor kwaliteit zijn de op hun organisatie van toepassing zijnde erkenningsnormen. Respondent J.1, raadgever woonzorg op het kabinet Welzijn, volksgezondheid en gezin, geeft aan dat deze (kwaliteits)normen de minimumvereisten zijn die een dienst moet halen om een erkenning en subsidiering te krijgen. De overheid voorziet deze erkenningsnormen om risico's op slechte zorg aan burgers te vermijden.

De manier en de gradatie waarop een thuiszorgvoorziening haar kwaliteitsmanagement vormgeeft bepaalt elke voorziening voor zichzelf. Respondent K geeft aan dat het normaal is dat een zorgvoorziening alles in het werk stelt om minstens aan de kwaliteitsvoorwaarden te voldoen die een subsidiërende overheid stelt.

Die impact van het erkenningsbeleid van de Vlaamse overheid bereikt echter niet alle diensten die actief zijn in de thuiszorg. Zo zijn niet alle thuiszorgdiensten die ontplooid worden vanuit de lokale besturen erkend in het kader van het woonzorgdecreet. Een sluitende verklaring is er niet.

“er zijn er bij die het niet echt weten vanuit een dienst die historisch gegroeid is, anderen zien het misschien niet zitten omwille van het gedoe rond de procedures.” (Respondent L2)

Ook de diensten thuisverpleging voelen weinig druk vanuit de Vlaamse overheid. In de focusgroep bracht Respondent J.3 daarover aan dat de diensten voor thuisverpleging ook gevat worden in het nieuwe aangepaste woonzorgdecreet. Praktijken kunnen zich vrijwillig laten erkennen in het kader van het woonzorgdecreet. Dat houdt in dat de praktijk zich inschrijft in de globale visie en de werking van zorg die door het Vlaams Agentschap is uitgewerkt voor de thuiszorgdiensten. Respondent J.1 verduidelijkt dat de uitoefening van het gezondheidsberoep verpleging een federale bevoegdheid is. Vanaf minstens zeven thuisverpleegkundigen kunnen diensten voor thuisverpleging zich vrijwillig laten erkennen en dan worden ze gevat door de regels inzake kwaliteitszorg die Vlaanderen oplegt. Maar in tegenstelling tot bijvoorbeeld diensten maatschappelijk werk en diensten gezinszorg zijn ze niet verplicht. Respondent J.3 geeft aan dat men in Vlaanderen daardoor goed moet beseffen dat de erkende diensten voor thuisverpleging dus slechts een deel zijn van de realiteit die op het terrein aanwezig is. Maar ook thuisverplegingsdiensten die zich vrijwillig laten erkennen voelen de minste druk vanuit de Vlaamse overheid.

“ik [thuisverpleging] maak elk jaar de kwaliteitsverslagen. Dat gebeurt intussen al 16 jaar maar er is niemand die daar komt naar kijken, ook de zorginspectie niet”. (Respondent I1)

Respondent K geeft nog aan dat niet enkel het erkenningskader van het woonzorgdecreet maar ook andere regelgeving waardoor diensten gevat worden kwaliteitseisen bepalen. Verschillende overheidsdiensten stellen elk hun voorwaarden ten aanzien van kwaliteit.

5.3.4 Financiering

Financiële tegemoetkomingen om een degelijk kwaliteitsbeleid te voeren zijn vanuit de overheid niet of nauwelijks voorzien. Respondent K merkt op dat het eerder omgekeerd is. De basisfinanciering voor de diensten maatschappelijk werk is verbonden aan erkenningsnormen. Diensten kunnen dus gesanctioneerd kunnen worden als ze de kwaliteitseisen niet halen. Datzelfde gaat op voor erkende diensten voor gezinszorg.

Die logica geldt niet voor diensten voor thuisverpleging. De financiering voor thuisverpleging is federaal geregeld per prestatie. Naast de prestatiefinanciering bestaat er vanuit de federale overheid ook een forfaitaire financiering voor diensten thuisverpleging van meer dan 7VTE die zich federaal laten erkennen. J.3 licht toe dat dit eerder over een stimulerende financiering gaat om vanuit een samenwerking groepen van thuisverpleegkundigen te vormen. Aan die financiering zijn wel voorwaarden verbonden die indirect verwijzen naar kwaliteitsvolle zorg: bijvoorbeeld opleidingsvoorwaarden en maximum te leveren prestaties per dag. Een aantal van die erkenningscriteria (zoals het minimum aantal VTE) is doorgetrokken naar het Vlaamse erkenningskader voor diensten voor

thuisverpleging maar voor deze sector is er geen enkele financiële stimulans om zich door Vlaanderen te laten erkennen.

“De diensten voor thuisverpleging die zich inschrijven [in het woonzorgdecreet] belasten zich met een compleet supplementaire administratie zonder dat daar voor hen enige financiering is verbonden. De drijfveren voor de diensten die het wel doen zijn eerder van strategische aard: een beetje herkenbare taal spreken, elkaar beter begrijpen op de eerstelijns, en transparantie over waarmee je als sector bezig bent.” (Respondent J3)

Verschillende respondenten geven aan dat financiële stimuli ontoereikend zijn. Respondent J3 legt hierbij de parallel met federale beroepsgroepen en zorginstellingen waar het kwaliteitsbeleid al veel verder staat. Dat is volgens J.3 deels te verklaren doordat deze groepen zorgverstrekkers op één of andere manier daarvoor financieel ondersteund werden door de federale overheid. Zonder financiering in Vlaanderen wordt het een uitdaging voor het VIKZ om de eerstelijns mee te krijgen.

5.3.5 Controle

Controle op kwaliteitsmanagement in de thuiszorg kent verschillende verschijningsvormen. Ten eerste is er de **zorginspectie** die een druk in de voorziening creëert om met kwaliteit bezig te zijn. Zorginspectie is gericht op nalevingstoezicht. Dat betekent dat erkende zorgvoorzieningen geïnspecteerd worden op het naleven van de normen zoals bepaald in de regelgeving.

“je kan niet jaar na jaar in een zelfevaluatie vaststellen dat je slecht scoort op een bepaald item en daar niets aan doen” (Respondent A)

Een zorginspectie heeft echter een aantal beperkingen. Verschillende respondenten geven aan dat deze inspecties niet echt stimuleren tot verbetering. Ten tweede vallen enkel erkende thuiszorgdiensten onder toezicht van inspectie, wat maakt dat aangemelde of niet erkende diensten buiten vizier vallen. Ten derde geeft respondent H aan dat de capaciteit van de zorginspectie niet onbeperkt is wat maakt dat zij in haar planning rekening moet houden met bepaalde keuzes en prioriteiten. Zo lijkt voornamelijk een uitgewerkte systematiek te bestaan voor diensten gezinszorg en niet voor diensten maatschappelijk werk en al helemaal niet voor diensten thuisverpleging. Thuisverpleegkundigen zijn wel onderhevig aan een controle vanuit de federale overheid op de correctheid van hun zorgzwaarte-inschaling wat door respondent B meer als een financiële dan een kwaliteitscontrole wordt aangevoeld.

“Die KATZ-schaal, dat is achterhaald. Die moet er zo rap mogelijk uit. Soms wordt vastgesteld, het is maar een A en dan zie je, geef maar af. Meestal zijn onze scores redelijk goed. We hebben zelfs al eens een forfait zwaarder gehad” (Respondent B)

Respondenten geven aan dat de zorginspectie helpt om de kwaliteitswerking op peil te houden, maar hoofdzakelijk gefocust is op wat er is en te weinig op het groeien en verbeteren. Dat is het verschil met **externe audits**. Sommige thuisorganisaties kiezen er vrijwillig voor zich te laten certificeren. Daar hangt een prijskaartje aan vast, en ze zijn heel tijdsintensief.

“Audits helpen u in tegenstelling tot inspecties wel om te groeien. Ze geven u altijd zicht in welk stadium je zit” (Respondent A)

Vroeger waren er ook de audits van het Europees Sociaal Fonds (ESF). Respondent A geeft aan daar als kwaliteitscoördinator veel aan gehad te hebben. Het was gratis en net zoals inspectie betekent dergelijke externe controle een sense of urgency voor de hele organisatie. Hoewel uit de interviews duidelijk blijkt dat deze audits van het ESF een stimulerend effect had op de interne kwaliteitsvoering in de sector, bestaat deze praktijk op vandaag niet meer.

Externe audits worden vaak vooraf gegaan door interne audit. Maar interne audits komen evengoed voor in het kader van een zelfevaluatie in thuiszorgvoorzieningen die er niet voor kiezen zich te laten certificeren. Grotere voorzieningen zoals ziekenfondsen hebben hiervoor een aparte afdeling. Andere diensten zoeken naar creatieve manieren om interne audits in te richten. Interne audits kunnen het voordeel hebben dat zij enerzijds een druk leggen bij de dienst of afdeling die geauditteerd wordt, anderzijds kan het een leermoment zijn voor degene die auditeert.

“nu is het een opdracht van de zorgpartners maar vroeger werden interne audits uitgevoerd van directie bij directie. Zo kregen zij inzage in mekaars managementinformatie en werking, van regio tot regio. Hun mond viel soms open over hoe andere collega’s werken. En we pikten daar iets positiefs van.” (Respondent G)

In de lokale besturen hanteert Audit Vlaanderen een cyclus van 6 jaar waarin zij elk lokaal bestuur wenst te auditeren. Respondent L2 geeft echter aan dat inhoudelijke diensten zoals het geval is bij thuiszorg omwille van het singel audit principe minder snel een thema zullen zijn van Audit Vlaanderen.

5.3.6 Huis op orde

Respondent J.2 verduidelijkt dat kwaliteitsmodellen inzicht geven in de organisatie. In zorgorganisaties zonder integraal kwaliteitssysteem wordt kennisoverdracht rond visie en waarden, taakafspraken aan het lot overgelaten dat bepaald wordt door het individuele initiatief tussen medewerkers.

“Ja, het is een beetje een zoektocht. Je wordt erin gesmeten en er is niets of niemand die u zegt hoe je het moet doen.” (Respondent J2)

In de opstartfase heeft kwaliteitsmanagement vaak te maken met het huis op orde te stellen. Respondent B getuigt over de vele uren en dagen die hij gespendeerd heeft om veel wat zij in hun praktijk al deden in een tastbare vorm te zetten. Het gaat over richtlijnen en procedures rond klachtenmelding, tevredenheidsmetingen, evaluatiecyclussen, een planning die tot 6 maand loopt,... Respondent C die vanuit een veel grotere setting getuigt, heeft hetzelfde proces doorlopen 20 jaar terug door wekelijks op vrijdagmiddag in werkgroepen consensus te vinden rond taken, processen en procedures. Dat werk heeft geleid tot een ISO9001 label dat aangeeft dat die afspraken ook gekend zijn en gevolgd worden door medewerkers. Respondent D geeft aan dat de grotere organisatie waarvan de dienst deel uitmaakt een afzonderlijke BPM-afdeling heeft die betrokken wordt als uit het COSO-ERM systeem blijkt dat processen moeten uitgewerkt of bijgestuurd worden.

5.3.7 Streven naar een merkbare en aantoonbare kwaliteit

Respondenten geven aan dat de klant de belangrijkste drijfveer is voor de kwaliteitsvoering. Cliënten moeten de best mogelijke zorg krijgen. Als een thuiszorgorganisatie daarvoor intern een kwaliteitsbeleid moet uitbouwen is dat in de eerste plaats omdat ze dat verschuldigd zijn aan hun cliënten. Respondent K geeft aan dat dit voor maatschappelijk werkers ook de voornaamste stimulans is om daarin mee te gaan.

Verschillende respondenten geven aan dat zij de kwaliteit van hun diensten en de inspanningen die zij daartoe leveren ook tot uiting willen brengen ten aanzien van de buitenwereld. Dat vertaalt zich in een dynamiek in de drie zorgvormen om met een groep van diensten binnen de sector gezamenlijke kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, die in de toekomst benchmarking moeten mogelijk maken. Sommige diensten, voornamelijk in de sector van de thuisverpleging gaan nog een stap verder en kiezen ervoor om hun reusachtige inspanningen ook door externe instanties te laten valideren. Dat levert de thuiszorgvoorziening een certificaat in de vorm van een kwaliteitslabel op. Voorbeelden bij respondenten is het ISO9001 kwaliteitslabel (gezinszorg), en het NIAZ-Qmentum. Uit de interviews blijkt dat dit in de thuiszorgsector verre van een veralgemeende praktijk is. Een beweging in die richting doet zich wel voor in de sector van de thuisverpleging.

Respondent A geeft aan dat de organisatie ter gelegenheid van het jubileum gestreefd heeft om een label te halen, om te tonen dat ze zich wel degelijk houden aan de principes van EFQM. Anderzijds geeft dezelfde respondent aan dat het streven naar een label niet mag ingegeven zijn om naar de buitenwereld een mooi verhaal te vertellen. Je moet effectief bereid zijn er iets voor te doen.

“Mijn basis was 89% vragenlijst [van koepelorganisatie voor zelfstandige thuisverpleging] zonder iets speciaals te doen en ik dacht van Wow, nu moet ik verder doen. Tja, dat is een motivatie he.”
“Belangrijk voor mij om het label te halen is omdat ik iedereen gelijk wou en dat het een mooi instrument is om de kwaliteit onderling en naar de patiënt toe te verbeteren.” (Respondent B)

Bij het streven naar verbetering geeft respondent A aan dat het aantrekkelijk kan zijn om te focussen op de minder goede punten, omdat het handig is om daar snel evolutie in te zien. Dat houdt ook gevaren in omdat het kwaliteitsbeleid dan snel een controlerende connotatie kan krijgen.

5.3.8 Stimuli van stakeholders

Op vlak van kwaliteitszorg hebben thuiszorgdiensten te maken met heel wat stakeholders: cliënten, overheden, partners ... De stakeholders die hier worden besproken zijn cliënten, koepels en het VIKZ gezien hun expliciete relevantie of bijdrage aan het kwaliteitsmanagement.

5.3.8.1 Cliënten

Cliëntenresultaten zijn een uitgesproken motivator voor de zorg voor kwaliteit. *“Zij zijn diegenen voor wie we het doen.”* zegt respondent A. In de kwaliteitsmanagementsystemen is het klantenperspectief inherent opgenomen maar of de reusachtige inspanningen op vlak van kwaliteitsmanagement ook impact op de individuele kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt hebben, zijn verschillende respondenten echter genuanceerd onder meer omdat het kan afleiden van de essentie.

“de kwaliteit van zorg aan huis wordt niet bepaald door ons ISO label, dat wordt bepaald door de medewerker die daar ter plaatse is. Wij lopen ook niet te zwaaien met ons label. Dat staat wel op onze nieuwsbrieven etc, maar ik denk niet dat er al één klant voor ons heeft gekozen omwille van dat label”. (respondent C)

5.3.8.2 Toeleveranciers

Respondent J.3 geeft aan dat voor de diensten thuisverpleging waarvoor hij spreekt meer dan 50% van de zorg wordt opgestart vanuit het ziekenhuis.

“Wij hebben voor qmentum gekozen omdat meer dan de helft van de ziekenhuizen ook met Qmentum-normen aan de slag zijn. Dan spreken wij op zijn minst met een belangrijke partij van doorverwijzers dezelfde taal en kunnen wij iets vertellen over: hoe zit dat bij ons, hoe is dat geregeld, welke gegevens hebben we daarover, hoe zijn de procedures uitgewerkt en hoe worden die opgevolgd?” (Respondent J3)

Respondent I.1 die werkzaam is in één van die thuisverplegingsdiensten motiveert: *“we willen naar onze grote partners, de ziekenhuizen, die allemaal met accreditatie bezig zijn tonen dat wij dezelfde normen hanteren en dus op hetzelfde niveau staan.”*

Die positionering tav belangrijke toeleiders speelt opvallend minder bij diensten voor gezinszorg en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. In brede zin kan het Europees Sociaal Fonds beschouwd worden als een toeleverancier die in deze sectoren wel een impact heeft gehad op vlak van kwaliteitsmanagement. Respondent A licht toe: *“Het ESF is een fonds die financiering voorziet voor projecten. Om die projecten te kunnen toewijzen vanuit Europa moeten organisaties kunnen aantonen dat zij aan bepaalde kwaliteitsstandaarden voldoen. Daarvoor hebben zij zelf een kwaliteitsaudit ontworpen”*. Respondent C geeft vanuit een dienst gezinszorg aan dat dit een praktisch voorbeeld is van een letterlijke meerwaarde van de ISO9001-certificering. Een ISO-certificaat biedt voordelen bij projectaanvragen.

5.3.8.3 Koepels

Verschillende respondenten verwijzen naar de ondersteunende rol die koepels opnemen bij de implementatie van kwaliteitsmanagement en/of het behalen van een kwaliteitslabel. Het gaat daarbij zowel over bewustmaking omtrent kwaliteit als over het aanbieden van opleiding en instrumenten.

Respondenten B, I.1 en E laten zich allen ongedwongen ondersteunen bij het uitzetten van het kwaliteitssysteem. Koepels faciliteren kennisoverdrachten en zijn ondersteunend. Er zijn verschillende manieren waarop de ondersteunende rol opgenomen wordt: ter beschikking stellen van praktijkcoaches, handleidingen, publicaties, opleiding, overlegplatformen en werkgroepen... De diensten maatschappelijk werk en de diensten gezinszorg hebben beiden een werkgroep op sectorniveau die kwaliteitsindicatoren voor de zorgvorm uitwerkt.

De koepels zelf geven aan dat zij degenen zijn die inschatten welke systemen en instrumenten meest geschikt zijn voor hun aangesloten leden.

“een NIAZ, dat krijg je bij ons gewoon niet geïntroduceerd, dat is gewoon gemaakt voor grote organisaties. Dus vandaar dat echt gekeken is, naar Nederland, de ISO, en dan hebben wij gekozen. Dat gaan we doen. Daar is twee, drie jaar vooraf aan gegaan” (respondent J.5)

Volgens respondent L1 worden koepels daar door hun leden ook op aangesproken, bijvoorbeeld naar aanleiding van nieuwe regelgeving.

“op moment dat het kwaliteitsdecreet er kwam, en die hele regelgeving rond kwaliteitssystemen, handboeken... heb ik toch wel een beweging gezien dat vooral kleine diensten bij hun koepel aan

de bel gingen hangen van “help, daar is een nieuwe regelgeving die op ons af komt”.
(respondent L.1)

De verschillende zorgvormen in de scope van dit onderzoek beschikken allen op één of andere manier over koepelorganisaties, zowel in de thuisverpleging, de diensten gezinszorg als de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Bij de thuisverpleging wordt melding gemaakt van een koepel van zelfstandige diensten voor thuisverpleging, een federatie van verschillende grote diensten en een Nederlandstalig platform voor thuisverpleging waar kwaliteitsthema's worden besproken. De diensten voor gezinszorg kunnen een beroep doen op een sectorale koepelorganisatie die faciliterend ondersteunt bij de ontwikkeling van indicatoren. De diensten voor gezinszorg ingericht door lokale besturen kunnen daarnaast terugvallen op een eigen koepel die haar leden ondersteunt met een op maat gemaakt zelfevaluatiesysteem.

Bij de diensten maatschappelijk werk is er geen sprake van een sectorale koepel. De meeste diensten worden per strekking ondersteund vanuit de landsbond van ziekenfondsen. Wel bestaat er een intermutualistisch overlegplatform, maar de afspraken inzake kwaliteitsmanagement beperken zich daar volgens respondent J.7 vooralsnog tot afstemming rond gezamenlijke kwaliteitsindicatoren.

5.3.8.4 VIKZ

Verschillende respondenten verwachten dat het VIKZ een boost zal geven aan het werken rond kwaliteit in de eerstelijns. Er wordt verwezen naar de ontwikkelingsgroepen die reeds langer aan de slag zijn in de sectoren ziekenhuizen en residentiële ouderenzorg. Respondent J.8 wijst erop dat de eerste lijn binnen het VIKZ eigenlijk pas in opstartfase is, maar dat in feite de stuurgroep van het project in de diensten maatschappelijk werk en de gezinszorg wel overeenkomt met een ontwikkelingsgroep:

“Daar zitten mensen van de praktijken en ook universiteiten, en sinds kort ook het VIKZ. Ik denk dat het eigenlijk wel een mooi voorbeeld is van een eerste ontwikkelingsgroep.” (Respondent J8)

Het VIKZ zal bij middel van het zogenaamde QID-bestuur (een toezichtscommissie) waken over de methodologie achter alles. Indicatoren worden door hen gevalideerd zodat er zekerheid is dat ze meten wat ze willen meten.

5.3.9 Interne organisatiekenmerken

Uit de interviews blijkt dat interne organisatiekenmerken ook meespelen in de mate waarop kwaliteitsmanagement in de dienst bedreven wordt. Het kwaliteitsbeleid is in grote mate afhankelijk van de **resources** die de organisatie daartoe ter beschikking stelt: dat vertaalt zich voornamelijk in personele mankracht, mandaat en ook geldelijke middelen als externe partners zoals geaccrediteerde auditoren in

het verhaal betrokken worden. Respondenten zijn het er algemeen over eens dat het **mandaat vanuit het management** een cruciale factor is. Ook de schaalgrootte speelt een rol. De grootste zijn is op zich geen garantie voor kwaliteit. De **schaalgrootte** werkt in twee richtingen. In kleinere voorzieningen of zelfstandige praktijken is de taakverdeling tussen managementtaken en uitvoerende vaak minder afgelijnd waarbij voorrang wordt verleend aan de individuele kwaliteitsvolle zorg, eerder dan zich te richten op de meer structurele kant van kwaliteitsmanagement. Respondenten uit grote voorzieningen vertellen over de moeilijkheden die zij ondervinden om het kwaliteitsbeleid tot op de werkvloer te brengen. Wel hebben verschillende grote voorzieningen de mogelijkheid om een eigen vormingsinstituut in te richten wat voordelen oplevert om medewerkers te omkaderen met vorming, training en opleiding specifiek afgestemd op het eigen referentiekader. Uit het verhaal van respondent A blijkt dat er diensten zijn die vanuit een historisch gegroeide samenwerking schaalgrootte benutten om hun kwaliteitswerking te delen.

5.4 Evoluties en ontwikkelingen in kwaliteitsdenken

5.4.1 Kwaliteit met de cliënt centraal

Respondent A geeft aan dat cliënten een bepalende stem hebben in wat kwaliteit is. Kwaliteitszorg wordt dus niet enkel bepaald door normen die diensten en overheid bepalen. Het is de klant die uiteindelijk de kwaliteit van de dienst beoordeelt.

Respondenten geven aan dat die visie zich ook vertaalt in maatschappelijke evoluties en het beleid. Zo wordt verwezen naar evoluties zoals vermaatschappelijking van de zorg, de persoonsvolgende financiering, het publiek bekendmaken van kwaliteitsindicatoren en initiatieven voor patiëntenparticipatie. Die ontwikkelingen veranderen de context waarbinnen de thuiszorg zich organiseert en het kwaliteitsmanagement vormgeeft.

“vermaatschappelijking van de zorg, ook voor psychisch kwetsbaren, heeft veel impact voor de thuiszorg. Dat zijn evoluties waar een organisatie zich op moet verhouden, waar je je missie, visie en ook het strategisch beleid van de organisatie moet op aanpassen.” (Respondent G)

Hoewel in al deze ontwikkelingen de cliënt centraal wordt geplaatst stellen respondenten dat deze evoluties uitdagingen stellen voor een deel van het kwetsbaar doelpubliek. Respondenten rapporteren enerzijds over het mondiger worden van de cliënt, maar anderzijds ook over een merkbare verzwaring van het zorgprofiel. Gevreesd wordt dat veel mensen niet in staat zijn om op basis van een persoonlijk rugzakje de juiste keuzes te maken. De sector ontwikkelt indicatoren om die finaal te ontsluiten aan de burger. Maar welke indicatoren zijn relevant voor de gebruiker? Een oplossing daarvoor is het betrekken

van patiëntengroepen bij het beleid maar dat is niet altijd evident als het gaat over een zorgbehoevend publiek.

“een patiëntenraad zoals een woonzorgcentrum een bewonersraad heeft, dat kennen wij niet. We moeten dat bekijken maar geen flauw idee of dat gaat werken.” (Respondent I.3)

5.4.2 Kwaliteit en marktwerking

De respondenten ervaren dus dat de klanten in de thuiszorg veel mondiger zijn geworden. In vergelijking met vroeger zijn mensen veel minder gebonden aan een bepaalde zuil. Respondenten geven aan dat het nu veel meer dan vroeger gaat om: hoe snel kan je komen, hoeveel uren kan je komen,...

“ ... Ook de mantelzorg zit met de handen in het haar. Hier en nu. En dan primeren op de eerste plaats: prijs, snelheid en op de derde plaats pas kwaliteit want de kwaliteit wordt ervaren als de zorg verleend wordt”. (Respondent G)

En daar wringt het schoentje. De vraag stijgt en het erkend aanbod kijkt aan tegen grenzen van haalbaarheid en betaalbaarheid. Door schaarste in het aanbod vrezen respondenten dat hun kwetsbare publiek zo in aanraking dreigt te komen met initiatiefnemers waarvan niet geweten is of de bedoelingen wel zo zuiver zijn. Respondent F geeft aan dat vroeger alles veel meer vanuit het lokaal bestuur of vanuit de mutualiteiten georganiseerd werd. Net als het geval is in de woonzorgcentra en serviceflats zie je nu ook in de thuiszorg veel meer privé-initiatieven die niet erkend zijn. Voorbeelden hiervan zijn traiteurs en private poetsdiensten die op het terrein van de thuiszorg komen. Vanuit concurrentieel oogpunt stelt zich niet meteen een probleem gezien de grote vraag. Er wordt zelfs samengewerkt en doorverwezen. Respondent G vindt gezonde concurrentie niet slecht en maakt melding van onderlinge doorverwijzing wanneer de maximumcapaciteit bereikt is. Omwille van de tekorten is er onder de respondenten geen gevoel van onderlinge strijd.

Respondent F verwoordt treffend waar de bezorgdheid tav het commercieel initiatief dan wel zit:

“In zeer complexe situaties hebben privéspelers geen maatschappelijk werkers die aan huis gaan die daar dat beetje extra kunnen doen, die langsgaat wanneer een persoon erop achteruit gaat, ..., die ingrijpt wanneer een persoon begint te vergeten, contacten legt met de familie. Dat zijn dingen die door privéspelers niet gedaan worden omdat die tijdrovend en niet winstgevend zijn. Als wij aan huis staan en er wordt niet opengedaan, gaan wij op zoek naar wat er is gebeurd totdat we weten dat alles in orde is. Het is al meermaals gebeurd dat iemand was gevallen en dat we de ambulance moesten opbellen. Ik denk dat een privé-initiatief dat niet doet.” (Respondent F)

Respondent G stelt dat de overheid het thuiszorgaanbod moet reguleren ook wanneer de vraag groter is dan het aanbod. Zo geeft G het voorbeeld van seniorenservices die gelijkaardige diensten leveren maar die niets met gezinszorg te maken hebben:

“Als het een dienst is die pretendeert taken te doen als een dienst gezinszorg terwijl het geen erkende dienst voor gezinszorg is, dan heb ik daar problemen mee en vind ik dat een overheid moet ingrijpen.” (respondent G)

Het probleem hierbij is dat deze initiatiefnemers die niet aan toezicht zijn onderworpen niet aan dezelfde kwaliteitsvoorwaarden voldoen. Als het gaat over personen met een zware zorgbehoefte maakt respondent G zich zorgen voor misbruiken.

5.4.3 Coördinatie en netwerken in de thuiszorg

De uitdaging waar vrijwel alle respondenten, onafhankelijk van het type zorgvorm, type initiatiefnemer en schaalgrootte, over rapporteren is het zich integreren in allerlei gemeenschappen op de eerstelijns. Netwerken is het nieuwe credo. De vele spelers op het terrein worden aan de hand van eerstelijnszones samengebracht in een lokaal samenwerkingsweefsel. Daar gaat het volgens J.3 voornamelijk over de kwaliteit van samenwerking wat onder meer moet leiden tot een betere overdracht van informatie. Volgens respondent J.3 wordt het belangrijk dat sectoren elkaar iets te vertellen hebben over de kwaliteit van elkaars aanbod om een bijdrage te kunnen leveren aan het grotere geheel. Gebruikers en zorgverleners gaan er baat bij hebben om van elkaar te weten hoe zij werken, wat zij doen, en of dat allemaal transparant is.

“Ik heet u welkom in de gremia waar we de eerstelijns bespreken: dat is een amalgaam van vanalles. Daar de vertegenwoordiging regelen is hééél moeilijk.” (Respondent J.3)

De oprichting van een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg is voortgekomen uit een beweging die al veel langer bezig is in sectoren van de ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en woonzorgcentra. De eerstelijns, met daarin de thuiszorg, is daar in laatste instantie als sector aan toegevoegd, maar ook die beweging houdt de sector nu volop bezig.

“Het idee van het VIKZ was er al op het moment dat het VIP² bestond. Eigenlijk is de eerstelijns daar post factum bijgehaald. Men was al bezig voor de ziekenhuizen, de GGZ en de woonzorgcentra en dan kwam men tot de vaststelling “ ’t zijn er daar nog hé”. En dan heeft men gans de eerstelijns in één keer meegenomen. Wat nog zal blijken dat dit een ganse uitdaging is [...] Je moet effectief beginnen met de grote sectoren, de grote spelers in het verhaal”. (Respondent J.3)

5.4.4 Digitalisering

Respondenten zijn het erover eens dat digitalisering in de zorg een ontwikkeling is die in belangrijke mate een bijdrage levert aan de kwaliteit. Tegen de achtergrond van beroepsgeheim, patiëntenrechten en GDPR manifesteert de digitalisering zich op verschillende niveaus.

- De voorbije decennia zijn quasi alle thuiszorgdiensten geëvolueerd van een papieren naar een **digitaal individueel cliëntendossier**. Volgens J.3 is het cliëntendossier van de thuiszorgvoorziening is het meest concrete registratiedocument dat er over de zorg bestaat. De kwaliteit van een dossier is vandaag veel gemakkelijker te verbeteren omdat steekproeven mogelijk zijn via een centrale weg. Het bevat een schat aan informatie en is de basis voor gegevensontsluiting en indicatoren;
- De uitdaging bestaat erin om die gegevens te selecteren die ook voor andere partijen van belang zijn om kwaliteitsvolle zorg te leveren. Respondent J.1 brengt aan dat stappen gezet worden naar een **digitaal zorg- en ondersteuningsplan**. De overtuiging bestaat dat wanneer diensten die zorg verlenen rond eenzelfde patiënt, digitaal gegevens gaan uitwisselen met elkaar, dit gaat leiden tot een vastgestelde kwaliteitsverbetering in hoofde van de cliënt;
- De ontwikkeling van **het RAI-instrument** wordt in de thuiszorg op de voet gevolgd. Een veralgemeend en systematisch gebruik is in Vlaanderen nog niet in orde, wel geven respondenten aan betrokken te zijn in eerste experimenten in de thuiszorg in de vorm van een screener.

Hoewel digitalisering een evidentie lijkt, blijkt uit de interviews dat het tegendeel waar is. In de praktijk vertaalt die evolutie zich snel in extra registratietijd ten koste van tijd voor cliënten. Elke zorgvorm kent zo haar eigen uitdagingen. In de diensten voor thuisverpleging zit volgens I.1 niet elke aanbieder op dezelfde snelheid (vb. het digitaal inlezen van een ID-kaart). In de sector gezinszorg veronderstelt dit dat de massa verzorgenden over digital devices moeten beschikken. In de diensten maatschappelijk werk werkt men dan weer al jaren digitaal maar gaat het vaak om niet-gestructureerde data.

5.4.5 Evidence-based kwaliteitsindicatoren

Respondent J.1 geeft aan dat de thuiszorg recent aan de slag is gegaan met de ontwikkeling van evidence-based kwaliteitsindicatoren. Volgens respondent J.6 heeft de overheid bewust gekozen om de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vanuit een bottom-up benadering te laten starten. Vanuit de bril van de zorgorganisatie geeft respondent G daarover het volgende aan:

“vanuit de deelnemende groep van diensten gezinszorg zien we dat de tijd er rijp voor is. We voelen ook een zekere sense of urgency, in die zin als we het nu niet zelf doen dat ons allicht zal opgelegd worden.” (Respondent J1)

De overheid initieert dit proces vanuit een stuurgroep die volgens J.8 naar het voorbeeld van andere sectoren de voorbode lijkt te zijn van een ontwikkelingsgroep die gevormd wordt binnen het terrein van het VIKZ. De voorkeur voor een bottom-up benadering is mee ingegeven vanuit eerdere ervaringen in andere sectoren waaruit is gebleken dat gedragenheid een belangrijke succesfactor is. Respondent K vindt het belangrijk om in een eerste fase aan de slag te gaan met kwaliteitsindicatoren die op korte termijn tot kwaliteitsverbetering in de hulpverlening aan individuele cliënten leiden. Een eerste set van kwaliteitsindicatoren is recent ontwikkeld. Een volgende stap is te kijken of die indicatoren door de verschillende diensten ook effectief kunnen gemeten worden. Een uitbreiding van die kwaliteitsindicatoren is een evolutie die naar de toekomst zeker moet gebeuren. In een eerste fase is gestart met twee grote sectoren, DMW en diensten voor gezinszorg, die zich expliciet aandienen als early adopter. In de focusgroep geeft J.1 aan dat het niet uit te sluiten is dat dit bottom-up proces in de toekomst zal uitmonden in het verplicht stellen van een aantal kwaliteitsindicatoren. Respondent J.8 merkt daarbij op dat het publiek bekendmaken van kwaliteitsindicatoren bij ziekenhuizen heeft aangetoond dat er peer pressure optreedt bij anderen om mee te doen. In die zin werd in vraag gesteld in hoeverre het verplicht moet worden.

“Dit is nog maar een voorzichtige oefening met indicatoren waar we ons wellicht niet onveilig voelen. We zullen nog een stap verder moeten gaan en ook onze zwaktes met elkaar delen. Ik hoop dat die tendens gezet.” (Respondent G)

5.4.6 Certificering

Thuiszorgvoorzieningen kunnen ervoor kiezen om hun kwaliteitsbeleid aantoonbaar te maken door zich te laten certificeren. Deze instellingen voeren op vraag van de voorziening een externe audit uit. Dit is vooralsnog geen veralgemeende praktijk. In de sector thuisverpleging is een evolutie te zien in deze richting. In de diensten gezinszorg en diensten maatschappelijk werk is dat op één dienst voor gezinszorg na niet aan de orde. Als verklaring geeft respondent A aan dat de investering die daarmee gepaard gaat niet ideaal is in een sector waar niet zoveel middelen zijn. Voor een grote organisatie kan de prijs oplopen tot een aantal tienduizenden euro's alleen nog maar om het label te halen. De grootste investering komt daar nog bovenop en dat is de tijd en mankracht om alles op punt te krijgen. Respondent C geeft aan dat het in Vlaanderen niet verplicht is en er weinig of geen auditoren zijn die vertrouwd zijn met de thuiszorgcontext van Vlaanderen. Ook dat verklaart volgens respondent C dat er weinig enthousiasme voor is. Critici merken verder op dat dit ook commerciële spelers zijn die zichzelf met een zekere regelmaat bijsturen en aanpassingen doorvoeren waardoor zij hun eigen werk in stand houden. Wanneer voorzieningen proberen een label te halen investeren zij daar bovendien veel tijd en middelen in en betalen die organisaties daarvoor waardoor het concept iets heeft van “de slager keurt

zijn eigen vlees". Respondent I.1 schrijft de weerstand tav kwaliteitslabels toe aan de dualiteit die erin zit: *"je kan perfect geaccrediteerd zijn en tegelijk voor je patiënt geen kwaliteitsvolle zorg leveren"*. Respondent L.2 geeft aan dat thuiszorg ook een moeilijker sector is voor accreditatie omdat de sector gekenmerkt is door heel wat subjectieve elementen.

Volgens J.3 is het voor de ziekenhuizen en grote gezondheidszorginstellingen belangrijk dat zij ook getoetst worden op internationale standaarden en normensets, steeds afgetoetst aan de lokale, federale en gemeenschapsregelgeving. Net zoals het voor ziekenhuizen belangrijk is om zich te organiseren volgens normen uit internationale netwerken, speelt de nauwe verwevenheid met de ziekenhuizen door een grote doorstroom van cliënten mee in de keuze voor een accreditatie bij diensten thuisverpleging. Dat bevordert ook de volgende stap om uit de massa gegevens die beschikbaar zijn de meest relevante indicatoren te zoeken die ongeacht het type initiatiefnemer iets kunnen zeggen over een sector.

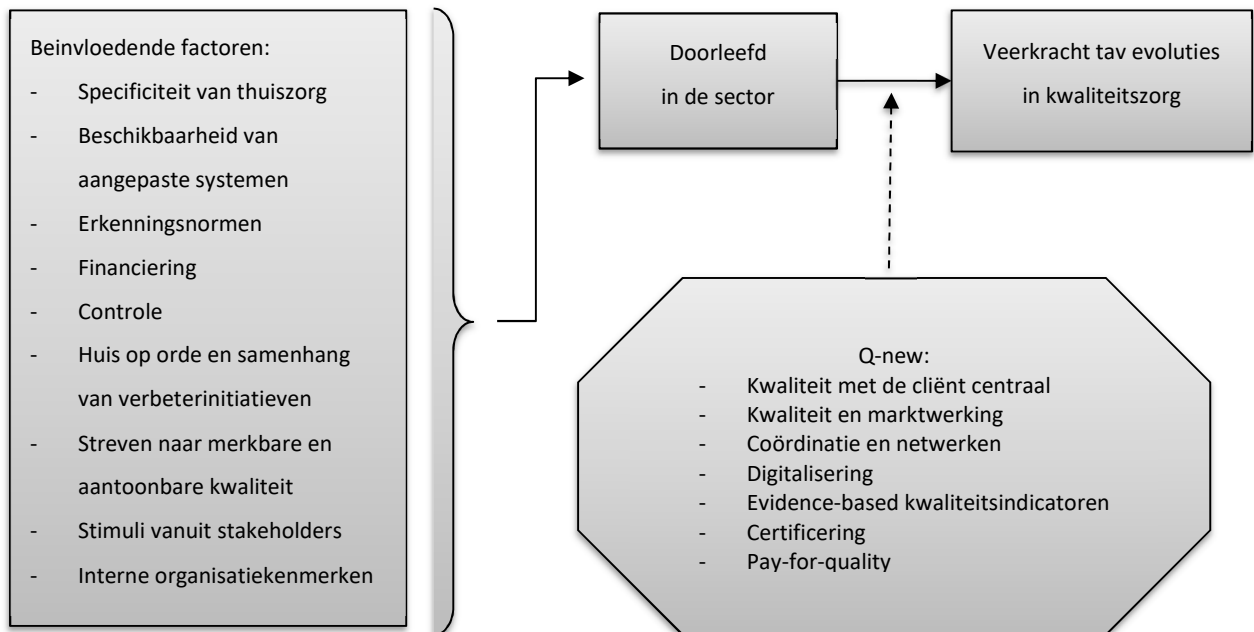
5.4.7 Pay for quality

Respondent J.3 wijst op het strategisch belang van kwaliteitsindicatoren omdat zij in de toekomst een element in de financiering kunnen worden. Het concept van pay-for-quality is een piste die al langer afgewogen wordt tegen de huidige prestatiefinanciering.

"dat is ook de toekomst waar we naartoe gaan voor de praktijkfinanciering en zelfs voor bepaalde segmenten van de prestatiefinanciering door impliciete kwaliteitsvoorwaarden te stellen die een rol spelen: ben je als praktijk voorzien op dat soort activiteit? Ben je voorzien op die risico's? Heb je de juiste procedures? Heb je de juiste mankracht? Het zal niet met labels gebeuren maar eerder op bepaalde parameters die een aantal onderdelen uit je kwaliteitssysteem lichten" (Respondent J3)

6 Discussie

Dit deel blikt terug op de uitgangspunten die vooruitgeschoven werden voor de literatuurstudie en koppelt de gedane inzichten terug naar de onderzoeksvragen. Om hiermee te beginnen wordt teruggerepen naar het onderzoeksmodel dat aan de hand van de resultaten als volgt kan worden ingevuld voor wat betreft beïnvloedende factoren en evoluties inzake kwaliteitsdenken.



Figuur 13: Terugkoppeling van de onderzoeksresultaten naar het conceptueel onderzoeksmodel

6.1 Welke kwaliteitsmanagementsystemen- en technieken worden gehanteerd in de thuiszorg?

Deze onderzoeksvraag werd via interviews onderzocht binnen diensten voor gezinszorg, diensten voor thuisverpleging en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen. Dit zijn drie zorgvormen die professionele zorg en hulp leveren aan huis en die voldoen aan de definitie van thuiszorg volgens de Vlaamse regelgeving. Onderstaande tabel geeft een beeld van de kwaliteitssystemen die in dit onderzoek bij de onderzochte zorgvormen zijn vastgesteld. De tabel geeft slechts een beeld en heeft een kwalitatieve interpretatie.

Uit de interviews is gebleken dat deze kwaliteitssystemen vaak hand in hand gaan met andere technieken en systemen. Zo keert de PDCA-cyclus vrijwel consequent in verschillende systemen terug. In een grote dienst thuisverpleging wordt de implementatie van NIAZ-qmentumnormen gecombineerd ingezet met de balanced scorecard. Elk vanuit eigen specifieke focus dragen beide modellen bij tot het

kwaliteitsbeleid in de voorziening. Ook aspecten uit het leandenken komen regelmatig terug als het gaat over de processen. Tot slot worden een aantal instrumenten door de Vlaamse overheid verplichtend opgelegd: kwaliteitshandboeken, tevredenheidsbevragingen en klachtenprocedures. Vooral deze laatste twee zijn vrij algemeen goed in de sector en brengen informatie voor kwaliteitsverbetering binnen in de organisatie. Voor verder onderzoek is het echter aangewezen deze kwaliteitshandboeken als bron te beschouwen wil men een volledig beeld krijgen van de prevalentie van kwaliteitsmanagementsystemen in de sector. Gedacht werd dat de Vlaamse overheid aan de hand van kwaliteitshandboeken een overzicht zou hebben op frequent gehanteerde systemen maar dit wordt niet gemonitord noch gecontroleerd door het VAZG of de zorginspectie.

Ten tweede manifesteren de in de tabel vermelde systemen zich op het terrein in diverse verschijningsvormen. Respondenten geven aan dat nogal wat inspanningen nodig zijn om systemen op maat te snijden van de organisatie. Niet alle voorzieningen zijn in de mogelijkheid dergelijke inspanning te leveren en hanteren de modellen op een voor hen haalbare, pragmatische manier.

Ten derde rapporteren drie respondenten vanuit een kwaliteitswerking die meerdere diensten, al dan niet uit meerdere zorgvormen, omvat. Sommige koepelorganisaties bieden immers op uiteenlopende wijze ondersteuning op vlak van kwaliteitsbeleid ten aanzien van een netwerk van verschillende diensten. De aantallen in de tabel zijn omwille van het kwalitatief karakter van dit onderzoek niet representatief voor de sector, maar evengoed zijn zij omwille van de vermelde reden een onderschatting van het aantal diensten per zorgvorm die volgens de weergegeven systemen werken.

		Type zorgvorm		
		DGAT	DMW	TVP
Kwaliteitssysteem	EFQM	1	2	1
	ISO	1	0	1
	NIAZ-Qmentum	0	0	1
	COSO-ERM	0	1	0
	PDCA	2	0	0
	VVSG zelfevaluatiesysteem	2	0	0
Aantal per zorgvorm		6	3	3

Tabel 7: Beeld van de kwaliteitssystemen per zorgvorm. Bron: Nvivo

6.2 Hoe doorleefd is kwaliteitsmanagement in de sector?

Een antwoord op deze vraag werd uitvoerig besproken in de resultatensectie aan de hand van een aantal factoren die invloed uitoefenen op de mate waarin een voorziening en de sector bewust een kwaliteitsbeleid voert (zie ook opsomming van deze beïnvloedende factoren in figuur 13).

Uit de literatuur en het onderzoek zijn drie relatief objectieve parameters gevonden die een graadmeter zijn voor de mate waarin een thuiszorgvoorziening bewust met kwaliteit bezig is: de inzet van een kwaliteitscoördinator, certificering als resultaat van een succesvolle implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem en het voeren van interne audits. In volgende tabel worden deze parameters afgezet tegen een aantal kenmerken van de thuiszorgvoorziening(en) in functie van een diepgaandere analyse.

	Kwaliteitscoördinator		Certificering			Interne audit	
	Ja	Neen	Ja	In proces	Neen	Ja	Nee
Erkenning Vlaanderen = Ja	6	1	1	1	5	5	3
Erkenning Vlaanderen = Nee	0	2	0	1	1	1	1
Schaalgrootte = Klein	0	2	0	1	1	1	1
Schaalgrootte = Middelgroot	3	1	0	0	4	2	3
Schaalgrootte = Groot	4	0	1	1	2	4	1
Zorgvorm = DMW	2	1	0	0	3	2	2
Zorgvorm = DGAT	5	1	1	0	5	3	4
Zorgvorm = Thuisverpleging	2	1	0	2	1	3	1
Initiatiefnemer = VZW	4	0	1	1	2	4	1
Initiatiefnemer = Lokaal bestuur	2	1	0	0	3	0	3
Initiatiefnemer = Zelfstandig	0	1	0	1	0	1	0
Initiatiefnemer = Ziekenfonds	2	1	0	0	3	2	2

Tabel 8: Kwaliteitscoördinator, certificering en interne audit per kenmerk. Bron: Nvivo

Ten eerste wordt vastgesteld dat niet in alle erkende thuisvoorzieningen een kwaliteitscoördinator wordt ingezet. Dat kan verklaard worden doordat de inzet van een kwaliteitscoördinator in Vlaanderen niet verplicht is en kwaliteit van zorg eerder indirect gefinancierd wordt. Uit de tabel blijkt dat een zekere schaalgrootte nodig is om een kwaliteitscoördinator te kunnen vrijstellen.

Een certificering als bewijs voor een succesvolle implementatie van een kwaliteitsmanagementsysteem is evenmin verplicht in Vlaanderen en dat blijkt ook uit de tabel. Toch wordt vastgesteld dat een aantal thuiszorgvoorzieningen vrijwillig die keuze maken. Op één dienst voor gezinszorg na wordt die beweging vooral vastgesteld bij diensten voor thuisverpleging. Onder impuls van de koepelorganisatie komt dit ook voor in kleine zelfstandige diensten zonder kwaliteitscoördinator.

Tabel 9 toont aan dat in het merendeel van de thuiszorgvoorzieningen die een kwaliteitscoördinator inzetten, een certificering niet aan de orde is. Uit het onderzoek is gebleken dat daarbij zorgvuldige en bewuste afwegingen worden gemaakt. Uit het internationaal raamwerk van de wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat de landelijke context van invloed is op de realisatie van een

geïntegreerde zorg. De thuiszorg in Vlaanderen wordt inderdaad in belangrijke mate beïnvloed door de institutionele bevoegdheidsverdeling in België, waar thuiszorg, noch de kwaliteit ervan, noch langdurige zorg een homogene bevoegdheid is van het federale of Vlaamse niveau. Uit het onderzoek is bovendien gebleken dat thuiszorgvoorzieningen in Vlaanderen aangewezen zijn op kwaliteitsmanagementsystemen uit het buitenland die weinig aangepast zijn aan deze Vlaamse thuiszorgcontext. Dat maakt dat heel wat thuiszorgdiensten op een pragmatische manier met systemen aan de slag gaan die voor hen haalbaar en wenselijk is. Gegeven de diversiteit van zorgaanbieders, blijkt die fit met de organisatie volgens respondenten vanuit de overheid, wetenschap en sector de voornaamste reden te zijn waarom een thuiszorgvoorziening het best zelf bepaalt hoe zij haar kwaliteitsbeleid vormgeeft.

	Kwaliteitscoördinator	Geen kwaliteitscoördinator
Gecertificeerd = Ja	1	0
Gecertificeerd = In proces	1	1
Gecertificeerd = Nee	5	2
Interne audit = Ja	5	1
Interne audit = Nee	3	2

Tabel 9: Relatie kwaliteitscoördinator tav certificering en interne audit. Bron Nvivo

Thuiszorgdiensten zoeken daarbij vaak naar ondersteuning van koepelorganisaties waar zij vanuit diverse invalshoeken deel van uitmaken. Zo stelt VVSG een volledig op maat uitgewerkt zelfevaluatiemodel vrijblijvend ter beschikking van diensten voor gezinszorg van lokale besturen. Op vraag van lokale besturen biedt VVSG daarbij ondersteuning. Auditeren doen zij bewust niet omdat zij van oordeel zijn dat het hen niet toekomt een ranking te maken van lokale besturen. Bij de koepelorganisatie van de zelfstandige verpleegkundigen wordt die keuze dan wel weer gemaakt, om de aantoonbaarheid van kwaliteit te verhogen onder de zelfstandige zorgverstrekkers. Ook bij de grotere vzw's en DMW van de ziekenfondsen komen interne audits frequent voor, in klassieke of meer vernieuwende vorm. In organisaties die externe audits beogen is een interne auditcyclus standaard onderdeel van de procedure.

Uit het verhaal van de respondenten blijkt dat de zorg voor kwaliteit en de kwaliteit van zorg in belangrijke mate wordt bepaald door het sociaal engagement van de medewerkers én van de voorziening doorheen haar missie, visie en waarden. Het is dus niet zo dat er in thuiszorgvoorzieningen zonder kwaliteitscoördinator of kwaliteitslabel geen zorg voor kwaliteit is. Zoals Van Zoest (2010) het uitdrukt: 'quality is everybody's business'.

6.3 In welke mate is de kwaliteitsmanagementpraktijk veerkrachtig tav evoluties die zich voltrekken op vlak van kwaliteitszorg in Vlaanderen?



Figuur 14: wordcloud focusgroep 'kwaliteit tussen beleid, wetenschap en praktijk'

De wordcloud in figuur 14 is een illustratieve weergave van de frequentst uitgesproken termen tijdens de focusgroep. De voornaamst evoluties (Qnew) die aan bod kwamen inzake kwaliteitsdenken zijn weergegeven in figuur 13. Zij zijn van tel bij het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag. Uit de Vlaamse contextliteratuur blijkt dat Vlaamse zorgvoorzieningen aangemoedigd worden voor het voeren van een kwaliteitssysteem gericht op continue verbetering. Uit de beleidsnota van de laatste regeerperiode blijkt dat de zinvolheid van een afzonderlijk kwaliteitsdecreet wordt geëvalueerd in het licht van het erkenningsbeleid en de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

Internationale vergelijking leert dat in verschillende landen een duidelijk belang wordt gehecht aan kwaliteitsindicatoren als basis voor continue verbeterprogramma's. Zorgvoorzieningen in verschillende landen verenigen zich hiertoe in allerlei netwerken met vertegenwoordigers van gebruikers, overheid en wetenschap. De thuiszorg blijft echter vaak uit het vizier van dergelijke initiatieven.

Ook in Vlaanderen verenigen residentiële sectoren zich reeds jaren om de kwaliteit van zorg op een hoger niveau te brengen. Met de recente oprichting van het VIKZ gebeurt dit nu meer gecoördineerd en

werd ook de thuiszorg meegenomen. De eerste stappen voor de ontwikkeling van gezamenlijke evidence-based kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg zijn gezet. Dat blijkt een moeizaam proces te meer doordat thuiszorg door haar specifieke kenmerken gekenmerkt wordt door veel variatie en weinig standaardisatie. Uit de focusgroep blijkt dat de overheid dat proces faciliteert en dat grote spelers zich aandienen als early adopter. Dit engagement is ingegeven vanuit een algemene aanname dat aantoonbaarheid van kwaliteit de nieuwe norm wordt:

- De overheid voert een erkenningsbeleid dat garant moet staan voor kwaliteitsvolle zorg aan haar kwetsbare burgers en risico's zo veel mogelijk uitsluit. De kostprijs in de thuiszorgsector is gereguleerd, waardoor aanbieders zich enkel kunnen onderscheiden op vlak van kwaliteit. De overheid stimuleert, regelt en controleert: zij evolueert van passieve openbaarheid naar een actieve openbaarheid, onder andere op vlak van overheidstoezicht en in de toekomst mogelijk van verplicht gestelde kwaliteitsindicatoren.
- In het model van integrale zorg (WHO) staat de cliënt centraal. Bij respondenten van zowel overheid als zorgorganisaties is er algemene consensus dat de burger over voldoende informatie moet kunnen beschikken waarop hij/zij haar vrije keuze kan baseren;
- De sector houdt er rekening mee dat kwaliteitsindicatoren in de toekomst een betekenis kunnen krijgen in de financieringswijze;
- De thuiszorg organiseert zich in een breder netwerk op de eerstelijns: lokale samenwerkingsweefsels waar private, non-profitorganisaties en lokale besturen evolueren naar een nauwere interdisciplinaire samenwerking waarbij elke stakeholder belang heeft om zicht te hebben op de kwaliteit van een vorige en volgende schakel in de zorg;
- Publiek maken van kwaliteitsindicatoren maakt benchmarking mogelijk en stimuleert verbetering.

Het lijkt er dus op dat de voertaal waarmee een thuiszorgvoorziening in de toekomst zal communiceren met afnemers (gebruikers, overheden, doorverwijzers en andere stakeholders) die van kwaliteitsindicatoren zal zijn. Internationale studies waarschuwen dan weer voor een wildgroei aan kwaliteitsindicatoren. De oefening moet dus zorgvuldig gebeuren en getest worden op relevantie. Het gebruikersperspectief heeft daarin een plaats. Ander onderzoek toont dan weer aan dat een veralgemeend gebruik van het Interrai homecare assessment system mogelijkheid biedt om gestandaardiseerde kwaliteitsinformatie te genereren. Ook in Vlaanderen experimenteert men in de thuiszorg op Belgische Rai versies, maar op vandaag nog onvoldoende ver gevorderd.

Gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen kunnen een strategisch voordeel opleveren, maar door de grote diversiteit in de managementpraktijk lijkt dit vooralsnog een theoretische aanname. Uit de literatuur blijkt dat systemen op zich ook evolueren en de praktijk toont aan dat systemen ook meer naar elkaar toegroeien. In dat opzicht kan de vraag gesteld worden of in Vlaanderen geen markt ontbreekt van aangepaste en eenvoudig implementeerbare systemen en normen op maat van de Vlaamse thuiszorg, naar het voorbeeld van het HKZ-schema dat aan bod kwam in de managementliteratuur.

6.4 Beperkingen van het onderzoek

Bij het lezen van de onderzoeksresultaten dient rekening gehouden te worden met een aantal limitaties.

Het onderzoek richt zich naar diensten gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen en diensten thuisverpleging, wat slechts een segment is van de thuiszorg zoals gedefinieerd door Vlaanderen.

De keuze voor een kwalitatief onderzoek impliceert dat de onderzoeksresultaten geenszins representatief zijn voor de ganse thuiszorgsector in Vlaanderen, zelfs niet voor de onderzochte zorgvormen. De inzichten bieden wel een goede basis voor verder onderzoek.

Dit betreft een masterproefonderzoek wat een beperking in tijd en omvang inhoudt. Ook de methodiek van het kwalitatief onderzoek maakt deel uit van het leerproces. Indien meer ruimte voorhanden was, was een diepgaandere analyse van de onderzoeksresultaten mogelijk.

Gelijkaardige studies naar kwaliteitsmanagement in de thuiszorg zijn nauwelijks voorhanden waardoor wetenschappelijke evidence gepuurd wordt uit andere zorgsectoren die qua kenmerken verschillen van de thuiszorg.

7 Conclusie

Dit onderzoek wil bestaande praktijken op vlak van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg verkennen en afwegen of dat kwaliteitsmanagement veerkrachtig is ten aanzien van de evoluties die zich in dat verband voltrekken. Het beoogt hiermee een bijdrage te leveren aan praktijk, wetenschap en beleid.

Voor de wetenschappelijke gemeenschap levert dit onderzoek een cumulatieve bijdrage aan het onderzoeksdomein van kwaliteitsmanagement. De resultaten brengen inzichten bij die specifiek zijn voor de thuiszorgsector, die op vlak van wetenschappelijk onderzoek over kwaliteitszorg nog vrij onontgonnen terrein is in Vlaanderen. Dit onderzoek biedt dan ook een basis voor verder kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Suggesties voor bijkomend onderzoek zijn:

- Uitbreiding van de onderzoeksvragen naar het geheel van de thuiszorg, en bij uitbreiding de volledige eerstelijns;
- Een kwantitatieve studie voortbouwend op inzichten uit dit onderzoek;
- impactanalyse van het gebruik van bepaalde systemen en instrumenten op de ervaren kwaliteit door gebruikers;
- Beleidsondersteunend onderzoek naar gemeenschappelijke kwaliteitsnormen voor de thuiszorg.

Voor de praktijk biedt dit onderzoek inzicht in de wijze waarop andere thuiszorgdiensten kwaliteitssystemen hanteren. Daarnaast is het voor elke kwaliteitsverantwoordelijke relevant om zich bewust te zijn dat transparantie van kwaliteit het nieuwe credo is: een transparant erkenningsbeleid, ontsluiting van evidence-based kwaliteitsindicatoren en facultatief externe formele validatie van kwaliteitsmanagementvoering door certificatie. Thuiszorgvoorzieningen kunnen er vrijblijvend voor kiezen om een prominente rol te spelen vanuit een goede praktijk of zich te laten ondersteunen door een koepelorganisatie waar ze vanuit één of andere invalshoek deel van uitmaken. Gelet op de dynamiek die aan de gang is, is het zonder meer raadzaam zich hierover te bezinnen en een visie te ontwikkelen.

De responsabiliseringstrategie die in het kwaliteitsdecreet van 2003 vooruit werd geschoven heeft slechts recent ingang gevonden onder impuls van de oprichting van het VIKZ. Het kwaliteitsdenken is aan een opmars bezig, de thuiszorgsector is mee aan boord en toont initiatief. Kwaliteitsmanagement in de thuiszorg was de voorbije decennia hoofdzakelijk gericht op het interne kwaliteitsbeleid met erkenningsnormen en kwalitatieve zorg aan de individuele gebruiker als voornaamste uitgangspunten. De grote diversiteit die op het terrein aanwezig is maakt dat er in de thuiszorg op vandaag weinig gemeenschappelijke normen zijn als basis om de dialoog aan te vatten met andere partners uit de sector. Digitalisering biedt hierbij perspectief maar is op vandaag onvoldoende ver gevorderd om

kwaliteitsindicatoren van morgen te genereren. Reflectie op mesoniveau is nodig om de bijdrage van thuiszorgvoorzieningen aan de kwaliteit van leven ook op een macroniveau te kunnen objectiveren. Er is nog een lange en lastige weg te gaan. Overheidstussenkomst is wenselijk om kwaliteitsvolle zorg aan kwetsbare burgers te garanderen en risico's zoveel mogelijk uit te sluiten. Naast een controlerende rol, ziet de sector daarbij ook een stimulerende rol weggelegd voor de overheid.

8 Lijst met geraadpleegde werken

- Althaus, C., Bridgman, P., & Davis, G. (2013). *The Australian Policy Handbook*. Sydney, Australië: Allen & Unwin.
- Baarda, D. B., Bakker, E., [et, Fischer, T., Julsing, M., de Goede, M., ... van der Velden, T. M. H. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. J., & den Bakker, J. (2018). *De ontdekking van kwaliteit: theorie en praktijk van relationeel zorg geven* (15th dr.). Amsterdam, Nederland: Uitgeverij SWP.
- Baker, R., & Olesen, F. (1999). Continuous quality improvement: a solution for primary care and care across the interface? *Qual Health Care*, 8(1), 3–4.
- Balanced Scorecard Institute . (2017). *Balanced Scorecard* . Geraadpleegd 14 februari 2019, van <https://www.balancedscorecard.org/Solutions/Balanced-Scorecard>
- BBEST. (z.d.). *Het EFQM Excellence Model | bbest*. Geraadpleegd 4 februari 2019, van <http://bbest.be/nl/inhoud/het-efqm-excellence-model>
- Belgisch staatsblad. (2015, 10 mei). *Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen*. Geraadpleegd 31 mei 2019, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl
- Bouckaert, G., Van Roosbroeck, S., Vervaet, C., & Demuzere, S. (2009). *Werken aan kwaliteit. Een praktische gids voor kwaliteitsmanagement in de publieke sector*. Brugge, België: VANDEN BROELE.
- Brennan, S. E., Bosch, M., Buchan, H., & Green, S. E. (2012). Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-121>
- de Abreu, D. M. X., de Araújo, L. H. L., dos Reis, C. M. R., de de Lima, Â. M. L. D., de dos Santos, A. F., Jorge, A. O., ... da Machado, A. T. G. M. (2018). Service users' perception about healthcare provided by teams participating in the National Program for Primary Care Access and Quality Improvement in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saude*, 27(3). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300002>
- Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (2004, 9 augustus). Geraadpleegd op 1 mei 2019, van <https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1011700¶m=inhoud>

Decreet van 15 juli 2016 houdende de diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016, 29 augustus). Geraadpleegd op 16 mei 2019, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2016071517

De Maeseneer, J., & Boeckstaens, p. (2017 mei). Pay-for-performance: beter niet aan beginnen? *Minerva*, 16(4).

Demuzere, S. (2012). *Verklarende factoren van de implementatie van de managementtechnieken. Een studie binnen de Vlaamse overheid*. Geraadpleegd van https://soc.kuleuven.be/io/pubpdf/demuzere_2012_PHD_kwaliteitsmanagementtechnieken.pdf

Desmidt, S., & Heene, A. (2013). *Strategisch management: een handboek voor de publieke sector*. Tielt, België: Lannoo.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Engels, Y., Campbell, S., Dautzenberg, M., van den Hombergh, P., Brinkmann, H., Szécsényi, J., ... Grol, R. (2005). Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice*, 22(2), 215–222. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi002>

Foebel, A. D., van Hout, H. P., van der Roest, H. G., Topinkova, E., Garms-Homolova, V., Frijters, D., ... Onder, G. (2015). Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>

Geboers, H., van den Bosch, W., van den Hoogen, H., Mokkink, H., van Montfort, P., & Oltheten, H. (1999). A model for continuous quality improvement in small scale practices. *Quality in Health Care*, 8, 43–48.

Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., ... Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>

George, M. L. (2003). *Lean Six Sigma for Service: How to Use Lean Speed and Six Sigma Quality to Improve Services and Transactions*. New York, USA: McGraw-Hill Education.

Goetz, K., Hess, S., Jossen, M., Huber, F., Rosemann, T., Brodowski, M., ... Szecsenyi, J. (2015). Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. *BMJ Open*, 5(4), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007443>

Heerink, M., Pinkster, S., & Bratti-van der Werf, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn: een praktische inleiding*. Amsterdam, Nederland: Pearson Education.

- Hespe, C., Rychetnik, L., Peiris, D., & Harris, M. (2018). Informing implementation of quality improvement in Australian primary care. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3099-5>
- HKZ Keurmerk België. (2019). Geraadpleegd 3 maart 2019, van <https://www.hkzkeurmerk.be/>
- INK. (z.d.). *INK-managementmodel* [webpagina]. Geraadpleegd 8 februari 2019, van <https://www.ink.nl/model/ink-managementmodel/>
- International Organization for Standardization. (z.d.). *ISO: About us*. Geraadpleegd 2 februari 2019, van <https://www.iso.org/about-us.html>
- In Voor Zorg! (2014, 13 augustus). *Gemba Walk: dagelijkse wandeling over de werkvloer*. Geraadpleegd 26 februari 2019, van <http://www.invoorzorg.nl/tool-gemba-walk-dagelijkse-wandeling-over-de-werkvloer.html>
- ISO. (2015). *ISO 9001:2015* [College-slides]. Geraadpleegd 2 februari 2019, van https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/standards/docs/en/iso_9001.pptx
- Lean Six Sigma Groep. (2018, 22 juni). *Wat is Lean Six Sigma?* Geraadpleegd 26 februari 2019, van <https://www.leansixsigmagroep.nl/lean-six-sigma/wat-lean-six-sigma>
- Leff, B., Carlson, C. M., Saliba, D., & Ritchie, C. (2015). The Invisible Homebound: Setting Quality-Of-Care Standards For Home-Based Primary And Palliative Care. *Health Affairs*, 34(1), 21–29. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1008>
- Lindahl, A. K., & Bakke, T. (2010 juni). *Consideration of Items to be Included in a National Quality System for Primary Health Care - NCBI Bookshelf*. Geraadpleegd 3 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464877/?report=reader>
- Macrae, C., & Stewart, K. (2019). *Can we import improvements from industry to healthcare*. Geraadpleegd van <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l1039>
- Maddison, S., & Denniss, R. (2013). An Introduction to Australian Public Policy. *Policy Actors and Policy Instruments*. <https://doi.org/10.1017/cbo9781107255920>
- Meredith, L. S., Batorsky, B., Cefalu, M., Darling, J. E., Stockdale, S. E., Yano, E. M., & Rubenstein, L. V. (2018). Long-term impact of evidence-based quality improvement for facilitating medical home implementation on primary care health professional morale. *BMC Family Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0824-4>
- Morris, J. N., Fries, B. E., Frijters, D., Hirdes, J. P., & Steel, R. K. (2013). interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-127>
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

- Mutter, J. B., Liaw, W., Moore, M. A., Etz, R. S., Howe, A., & Bazemore, A. (2018). Core Principles to Improve Primary Care Quality Management. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(6), 931–940. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.06.170172>
- NIAZ. (2015). *Kwaliteitsnorm | Niaz*. Geraadpleegd 14 februari 2019, van <https://www.niaz.nl/kwaliteitsnorm>
- NIAZ - Qmentum*. (2017, 15 maart). [Presentatie]. Geraadpleegd 3 februari 2019, van <https://www.google.be/url?sa=t>
- Ofman, D. (2017). *Bezieling en kwaliteit in organisaties* (15th dr.). Utrecht, Nederland: Kosmos.
- Reckrey, J. M., Gettenberg, G., Ross, H., Kopke, V., Soriano, T., & Ornstein, K. (2014). The Critical Role of Social Workers in Home-Based Primary Care. *Social Work in Health Care*, 53(4), 330–343. <https://doi.org/10.1080/00981389.2014.884041>
- Reckrey, J. M., Soriano, T. A., Hernandez, C. R., DeCherrie, L. V., Chavez, S., Zhang, M., & Ornstein, K. (2015). The Team Approach to Home-Based Primary Care: Restructuring Care to Meet Individual, Program, and System Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(2), 358–364. <https://doi.org/10.1111/jgs.13196>
- Roose, H., & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen*. . Gent: Academia Press.
- SARWGG. (2018). *Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning. Visienota*. Geraadpleegd van https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_RAAD_20181220_Visienota%20MVZO_ADV_DEF.pdf
- Sibbald, S. L., McPherson, C., & Kothari, A. (2013). Ontario primary care reform and quality improvement activities: an environmental scan. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-209>
- Sixsigma.nl. (2019). *Wat is lean six sigma*. Geraadpleegd 26 februari 2019, van <https://www.sixsigma.nl/wat-is-lean-six-sigma>
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. K. (2014). Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2243–2251. <https://doi.org/10.1111/jgs.13088>
- Stoopendaal, A., & de Bree, M. (2014). *Evaluatieonderzoek Systeemtoezicht op kwaliteit en veiligheid in de zorg*. Geraadpleegd van https://www.researchgate.net/publication/271129456_Systeemtoezicht_in_de_Nederlandse_gEZONDHEIDSZORG_Een_experimentele_innovatie_van_toezicht
- Van Audenhove, C., Steegmans, S., & Neyens, I. (2019). Kwaliteitsindicatoren in de thuiszorg Traject met de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg (DGAT) en diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW) . Geraadpleegd van <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef19-kwaliteitsindicatoren-thuiszorg>

- Vandeuren, J. (2018, 26 oktober). *Beleidsbrief. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2018-2019* [Kamerbrief]. Geraadpleegd 3 maart 2019, van <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1428086>
- Van Zoest, C. (2010). *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties. Met succes overleven in een concurrerende markt* (7th dr.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Verhagen, P., & van der Leeuw, W. (2010). *Kwaliteit met beleid: basisboek voor sociale studies*. BUSSUM, NEDERLAND: Coutinho.
- Vermeulen, B., Demaerschalk, M., & Declercq, A. (2011). *De Vlaamse Ouderen Zorg Studie: methodologisch rapport*. Geraadpleegd van https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_VoZs_Methodologischrapport.pdf
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. (2017). *Begroting zorg en gezondheid*. Geraadpleegd 10 oktober 2018, van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/begroting-zorg-en-gezondheid>
- Vlaamse Overheid, & Ziekenhuissector. (z.d.). *Vlaams Indicatoren Project*. Geraadpleegd 29 januari 2019, van <https://www.zorgkwaliteit.be/>
- Vlaamse Regering. (2014 oktober). *Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin* [Beleidsnota]. Geraadpleegd 30 januari 2019, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>
- Vlaamse Regering. (2016, 5 februari). *Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda. Conceptnota | Vlaanderen.be*. Geraadpleegd 13 april 2019, van <https://www.vlaanderen.be/publicaties/vlaams-welzijns-en-zorgbeleid-voor-ouderen-dichtbij-en-integraal-visie-en-veranderagenda-conceptnota>
- Vlaamse Regering. (2018, 21 november). *Ontwerp van decreet betreffende de woonzorg* [Ontwerp van decreet]. Geraadpleegd 30 januari 2019, van <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1439759>
- Vlaams Instituut voor kwaliteit van Zorg. (2019). *Beleidsplan 2019-2023. Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg*. [Beleidsplan]. Geraadpleegd 21 mei 2019, van
- Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. (2019, 2 mei). *Beleidsplan 2019-2023. Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg*. [Beleidsplan]. Geraadpleegd 19 mei 2019, van
- Vlaams Parlement. (2003, 9 mei). *Ontwerpdecreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen* [Kamerstuk]. Geraadpleegd 13 april 2019, van <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1019492>
- Vlaams Patiëntenplatform. (2018, 22 november). *Kwaliteit van zorg*. Geraadpleegd 29 januari 2019, van <http://vlaamspatientenplatform.be/themas/kwaliteit-van-zorg#Kwaliteit van zorg volgens patiënten>

Vlaams Patiëntenplatform vzw. (2012). *Transparantie over kwaliteit van zorg* [Standpuntnota]. Geraadpleegd 29 januari 2019, van http://vlaamspatientenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/Standpunttekst%20Transparantie%20kwaliteit%20van%20zorg%20-%20web.pdf

Vlaams Welzijnsverbond. (z.d.). *Visie op kwaliteitszorg* [Visienota]. Geraadpleegd 29 januari 2019, van <https://www.vlaamswelzijnsverbond.be/files/Visie%20op%20kwaliteitszorg.docx>

Woonzorgdecreet (2020, 1 januari). Geraadpleegd op 12 mei 2019, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019021521&table_name=wet

Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (2021, 1 juli). Geraadpleegd op 16 mei 2019, van http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019042220&table_name=wet

Ziekenhuisindicatoren klaar voor Vlaams Instituut Zorgkwaliteit. (2017, 6 april). Geraadpleegd 10 oktober 2018, van <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/ziekenhuisindicatoren-klaar-voor-vlaams-instituut-zorgkwaliteit.html>

Zorgnet-Icuro. (z.d.). *Kwaliteit*. Geraadpleegd 29 januari 2019, van <https://www.zorgneticuro.be/taxonomy/term/2979>

Bijlage 1: Zoekstrategie voor internationale literatuur

In de internationale wetenschappelijke literatuur werd onderzocht of de beweging in Vlaanderen een geïsoleerde case betreft, dan wel gekaderd kan worden in een ruimere internationale context. Voorliggende bijlage geeft de gevolgde zoekstrategie weer.

Dit onderzoek focust op kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg. Om het literatuuronderzoek aan te vatten werd er aan de hand van de zoekterm 'kwaliteitsmanagement' breed gezocht naar eindverhandelingen die voorhanden zijn met een gelijklopende onderzoeksfocus. Via een artikel over kwaliteitsmanagement in lokale besturen in de database van KUL LIMO werd een relevant doctoraatschrift teruggevonden, m.n. 'Verklarende factoren van de implementatie van kwaliteitsmanagementtechnieken. Een studie binnen de Vlaamse overheid.' Dit onderzoek richt zich niet naar de thuiszorg maar biedt wel een goed vertrekpunt daar het wel gericht is naar de publieke sector en een eerste inzicht geeft in enkele belangrijke concepten en opvattingen op vlak van kwaliteitsmanagement. Een conclusie na screening van dit doctoraat is dat termen 'kwaliteitsmanagementsystemen', 'technieken' en 'modellen' door elkaar worden gebruikt. Dit inzicht was belangrijk op het moment dat het analyseschema voor het literatuuronderzoek vorm kreeg en resulteerde in het vastleggen van de zoektermen 'quality management', 'quality measurement', quality control, 'quality system' en 'quality improvement'. Voor deze zoektermen werd gebruik gemaakt van de booleaanse operator OR om alle artikels te includeren die tot één van deze termen zijn gecategoriseerd. Om de focus van het onderzoeksobject te respecteren werd een geavanceerde zoekvraag gedefinieerd waarbij voorgaande zoektermen over kwaliteit aan de hand van de booleaanse operator AND gerelateerd werden aan de thuiszorg. De vaststelling was echter dat er weinig voorgaand onderzoek werd verricht naar de manier waarop thuiszorgorganisaties kwaliteitsmanagementsystemen adapteren. Die vaststelling heeft geleid tot de keuze om de zoekterm thuiszorg uit te breiden naar eerstelijnszorg. Het uitgangspunt hierbij was dat kan aangenomen worden dat evidentie op vlak van de bredere eerste lijn mogelijks relevantie heeft ten aanzien van de thuiszorg. Verder werd de zoekterm toegevoegd die uitdrukking geeft aan de beoogde doelgroep van thuiszorg. Dat resulteerde in de zoektermen 'homecare', 'home based' 'primary care' en 'homebound' die met de booleaanse operator OR met elkaar worden gekoppeld. De zoektermen die gerelateerd zijn aan het onderzoeksdomein werden via de booleaanse operator AND gecombineerd met de zoektermen die gerelateerd zijn aan het onderzoeksthema kwaliteitsmanagement. Voor de beheersbaarheid van de onderzoeksliteratuur

werden aan deze zoekstring nog een aantal exclusietermen toegevoegd, om onderzoek uit te sluiten met een al te specifieke focus.

Bijlage 2: Woonzorgdecreet - thuiszorgvoorzieningen

Afdeling 2. Thuiszorgvoorzieningen

Onderafdeling 1. Dienst voor gezinszorg

Art. 11. Een dienst voor gezinszorg is een woonzorgvoorziening die als doelstelling heeft aan gebruikers met een zorg- en ondersteuningsvraag aan huis of buitenshuis individueel of collectief gezinszorg te bieden die er specifiek op gericht is de gebruiker en zijn mantelzorger te ondersteunen en te handhaven in zijn natuurlijk thuismilieu.

Art. 12. §1. De dienst voor gezinszorg biedt de volgende zorg en ondersteuning aan:

1° persoonsverzorging;

2° huishoudelijke hulp;

3° schoonmaakhulp, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband met een andere dienst voor gezinszorg of een lokale diensteneconomie-onderneming als vermeld in artikel 3, 5° van het decreet van 22 november 2013 betreffende de lokale diensteneconomie;

4° algemene psychosociale en (ped)agogische ondersteuning, samenhangend met de geboden gezinszorg, vermeld in punten 1° tot en met 3°;

5° in functie van de geboden gezinszorg, vermeld in punten 1° tot en met 4°: de ondersteuning en versterking van gebruikers en hun informele zorg- en ondersteuningsnetwerk bij het opnemen van de eigen zorgregie, het op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker bepalen en opvolgen van zorg-, ondersteunings- en ontwikkelingsdoelen in het zorg- en ondersteuningsplan, en op verzoek van de gebruiker het coördineren van de integrale en geïntegreerde zorg en ondersteuning.

In het eerste lid, 3°, wordt verstaan onder schoonmaakhulp: het aanbieden van activiteiten die tot doel hebben de woning van de gebruiker te reinigen en er de hygiëne te bevorderen. Met behoud van de toepassing van het eerste lid kan een dienst voor gezinszorg:

1° karweihulp en oppashulp aanbieden, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband met andere thuiszorgvoorzieningen of een lokaaldiensteneconomie-onderneming als vermeld in artikel 3, 5° van het decreet van 22 november 2013 betreffende de lokale diensteneconomie;

2° het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren krachtens artikel 82 van het decreet van [...] houdende de Vlaamse sociale bescherming in functie van de toekenning van zorgbudgetten.

In het derde lid, 1°, wordt verstaan onder karweihulp: kleinere technische handelingen die toelaten dat de nodige zorg en ondersteuning kan verleend worden binnen een aangepaste en veilige woonomgeving, gericht op het verbeteren van het welzijn van de gebruiker en passend in de realisatie van de beoogde zorg- en ondersteuningsdoelen.

§2. De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een dienst voor gezinszorg verricht om zijn doelstelling te realiseren naast de opdrachten, vermeld in paragraaf 1.

Art. 13. Een dienst voor gezinszorg kan een bijkomende erkenning voor een centrum voor dagopvang verkrijgen als het collectieve gezinszorg aanbiedt in een aangepaste infrastructuur en een bijdrage levert aan de doelstellingen van de dienst voor gezinszorg.

Art. 14. Het centrum voor dagopvang heeft de volgende opdrachten:

- 1° persoonsverzorging aanbieden;
- 2° de gebruikelijke huishoudelijke, logistieke en administratieve ondersteuning aanbieden;
- 3° de gebruiker activeren en ondersteunen;
- 4° sociale contacten stimuleren en het sociaal netwerk versterken;
- 5° zinvolle dagbesteding en ontspanning organiseren;
- 6° psychosociale en agogische ondersteuning aanbieden;
- 7° buurtbewoners verbinden met de werking van het centrum voor dagopvang;
- 8° aangepast vervoer van en naar het centrum voor dagopvang in het bereik brengen.

De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een dienst voor gezinszorg met een bijkomende erkenning voor een centrum voor dagopvang verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid.

Onderafdeling 2. Dienst voor oppashulp

Art. 15. Een dienst voor oppashulp is een woonzorgvoorziening die als doelstelling heeft gebruikers met een zorg- en ondersteuningsvraag en hun mantelzorgers te ondersteunen in de thuiszorgsituatie door oppashulp met vrijwilligers en verenigingswerkers te bieden.

Art. 16. De dienst voor oppashulp heeft de volgende opdrachten:

- 1° de vraag naar en het aanbod van oppashulp coördineren;
 - 2° de werking van vrijwilligers en verenigingswerkers in functie van de oppas coördineren.
- De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een dienst voor oppashulp verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid.

Onderafdeling 3. Dienst voor thuisverpleging

Art. 17. Een dienst voor thuisverpleging is een organisatie van verpleegkundigen die gecoördineerd wordt door een of meer verpleegkundigen, waarvan de werking is vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst en waarvan de verpleegkundigen als werknemer of als zelfstandige verpleegkundige activiteiten uitoefenen in het natuurlijke thuismilieu van de gebruiker.

De Vlaamse Regering bepaalt het minimumaantal verpleegkundigen of het equivalent ervan dat deel uitmaakt van een dienst voor thuisverpleging.

Art. 18. Met behoud van de toepassing van artikel 38, tweede lid, bepaalt de Vlaamse Regering voor een dienst voor thuisverpleging welke gegevens de overeenkomst, vermeld in artikel 17, moet bevatten. Die overeenkomst bevat de volgende gegevens:

- 1° de permanentieregeling van de verpleegkundigen;
- 2° het aanleggen en bewaren van een gebruikersdossier, met eerbied voor de persoonlijke levenssfeer van de gebruiker;
- 3° het verplichte gebruik van steriel materiaal;
- 4° de verplichte aanwezigheid van het nodige materiaal dat voor de verzorging aan huis wenselijk is.

Het gebruikersdossier, vermeld in het eerste lid, 2°, is het document dat per gebruiker, op basis van een evaluatie van het zelfzorgvermogen en een omschrijving van de zorg- en ondersteuningsvraag, weergeeft welke passende zorg en ondersteuning de dienst voor thuisverpleging wil aanbieden of nodig acht en dat kan worden bijgestuurd naargelang de evoluerende zorg- en ondersteuningsvraag. Dat dossier maakt de bij voorkeur digitale uitwisseling van gegevens tussen de verpleegkundigen van de dienst enerzijds, en tussen verpleegkundigen van de dienst thuisverpleging en de woonzorgvoorzieningen anderzijds

mogelijk met als doel de zorg en ondersteuning aan de gebruiker continu en optimaal te laten verlopen.

Onderafdeling 4. Dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds

Art. 19. §1. Een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds is een woonzorgvoorziening die objectieve en transparante informatie, hulp- en dienstverlening aanbiedt op het vlak van welzijn en gezondheid, met als doelstelling om de maximale toegang tot rechten en voorzieningen, de zelfredzaamheid, de maatschappelijke participatie, en de voor de gebruiker optimale organisatie en afstemming van de thuiszorg te realiseren.

§2. De hulp- en dienstverlening is gericht naar alle burgers met prioritaire aandacht voor gebruikers, met een verminderde zelfredzaamheid ten gevolge van ziekte, handicap, ouderdom of sociale kwetsbaarheid, en hun mantelzorgers.

Art. 20. §1. De dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds heeft de volgende opdrachten die hij door individuele en outreachende en desgevallend collectieve werkmethoden uitvoert:

1° voorzien in een toegankelijke en laagdrempelige onthaalfunctie die, afgestemd met de andere kernactoren binnen het samenwerkingsverband Geïntegreerd Breed Onthaal zoals omschreven in artikel 9, 10 en 11 van het decreet van [...] betreffende het lokaal sociaal beleid:

- a) samen met de gebruiker en zijn mantelzorgers de hulpvraag verheldert, vanuit een generalistisch perspectief;
- b) objectieve en transparante informatie biedt over beschikbaarheid van aanbod en over toegang tot rechten, tegemoetkomingen en voorzieningen;
- c) directe hulp en ondersteuning biedt of de gebruiker toeleidt naar een passend aanbod van zijn keuze;
- d) waar nodig, beschikbaar blijft en overzicht behoudt na verwijzing van de gebruiker en zijn mantelzorgers;
- e) proactieve acties naar kwetsbare doelgroepen opzet, gebaseerd op beschikbare indicatoren;

2° begeleiding aanbieden, waarbij vanuit een brede vraagverheldering, op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker en zijn mantelzorgers op verschillende levensdomeinen doelstellingen worden bepaald en planmatig worden opgevolgd in het zorg- en ondersteuningsplan en waarbij:

- a) de thuiszorgsituatie wordt geoptimaliseerd en een evenwicht wordt bewerkstelligd tussen draagkracht en draaglast;
- b) in complexe zorgsituaties het persoonlijk netwerk wordt versterkt en de gebruiker op zijn verzoek wordt bijgestaan in het samenstellen, coördineren, opvolgen van en bemiddelen bij informele en formele ondersteuningsmogelijkheden;
- c) gebruikers psychosociaal ondersteund worden bij het omgaan met beperkingen en het verwerken van verlies;
- d) gebruikers geadviseerd en begeleid worden in het kader van aanpassingen aan de leefomgeving met het oog op valpreventie, de aanschaf en het hanteren van hulpmiddelen, de aanpassing van de woning en de inzet van thuiszorgondersteunende technologie;

3° krachtens:

- a) artikel 82 van het decreet van [...] houdende de Vlaamse sociale bescherming het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren in functie van de toekenning van zorgbudgetten;
- b) artikel 8, 7° van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap optreden als multidisciplinair team;

- c) artikel 22 van het decreet van 12 juni 2013 betreffende de integrale jeugdhulp optreden als multidisciplinair team;
- d) artikel 17 van het decreet van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, gewijzigd bij artikel 31 van het decreet van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, een ondersteuningsplan opmaken, indienen en aanpassen;
- 4° optreden als belangenbehartiger in individuele situaties, deze situaties opvolgen, samenbrengen en belemmerende factoren en signalen vertalen naar beleidsaanbevelingen die overgemaakt worden aan de bevoegde instanties en overheden.

Met behoud van de toepassing van het eerste lid, kan een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds krachtens de artikelen 13, 14 en 35 van het decreet van 25 april 2014 houdende de werk- en zorgtrajecten werkwzorgbegeleiding uitvoeren en de rol van casemanager zorg opnemen.

In het eerste lid, 1°, e), wordt verstaan onder proactieve acties: de acties waarbij de dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds zelf het initiatief neemt om ervoor te zorgen dat elke burger die er aanspraak op kan maken rechten en zorg en ondersteuning ontvangt.

§2. De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een dienst maatschappelijk werk van een ziekenfonds verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in paragraaf 1.

Onderafdeling 5. Dienst voor gastopvang

Art. 21. Een dienst voor gastopvang is een woonzorgvoorziening die georganiseerd wordt door een woonzorgvoorziening die als doelstelling heeft gebruikers en hun mantelzorgers te ondersteunen door gastopvang met gastgezinnen te bieden.

In het eerste lid wordt verstaan onder gastopvang: vrijwilligerszorg door een gezin dat in zijn verblijfswoning opvang biedt aan een gebruiker gedurende een korte periode, met het oog op respijtzorg.

Art. 22. De dienst voor gastopvang heeft de volgende opdrachten:

- 1° de vraag naar en het aanbod van gastopvang coördineren;
- 2° de werking van de gastgezinnen ondersteunen.

De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een dienst voor gastopvang verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid.

Onderafdeling 6. Centrum voor dagverzorging

Art. 23. Een centrum voor dagverzorging is een woonzorgvoorziening waar in een aangepaste infrastructuur gedurende de dag zorg en ondersteuning wordt aangeboden aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag, met het oog op respijtzorg.

Art. 24. §1. Het centrum voor dagverzorging heeft de volgende opdrachten:

- 1° persoonsverzorging, (para)medische en verpleegkundige zorg en ondersteuning aanbieden;
- 2° de gebruikelijke huishoudelijke, logistieke en administratieve ondersteuning aanbieden;
- 3° de gebruiker activeren en ondersteunen;
- 4° sociale contacten stimuleren en het sociale netwerk behouden en versterken;
- 5° zinvolle dagbesteding en ontspanning organiseren;
- 6° psychosociale en agogische ondersteuning aanbieden;
- 7° buurtbewoners verbinden met de werking van het centrum voor dagverzorging;

8° aangepast vervoer voor de verplaatsing van de gebruiker van en naar het centrum voor dagverzorging in het bereik brengen.

Naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid, kan het centrum voor dagverzorging, occasioneel en als de werking en de infrastructuur dat toelaten, nachtopvang organiseren.

§2. De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een centrum voor dagverzorging verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in paragraaf 1.

De Vlaamse Regering bepaalt aan welke specifieke doelgroepen en onder welke voorwaarden het centrum voor dagverzorging gespecialiseerde zorg kan aanbieden.

Onderafdeling 7. Centrum voor kortverblijf

Art. 25. Een centrum voor kortverblijf is een woonzorgvoorziening waar in een aangepaste infrastructuur gedurende een beperkte periode zorg en ondersteuning aangeboden wordt aan personen met een zorg- en ondersteuningsvraag met het oog op respijtzorg.

Art. 26. §1. Het centrum voor kortverblijf heeft de volgende opdrachten:

- 1° aangepaste en tijdelijke huisvesting ter beschikking stellen;
- 2° de gebruikelijke huishoudelijke, logistieke en administratieve ondersteuning aanbieden;
- 3° multidisciplinaire zorg en ondersteuning aanbieden op het vlak van:
 - a) persoonsverzorging, paramedische en verpleegkundige zorg;
 - b) psychosociale, agogische en existentiële ondersteuning;
- 4° levensbeschouwelijke begeleiding in het bereik brengen;
- 5° sociale contacten stimuleren en het sociale netwerk onderhouden en versterken;
- 6° zinvolle dagbesteding en ontspanning organiseren;
- 7° de gebruiker activeren, ondersteunen en revalideren;
- 8° de continuïteit van de zorg en ondersteuning van thuis naar het centrum voor kortverblijf en van het centrum voor kortverblijf naar thuis of een thuisvervangende omgeving waarborgen.

Naast de opdrachten, vermeld in het eerste lid, verricht het centrum voor kortverblijf minstens één van de volgende opdrachten, waardoor de volgende drie types van centra voor kortverblijf onderscheiden worden:

- 1° een centrum voor kortverblijf type 1, waarin respijtzorg voor ouderen met een zorg- en ondersteuningsvraag aangeboden wordt;
- 2° een centrum voor kortverblijf type 2, waarin respijtzorg voor andere specifieke doelgroepen vanaf 18 jaar aangeboden wordt;
- 3° een centrum voor kortverblijf type 3, waarin respijtzorg voor ernstig zieke kinderen en jongeren tot en met 21 jaar aangeboden wordt.

§2. Naast de opdracht, vermeld in §1, tweede lid, 1°, kan een centrum voor kortverblijf een bijkomende erkenning als oriënterend kortverblijf verkrijgen, wanneer het gebruikers die thuis wonen tijdelijk en op een multidisciplinaire wijze een intensief observatie- en begeleidingstraject aanreikt met als doel de gebruikers te oriënteren naar het meest passende woonzorgaanbod.

§3. De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een centrum voor kortverblijf verricht om zijn doelstelling te realiseren, naast de opdrachten, vermeld in paragraaf 1.

Onder de voorwaarden die de Vlaamse Regering bepaalt, kan een centrum voor kortverblijf type 1 zijn opdrachten voor gebruikers jonger dan 65 jaar verrichten.

De Vlaamse Regering bepaalt aan welke specifieke doelgroepen en onder welke voorwaarden het centrum voor kortverblijf type 1 en type 2 gespecialiseerde zorg kan aanbieden.

Art. 27. Een centrum voor kortverblijf type 1 kan alleen worden uitgebaat in daartoe bestemde lokalen van een woonzorgcentrum of van een centrum voor herstelverblijf

Onderafdeling 8. Centrum voor herstelverblijf

Art. 28. Een centrum voor herstelverblijf is een woonzorgvoorziening die in een aangepaste infrastructuur tijdelijke opvang en revalidatie biedt aan gebruikers die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of in behandeling zijn voor een ernstige aandoening, maar tijdelijk geen ziekenhuisgebonden medische zorgen nodig hebben, en daarvoor een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten hebben ondergaan.

Art. 29. Het centrum voor herstelverblijf heeft de volgende opdrachten:

- 1° aangepaste en tijdelijke huisvesting ter beschikking stellen;
- 2° ondersteunende activiteiten aanbieden om de lichamelijke en geestelijke toestand van de gebruikers te versterken;
- 3° revalidatie aanbieden;
- 4° persoonsverzorging en verpleegkundige zorg en ondersteuning aanbieden.

De Vlaamse Regering kan bepalen welke andere opdrachten een centrum voor herstelverblijf verricht om zijn doelstelling uit te voeren naast de opdrachten, vermeld het eerste lid.

Bijlage 3: Woonzorgdecreet - initiatiefnemers thuiszorgvoorzieningen

Art. 42. Met behoud van de toepassing van Art. 17 van dit decreet, kunnen verenigingen en thuiszorgvoorzieningen, met uitsluiting van het centrum voor kortverblijf, het centrum voor herstelverblijf en het centrum voor dagverzorging, alleen worden erkend als ze door de volgende initiatiefnemers zijn opgericht en uitgebaat:

1° een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of bezorgen behalve voor het in de statuten bepaald belangeloos doel;

2° een gemeentebestuur;

3° een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn;

4° de Vlaamse Gemeenschapscommissie;

5° een publiekrechtelijke vereniging;

6° een vereniging, opgericht conform titel VIII van het decreet van 19 december 2008 betreffende de organisatie van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

7° een ziekenfonds;

8° een vennootschap met rechtspersoonlijkheid en een sociaal oogmerk.

Bijlage 4: Kwaliteitsdomeinen en 32 standaarden in de thuiszorg

EXHIBIT 1

Home-Based Primary Care And Palliative Care Quality-Of-Care Domains, Standards, And Measurement Gap Areas

Domain	Standard
Assessment	Perform a comprehensive assessment that includes the patient's symptoms (physical, emotional, social, spiritual); physical, executive, and cognitive function; health literacy; goals and sources of meaning and purpose; and care coordination needs, as well as the treatment burden experienced by patient and caregivers ; the patient's and caregivers' stressors; social support and social risk; and safety concerns
Care coordination	Coordinate handoffs between care settings Communicate the patient's treatment goals and preferences across settings Identify and use appropriate community resources Ensure that all team members have access to key patient information Ensure that the team is notified of sentinel events^a
Safety	Perform and document medication reconciliation Prevent falls and other home-related injuries Optimize safety in patients with cognitive impairment Address abuse and neglect
Quality of life	Optimize comfort and safety of the home environment Optimize symptom management Reduce treatment burden Employ preventive services to optimize function
Provider competency	Know how to manage medical problems in the home Engage in effective interpersonal communication
Goal attainment	Align patient's and caregivers' goals with the care plan Facilitate communication about and achievement of realistic goals for care
Education	Use knowledge of patient's goals and learning needs to inform the education plan Promote the patient's and caregivers' understanding of all aspects of the care plan Mutually determine an emergency contingency plan for care Support the patient's and caregivers' self-management
Access	Provide timely initiation of care Provide 24/7 access to urgent care Ensure and coordinate access to specialty care and home-directed ancillary services Involve medicine, social work, and nursing at least in the provision of patient care
Patient and caregiver experience	Facilitate trust among the patient, caregivers, and the care team Manage the patient's and caregivers' stressors Minimize wait time for nonurgent visits
Cost or affordable care	Match enrollment in home-based medical care program to the patient's selection criteria Measure health care use Attend to the patient's and caregivers' financial concerns related to health care

Bijlage 5: Balanced Scorecard Strategy-map



Bijlage 6: EFQM Recognition - levels of excellence

	Maturity	Site-visit days	Number of assessors	Feedback	Outcome	Fee
Committed to Excellence Validation	Starter	1 day	1 Validator	Validation report	Committed to Excellence	<ul style="list-style-type: none"> EFQM Members: Between 3500 and 4500 Euro Non EFQM Members: between 5000 and 6429 Euro
Committed to Excellence Assessment	Starter	1 day	2 Assessors	Simple feedback report	Committed to Excellence 2 Star	<ul style="list-style-type: none"> EFQM Members: Between 5000 and 7000 Euro Non EFQM Members: between 7143 and 10000 Euro
Recognised for Excellence	Mature	3-5 days	3-5 Assessors	Comprehensive feedback report	Recognised for Excellence 3 Star 4 Star 5 Star	<ul style="list-style-type: none"> EFQM Members: Between 7000 and 14000 Euro Non EFQM Members: between 10000 and 20000 Euro
EFQM Global Excellence Award	Industry leader/Role model	5 days	5-9 Assessors	High-level strategic feedback report	Highly commended Prize Winner Award Winner	<ul style="list-style-type: none"> EFQM Members: Between 8500 and 17000 Euro EFQM Partners' member: between 9500 and 19000 Euro Non EFQM Members: between 12000 and

Bijlage 7: Advies ethische commissie

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Universiteit Gent
Faculty of Economics and Business Administration
Prof. dr. Paul GEMMEL
De pintelaan 185
9000 Gent
BTW nr. 248.015.142

COMMISSIE VOOR MEDISCHE
ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 55 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2019/0105	DATUM 21-feb-19	KOPIE Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg. - Scriptie Dimitri Heyndrickx

Belgisch Registratienummer: B670201938964

Fase (Phase): NVT/NA

- * Adviesaanvraagformulier dd. 28/01/2019
(volledig ontvangen dd 31/01/2019) versie 2
- * Begeleidende brief dd. 30/01/2019
- * (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
focusgroep (versie 03, dd. 14/02/2019)
- * (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier
interviews (versie 03, dd. 14/02/2019)
- * Informatie- en waarschuwingsnota over de verwerking van informatie voor medisch-wetenschappelijk onderzoek dd. 30/01/2019
Dimitri Heyndrickx
- * Vragenlijsten dd. 25/01/2019
- Vragenlijst focusgroep versie 2
- Vragenlijst interview versie 2
- * Antwoord onderzoekers
ontv. 14/02/2019 op opmerkingen EC dd. 11/02/2019

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. P. GEMMEL ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/02/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART
VOOR 15/02/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/02/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/02/2020, THIS
ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/03/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/03/2019
www.uzgent.be



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT Secretariaat	TELEFOON +32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	FAX +32 (0)9 332 49 62	E-MAIL ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK 2019/0105	DATUM 21-feb-19	KOPIE Zie 'CC'

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/0105

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid etc., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee


Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimeta Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Universiteit Gent - Faculty of Economics and Business Administration; De Pintelaan 185 9000 Gent



Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 8: Leidraad met topiclist interviews

De interviews in dit onderzoek hebben tot doelstelling inzicht te krijgen in de gangbare kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg, de mate waarin ze doorleefd zijn in thuiszorgorganisaties en de veerkracht tav evoluties op vlak van kwaliteitszorg. Onderstaande topics zullen aan bod komen tijdens het gesprek en betreffen zowel de ervaring vanuit de organisatie waar u nu werkzaam bent, als eventuele andere ervaringen in het verleden.

Topiclist

Kenmerken expert

- Type zorgvorm (gezinszorg, thuisverpleging, maatschappelijk werk)
- Type initiatiefnemer
- Werkingsgebied
- Aantal medewerkers
- Aantal cliënten
- Functie

Keuzeproces: motivaties

- Welke kwaliteitsmanagementsystemen? Hoe lang bezig? Andere technieken /systemen?
- Bepalende elementen en doorslaggevende factoren om met dat systeem te werken?
- Wie heeft welke rol in dat keuze- en beslissingsproces? Rol van koepelorganisaties?
- Specifieke kenmerken thuiszorg die van belang zijn voor kwaliteit te managen?
- Incentives voor het meten van kwaliteit?
- Rol van de overheid?

Hoe doorleefd is het systeem in de organisatie?

- Link met strategisch plan, visie, missie?
- Hoe vertaalt de toepassing van het Q-systeem zich in de werking in de organisatie?
- Systematiek: vorming, training, kwaliteitssessies, doorlichting, audits, dashboards, certificering
- ...
- Inzet resources? (Kostprijs, personeel, vrijgestelde tijd, coördinator, ...)
- Hoe worden personeel en cliënten betrokken? Frequentie? Intensiteit?
- Betekent het werken met het systeem an sich een meerwaarde voor de gebruikers?

Evaluatie en veerkracht van de systemen/technieken

- Wat zijn drempels en kritische succesfactoren tav dit systeem? Welke sterktes/zwaktes kennen de systemen/technieken?
- Welke evoluties zie je mbt kwaliteit en de thuiszorg en welke uitdagingen gaan daarmee gepaard?
- Wat betekenen die evoluties voor de gehanteerde systemen/technieken? Is het systeem klaar voor de toekomst?
- Kan er makkelijk geshopt worden naar een ander systeem?

Bijlage 9: Leidraad met topiclist focusgroep

Praktisch

- Vrijdag 22 maart 2019: van 10u00 – 12u30
- Ellipsgebouw, Koning Albert II-laan 35, 1030 Brussel, zaal 12.60
- Contact: Dimitri Heyndrickx 0479 97 64 30

Situering en afbakening

De focusgroep kadert in een masterproefonderzoek naar kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorg. De onderzoeksvragen zijn 1) welke systemen/technieken worden gehanteerd, 2) hoe doorleefd zijn deze kwaliteitsmanagementsystemen in de thuiszorgorganisaties en 3) wat is hun veerkracht ten aanzien van evoluties op vlak van kwaliteitszorg in Vlaanderen.

Voor het definiëren van de thuiszorg werd uitgegaan van de definities zoals bepaald in het geactualiseerde woonzorgdecreet (2019). Binnen deze definitie werd de onderzoeksfocus verder afgebakend tot professionele aanbieders die zorg aan huis leveren: diensten thuisverpleging, diensten gezinszorg, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen.

De keuze voor deze focusgroep is gemotiveerd vanuit de mogelijkheid tot een confrontatie van perspectieven. Enerzijds wordt dieper ingegaan op intenties en evoluties op het beleidsniveau met aandacht voor de reflecties hierop van het terrein. Anderzijds zal ingezoomd worden op ervaringen en evoluties in de sector met aandacht voor reflecties van buitenaf.

Behoudens interessante dataverzameling ifv het onderzoek, hoop ik dat dit groepsgesprek ook voor u als deelnemer en betrokken op het onderzoekthema, een boeiende uitwisseling kan betekenen. Hieronder bezorg ik u alvast een overzicht van de topics die aan bod zullen komen.

Deelnemers

Deelnemers	Achtergrond	Focus
Dimitri Heyndrickx	Onderzoeker	Dataverzameling
Respondent J1	Kabinet	Beleid
Respondent J2	Doctoraat	Wetenschappelijk
Respondent J3	VZW federatie WGK	NIAZ
Respondent J4	VZW federatie WGK	NIAZ
Respondent J5	Koepel zelfstandige TVP	ISO 9001:15
Respondent J6	VAZG	Uitvoering beleid
Respondent J7	DMW OZ	COSO ERM
Respondent J8	VIKZ	Kwaliteitsmeting zorg

Verontschuldigd: VVSG, zorginspectie, gezinszorg en consultants. Inbreng vanuit VVSG, zorginspectie en gezinszorg gebeurde via de interviews.

Topic list

- Situering van thuiszorg in België:
 - situering van de thuiszorg tav de eerstelijns
 - bevoegdheidsverdeling in België: impact op het aanbod, regelgeving en het kwaliteitsbeleid
 - (mogelijke) impact van staats hervormingen
- Referenties voor kwaliteitszorg in Vlaanderen
 - Internationale voorbeelden, Europese richtlijnen, beleidsrelevant wetenschappelijk onderzoek, dominante visie- en beleidsnota's,...
- Beleidsinitiatieven en initiatieven vanuit de sector
 - cf. beleidsnota 2014-2019, p.2, *"5.4. We herzien het kwaliteitsdecreet, met gerichte aandacht voor de registratie van kwaliteitsindicatoren"*
- Kwaliteitsmanagement in de thuiszorg als apart onderzoeksdomein:
 - criterium van onderscheid in vergelijking met kwaliteitsmanagement in bedrijfswereld, gezondheidszorg, intramurale zorg, eerstelijns,...
- Stakeholders van kwaliteitszorg in Vlaanderen: overheid, sector, wetenschap, eindgebruikers ... rol op vlak van kwaliteit in de thuiszorg en hoe worden de stakeholders samengebracht in netwerken
- Tendensen op vlak van kwaliteitsmanagement in de thuiszorg en evoluties
 - gebruikersperspectief
 - transparantie van kwaliteitszorg
 - Integrale Kwaliteitszorg
- Prevalentie van systemen en technieken: NIAZ, EFQM, ISO9001, Balanced scorecard, COSO ERM, Lean six sigma, PDCA, HKZ, ...
 - perspectief van uit de overheid: dominante systemen? Patronen per sector, type initiatiefnemers?
 - perspectief vanuit de sector: pro's, contra's, rol van koepels, consultants, certificeringsinstellingen, ...
- Beïnvloedende factoren voor een succesvolle implementatie van systemen en technieken
 - Wanneer is een kwaliteitssysteem doorleefd
 - Invloed van het type systeem, schaalgrootte en type voorziening, management, overheid,...
- Evaluatie van de huidige praktijk van kwaliteitsmanagement
 - sterktes/zwaktes
 - klaar voor de toekomst

Ethische commissie en geïnformeerde toelichtingsformulier

Voor dit onderzoek werd een dossier opgemaakt voor de ethische commissie. De commissie verleende haar goedkeuring mits het respecteren van een aantal richtlijnen. In dat kader bezorg ik u hierbij alvast het toelichtingsformulier. Bij aanvang van de focusgroep zal ik u vragen om twee exemplaren te willen handtekenen.

Bijlage 10: Overzicht respondenten met codes, attributen en kenmerken

Code 1	Code 2	Type databron	Datum	Duur	Rol (attribuut NVIVO)	Werkterrein (Attribuut NVIVO)	Type zorgvorm	Type initiatiefnemer	Erkenning Vlaamse regelgeving?	Werkgebied	Fysieke schaal-grootte	Kwaliteits-techniek
A		Interview	06-mrt-19	1:09:02	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie, Koepel	DMW, DGAT en TVP	VZW, ziekenfonds	Ja	Vlaanderen	Groot	EFQM
B		Interview	07-mrt-19	0:57:43	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	TVP	Zelfstandig	Nee	lokaal	Klein	ISO9001
C		Interview	11-mrt-19	1:01:24	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DGAT	VZW	Ja	Regionaal	Groot	ISO9001
D		Interview	22-mrt-19	0:27:14	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DMW	Ziekenfonds	Ja	Vlaanderen	Middelgroot	COSO ERM
E		Schriftelijke bevraging	23-mrt-19		Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DGAT	Lokaal bestuur	Ja	lokaal	Middelgroot	Vvsg-zelfevaluatie
F		Interview	04-apr-19	0:49:38	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DGAT	Lokaal bestuur	Nee	lokaal	Middelgroot	PDCA
G		Interview	09-apr-19	1:48:00	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DGAT	VZW	Ja	Vlaanderen	Groot	PDCA
H		Interview	09-apr-19	0:52:42	Inspecteur	Overheid	/	/	/	/	/	
I	1	Duointerview	09-apr-19	1:06:03	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	TVP	VZW	Ja	regionaal	Groot	NIAZ, BSC
	2		09-apr-19	1:06:03	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	TVP	VZW	Ja	Regionaal	Groot	NIAZ, BSC

Vervolg op volgende pagina

Code 1	Code 2	Type databron	Datum	Duur	Rol (attribuut NVIVO)	Werkterrein (Attribuut NVIVO)	Type zorgvorm	Type initiatiefnemer	Erkenning Vlaamse regelgeving?	Werkgebied	Fysieke schaalgrootte	Kwaliteitstechniek
J	1	Focusgroep	22-mrt-19	2:31:05	Beleidsmaker	Overheid	/	/	/	Vlaanderen	/	
	2				Onderzoeker	Wetenschap	/	/	/	Vlaanderen	/	
	3				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	TVP	VZW	/	Vlaanderen	/	
	4				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	TVP	VZW	/	Vlaanderen	/	
	5				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	TVP	Zelfstandig	Nee	Vlaanderen	/	
	6				Beleidsuitvoerder	Overheid	/	/	/	Vlaanderen	/	
	7				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DMW	Ziekenfonds	Ja	Vlaanderen	Middelgroot	COSO ERM
	8				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	/	/	/	Vlaanderen		
K		Interview	17-apr-19	0:44:55	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Zorgorganisatie	DMW	Ziekenfonds	Ja	Vlaanderen	Klein	EFQM
L	1	Duointerview	23-apr-19	2:15:05	Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	DGAT	Lokaal bestuur	Ja	lokaal	/	vs-g-zelfevaluatie systeem
	2				Kwaliteitsexpert thuiszorg	Koepel	DGAT	Lokaal bestuur	Ja	lokaal	/	vs-g-zelfevaluatie-systeem

Bijlage 11: Codeboom in Nvivo

- *Profiel van de bevroagde respondenten (Deductief en inductief)*
- *Kenmerken per zorgvorm*
 - *Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (inductief)*
 - *Diensten voor thuisverpleging (inductief)*
 - *Diensten voor gezinszorg (inductief)*
- *Kwaliteitsmanagementsystemen / technieken (Deductief en inductief)*
 - *BSC*
 - *EFQM*
 - *PDCA*
 - *NIAZ*
 - *COSO-ERM*
 - *CAF*
 - *Lean six sigma*
 - *Kwaliteitshandboek*
 - *Tevredenheidsbevraging*
 - *Klachtenprocedure*
- *Hoe doorleefd zijn de systemen: beïnvloedende factoren*
 - *Beschikbaarheid van aangepaste systemen voor thuiszorg (inductief)*
 - *Specificiteit van de thuiszorg (Inductief)*
 - *Erkenningsnormen (theorie + inductief)*
 - *Financiering (Inductief)*
 - *Controle (Deductief + Inductief)*
 - *Huis op orde en samenhang van verbeterinitiatieven (Inductief)*
 - *Streven naar merkbare en aantoonbare kwaliteit (Inductief)*
 - *Stimuli vanuit stakeholders (Inductief)*
 - *Cliënten*
 - *Overheid*
 - *Wetenschap*
 - *Koepels*
 - *VIKZ*
 - *Certificeringsinstellingen*
 - *Interne organisatiekenmerken (Inductief)*
- *Evoluties in kwaliteitszorg*
 - *Kwaliteit met de cliënt centraal (Deductief + inductief)*
 - *Kwaliteit en marktwerking (Deductief en inductief)*
 - *Coördinatie en netwerken (Deductief en inductief)*
 - *Digitalisering (Theorie + Inductief)*
 - *Evidence-based kwaliteitsindicatoren (Deductief)*
 - *Certificering (Inductief)*
 - *Pay for quality (Inductief)*

Bijlage 12: Codebook - chain of evidence

Nodes

Name	Description	Files	References
Doorleefd manifestaties	"ik denk dat communicatie heel belangrijk is, maar ook dat de mensen de mogelijkheid krijgen om feedback te geven, bijvoorbeeld een klachtenbeleid is zeer belangrijk, toegankelijkheid, bereikbaarheid voor cliënten. Ook duidelijk naar, doordat onze mensen hetzelfde vertellen. Door in een kwaliteitsbeleid de processen goed te beschrijven, door een waardesysteem, een missie en visie te kunnen meegeven aan mensen" Respondent A	9	37
Doorleefd verklarende factoren	<i>Welke factoren beïnvloeden de mate waarin een systeem doorleefd is in sector</i>	12	288
Externe factoren		11	124
Externe controle	<i>"De woonzorglijn beluistert de klacht en beoordeelt vervolgens of een inspectiebezoek aangewezen is. De zorginspectie doet in dat geval de nodige vaststellingen ter plaatse en gaat het klachtelement bevestigen of weerleggen. Op basis van een verslag zal de bevoegde overheid opnieuw contact opnemen met de indiener" (respondent H)</i> <i>"... we hebben ook wel wat tijd gestoken om onze medewerkers op te leiden en goed de bedoeling uit te leggen van dat 'gluren bij de burens'. Want zo hebben we dat genoemd, omdat dat iets minder controle achtig lijkt dan 'interne audit'. Als ik morgen zeg dat het een interne audit is, loopt iedereen weg" (Respondent I1)</i>	11	60
Erkenningsnormen	<i>"Dat is uw basiswaarde van de te halen kwaliteit. En als ik u dan hoor vertellen over risico's, op patiënt- of organisatieniveau, dan leg ik daar de link omdat die erkenningsnormen net bedoeld zijn om risico's voor slechte zorg aan burgers te vermijden. (Respondent J1)</i> <i>"het woonzorgdecreet is op zich onze bijbel: daar staan onze erkenningsvoorwaarden en kwaliteitscriteria in. Het kwaliteitsdecreet is, in mijn ogen, een beetje op de achtergrond geraakt." (Respondent K)</i>	3	9
Financiering	<i>"ik weet dat dat in VIP² eerstelijns ook al aan bod gekomen is, nu hebben we mankracht voor dat initiatief, maar ook al die sectoren, als zij een actieve bijdrage gaan moeten doen, die gaan ook mankracht moeten vrijstellen, dus dat gaat ergens toch een uitdaging worden waar het VIKZ zeer snel gaat mee geconfronteerd worden. als die andere sectoren</i>	2	3

Name	Description	Files	References
	<i>dat al kunnen, dat is omdat er eigenlijk mankracht op zit die al ergens op een andere manier gefinancierd is daarvoor, om dat te doen.” Respondent J3</i>		
Verplicht karakter	<i>“Het kwaliteitsdecreet is er geweest in 1997. In 2001 waren wij verplicht als dienst gezinszorg en kwaliteitszorg te hebben. Ik heb daaraan meegewerkt als trekker toen ook. Maar toen ging het, als ik daar nu op terug kijk, vooral om het hebben van dat kwaliteitshandboek. Dat was, als ik daar nu terug op bekijk, dat is ook zo, dat was dan eigenlijk om in orde te zijn. Formeel in orde te zijn. Je gaat weliswaar processen beschrijven die je op de werkvloer ook zo verlopen. Maar er zat zo geen echt kwaliteitsdenken en kwaliteits voelen achter. Het was een must. Je moest op een bepaald moment een handboek hebben.” (Respondent G)</i>	11	31
Op maat van thuiszorg	<i>wij krijgen dus altijd Nederlandse auditoren wat dat ook betekent dat er in Vlaanderen niet echt groot enthousiasme is daarvoor. Dus wat ook betekent dat wij iedere keer ons auditoren de situatie in België moeten uitleggen, niet alleen Vlaanderen, Wallonië, Brussel, de geografische indelingen in België moeten uitleggen, maar ook nog ne keer binnen België hoeveel verschillende ministers dat er met ons te maken hebben enz. dat is altijd een proces dat die mensen moeten hebben” Respondent C</i>	9	50
Plaats van zorg	<i>“Als die patiënt zegt van, “ neen, je gaat niet mij wassen in de badkamer maar in de keuken”, dan zal het zo zijn. Terwijl in een ziekenhuis gaat gij zeggen, onze huisregel is dat iedereen in de badkamer gewassen wordt en ge moogt gij niet zeggen, ik wil in de gang gewassen worden. (Respondent I1).</i>	3	8
Scope toepassingsgebied systeem	<i>“Wij hebben ook naar JCI gekeken en gedacht, alles in het Engels zien we eigenlijk al niet zitten. Alles zelf moeten vertalen en gaan uitvissen wat er precies van toepassing is voor thuisverpleging zag men niet zitten. Zo zijn we uitgekomen bij de NIAZ Q-mentumnormen”. (Respondent I1)</i>	4	8
Positionering		6	14
Benchmarking	<i>“Als benchmarking één van de finaliteiten is dan moet je ervoor zorgen dat indicatoren samen ontwikkeld worden, dat ze gedragen zijn en dat iedereen dezelfde criteria en definities hanteert.” (Respondent J1)</i>	2	3
Verwachtingen toeleveranciers	<i>“Ook naar het vertrouwen tav huisartsen, gewoon dat je kan zeggen he we zijn wel goed bezig en dat is ook te zien aan dat label. Ook al krijg je daar niets voor. Maar ik vind het een meerwaarde voor de omgeving, omliggende diensten die dan zeggen: je kan daar op rekenen.” Respondent B</i>	6	11

Name	Description	Files	References
Interne factoren	<p><i>ja, ik ben inderdaad de kwaliteitscoördinator, maar een belangrijk woord daarin is coördineren. Het is zo dat wij een behoorlijk aantal procedures hebben, maar ik ben niet de verantwoordelijke van die procedures. Elke procedure is de verantwoordelijke die met die procedure werkt. (Respondent C)</i></p> <p><i>Ik denk dat dat absoluut een drempel is, de werkdruk, ook in het feit, we hebben verpleegkundige handen te kort. We doen er van alles aan om ze echt alleen maar die verpleegkundige taken te laten invullen, maar dan zeggen we, en in functie van kwaliteit, moet je nu wel dat nog registreren en die medicatiefiche invullen en dat ondertekenen. (Respondent I2)</i></p> <p><i>“je hebt een aantal dagen audit op een jaar dan mag je gemakkelijk rekenen voor een auditor op 16 à 1700 euro per dag voor een auditor dus als je rekent dat je 5 à 6 dagen audit hebt in bepaalde jaren andere jaren maar 2 het is afhankelijk van hoe je in de cyclus zit dan heb je een kostenplaatje van maal zoveel 16 à 1700 euro en oké die prijzen liggen vast dat is niet onderhandelbaar dat wordt berekend en het aantal dagen audit wordt ook berekend op je aantal medewerkers dat je hebt.” Respondent C</i></p> <p><i>“De grootste garandeert geen kwaliteit, zeg ik altijd als kwaliteitsverantwoordelijke, het is eigenlijk niet echt een kwaliteitsindicator die de grootste zijn. Het maakt dat uw structuur soms wat minder snelheid haalt. Het is een nadeel van je grote structuur maar er zijn ook veel voordelen uiteraard.” Respondent G</i></p>	11	163
Specifieke doelstellingen		10	32
Huis op orde	<i>“Dat zijn nu drie details. En zo heb ik eigenlijk al die mappen uitgewerkt heb ik daar 4 uur voor uit getrokken, om tijdens dat overleg, kijk, we zijn hier bezig met. Dat gaat zo, en dat doen we zo, en dan heb ik die 9 bladen, dat is zo wat de verzameling van al mijn mappen, achter elkaar geplakt, en wat in een andere vorm en dan heb ik dat aan hun gegeven. Kijk, we werken eigenlijk al lang zo, en ge weet dat, maar nu staat dat ook op papier.” Respondent B</i>	6	8
Streven naar aantoonbaarheid	<i>“die audits zijn een trigger voor de organisatie om die dynamiek op gang te trekken? Tuurlijk want als je daar goed op scoort. Het is niet voor niets dat we bij onze viering van het 50 jarig bestaan dat we dat label naar voor hebben gehaald. Iedereen is daar trots op en dat triggert ook wel om daar uiteindelijk ook iets mee te doen.” Respondent A</i>	5	9
Streven naar continue verbetering	<p><i>“Dat is ook niet belangrijk voor mij, of dat de overheid daar nu subsidies voor zou geven of niet, dat maakt voor mij niet uit. Het is voor mij belangrijker dat ik dat haalde omdat ik iedereen gelijk wou, en dat dat een vree mooi instrument was om de kwaliteit onderling te verbeteren, en naar de patiënt toe te verbeteren.” (Respondent B)</i></p> <p><i>“want de nadruk, wat voor mij heel belangrijk is, is de nadruk leggen op die verbetering van de organisatie en de samenhang overall, en op het positieve beeld dat je daarbij kan krijgen. Teveel focussen op het negatieve dat er zit, wat handig is om snel te kunnen aanpakken, houdt ook gevaren in, omdat ge de mensen moet blijven stimuleren.”</i></p>	9	15

Name	Description	Files	References
	Respondent A		
Evoluties in kwaliteitszorg		1	1
Cliënt centraal	<p>“We zitten met een generatie die komt die ook veel mondiger is, die veel sneller wil ingrijpen, die meer eisen heeft en die ook veel meer bereid zal zijn om te anticiperen op wat er allemaal preventief kan georganiseerd worden voor wat zij nodig zullen hebben. Ik denk dat dat een belangrijke uitdaging is naar de toekomst” Respondent A</p> <p>“vermaatschappelijking van de zorg, ook voor psychisch kwetsbaren, heeft veel impact voor de thuiszorg. Dat zijn evoluties waar een organisatie zich op moet verhouden, waar je je missie, visie en ook het strategisch beleid van de organisatie moet op aanpassen.” (Respondent G)</p> <p>“de kwaliteit van zorg aan huis wordt niet bepaald door ons ISO label, dat wordt bepaald door de medewerker die daar ter plaatse is. Wij lopen ook niet te zwaaien met ons label. Dat staat wel op onze nieuwsbrieven etc, maar ik denk niet dat er al één klant voor ons heeft gekozen omwille van dat label”. (respondent C)</p>	10	19
Coördinatie en netwerken in zorg	<p>“Ik heet u welkom in de gremia waar we de eerstelijns bespreken: dat is een amalgaam van vanalles. Daar de vertegenwoordiging regelen is hééél moeilijk.” (Respondent J3)</p> <p>“Het idee van het VIKZ was er al op het moment dat het VIP² bestond. Eigenlijk is de eerstelijns daar post factum bijgehaald. Men was al bezig voor de ziekenhuizen, de GGZ en de woonzorgcentra en dan kwam men tot de vaststelling “ ‘t zijn er daar nog hé”. En dan heeft men gans de eerstelijns in één keer meegenomen. Wat nog zal blijken dat dit een ganse uitdaging is [...] Je moet effectief beginnen met de grote sectoren, de grote spelers in het verhaal”. (Respondent J3)</p>	5	10
Digitalisering	<p>Op termijn zelf denken wij ook aan het ter beschikking stellen van digital devices . Waar dat wij, met de nodige aandacht voor privacy, en GPTR, ook in een cloud, bv. Vitalink zelfs informatie over de gevolgen van het nemen van een medicijn zouden kunnen plaatsen die voor andere zorgkundigen, verpleegkundigen, of huisartsen van belang kunnen zijn. (Respondent G)</p> <p>Het samenwerken aan de BelRAI als screeningsinstrument is ook zoets waar dat we gaan met elkaar informatie kunnen delen. (Respondent G)</p> <p>“ja, en ik hoop ook het digitaal zorg- en ondersteuningsplan, zou binnen een paar jaar toch een grote stappen vooruit moeten kunnen betekenen. Gij spreekt nu over het verpleegkundig dossier, voeg daar nog een aantal organisaties bij die rond diezelfde patiënt aan het werken zijn, en je hebt een gedeeld zorg- en ondersteuningsplan. Dan ben ik er zeker van dat daar een kwaliteitsverbetering gaat vaststelbaar zijn in hoofde van die cliënt” (Respondent J1)</p>	4	12

Name	Description	Files	References
	<i>“dat digitaal zorg- en ondersteuningsplan, wij onderschrijven dat volledig, we willen daar ook actief aan meewerken. Maar, iedere beroepsgroep, of iedere zorgaanbieder of praktijk moet wel zijn eigen gegevensopslag ook digitaal maken. ‘t Is niet dat we enen tool gaan maken waar in iedereen kan gaan schrijven. Den tool zal zijn dat ge dingen kunt gaan ophalen, of dat ge daar kunt naar pushen.” (Respondent J3)</i>		
Evoluerende rol overheid	<i>“Nu is de oefening omgekeerd gemaakt, wat wij ook waarderen. Dat is dat de Overheid zegt we gaan zelf er voor zorgen , dat niemand nog niet erkend, niet vergund kan werken . Dat is een Overheidsingreep uiteindelijk. En dat is positief en dat is wat de rol van de Overheid ook is.” Respondent G</i>	5	24
Internationalisering	<i>Omdat thuiszorg, gezinszorg al iets heel anders betekent in onze buurlanden, dan dat bij ons betekend. Dus als je aangeeft van : moet een externe organisatie ons komen auditeren of alle diensten komen auditeren ? Europese dan in dit geval. Dan ben ik daar wel benauwd voor, omdat ik denk, op wat gaan ze zich baseren om te auditeren? Er is geen eenheid in Europa op het vlak van Home care , om het zo maar te noemen. Ik ben zelf in verschillende landen mogen gaan om presentaties te geven over Home care in Flanders. Ik moest al van in het begin duidelijk maken dat onze verzorgende geen verpleegkundige waren, want heel veel mensen waren na een kwartier vertrokken, dat dat verpleegkundige waren. (Respondent G)</i>	2	4
Kwalitatief personeel	<i>“Uitdagen? Ja Ja, we hebben het al gezegd, aantrekken van kwalitatief personeel” Respondent J</i>	2	2
Marktwerking	<i>“Bv. bij de groepen van assistentiewoningen die recent heel sterk in de markt liggen, hebben wij een groep die aangemeld was . Ze moesten zich allemaal aanmelden , maar een deel was maar erkend. En de problemen zijn ontstaan bij de aangemelde, die zich niet moesten houden aan al die erkenningsvoorwaarden, ook rond kwaliteit Moesten zich daar niet aan houden. Wij deden daar ook geen toezicht. En daar zijn problemen ontstaan en nu heeft zorg en gezondheid beslist dat de aangemelde, zich allemaal moeten laten erkennen. Of ze vliegen er uit. Wat niet geweten is of wat niet erkend is daar hebben wij geen bevoegdheid.” Respondent H</i>	9	14
Pay for quality	<i>“dat is ook de toekomst waar we naartoe gaan voor de praktijkfinanciering en zelfs voor bepaalde segmenten van de prestatiefinanciering door impliciete kwaliteitsvoorwaarden die een rol spelen: ben je als praktijk voorzien op dat soort activiteit? Ben je voorzien op die risico’s? Heb je de juiste procedures? Heb je de juiste mankracht? Het zal niet met labels gebeuren maar eerder op bepaalde parameters die een aantal onderdelen uit je kwaliteitssysteem lichten zoals: om dat soort zorg te kunnen doen moet je een bepaalde soort expertise hebben, moet je bepaalde kwaliteitsopvolgingssystemen hebben, moet je permanentie hebben” (Respondent J3)</i>	1	2
Responsabilisering	<i>“Dat is ook één van de redenen waarom de overheid in het kwaliteitsdecreet geen vast systeem gekozen heeft, omdat er een heel grote diversiteit is aan organisaties op het terrein, niet alleen qua werksoort maar ook hoe ze georganiseerd zijn, intramuraal of ambulante, maar ook groot- kleinschalig. Als ik kijk naar de sector diensten voor</i>	1	6

Name	Description	Files	References
	gezinszorg bijvoorbeeld, we hebben 105 erkende diensten, maar de minderheid daarvan zijn grote organisaties. Je hebt heel veel kleinschalige werkingen, je kan erkend worden vanaf 10 VTE, dat is een heel kleinschalige werking. Een kwaliteitsmanagementsysteem in zo'n werking zal er allicht anders uitzien, en dat is maar goed, want dat is een ander soort werking, dan dat je een dienst hebt met 2000 VTE of meer. Uw organisatiestructuur en uw manier van werken zit gewoon anders in mekaar en een kwaliteitsmanagementsysteem hoeft niet complex te zijn." Respondent J1		
Transparantie en toezicht van kwaliteit		9	57
Accreditering - Certificering	<p><i>"Echte verzorging, daar gaat het eigenlijk niet over. Het gaat meer over structurele en financiële elementen. Of de patiënt nu wel of niet goed verzorgd wordt, dat zit er totaal niet in. Behalve ja, die tevredenheidsenquêtes..." (Respondent B)</i></p> <p><i>"de kwaliteit van zorg aan huis wordt niet bepaald door ons ISO label, dat wordt bepaald door de medewerker die daar ter plaatse is. Wij lopen ook niet te zwaaien met ons label. Dat staat wel op onze nieuwsbrieven etc, maar ik denk niet dat er al één klant voor ons heeft gekozen omwille van dat label". (respondent C)</i></p> <p><i>"Of jij luistert naar een patiënt en voldoet aan de behoeften van de die patiënt, they couldn't care less" (Respondent I1)</i></p> <p><i>"het vrijwillig proces dat je loopt om die accreditering te halen, dat is eigenlijk de weg naar, en vooral het systematisch bezig zijn met kwaliteit. Ik moet wel zeggen, door de jaren heen, zie je dat er een soort momentopnames van dat auditbezoek, hoe scoor je? Zie je dat dat toch meer naar dynamische systemen overgaat, waar men de focus terug veel meer legt op permanente kwaliteitsverbetering, dus dat daar de kenmerken moeten van aanwezig zijn." Respondent J3</i></p>	3	13
Erkenningsnormen		2	4
Inspectie	<i>"Wij inspecteren, maar wij rapporteren ook. Wij maken een verslag en dat verslag is passief openbaar. D.w.z. dat elke burger van dit land die verslagen kan opvragen. En onze bedoeling is ook , bedoeling niet , dat zal er zijn alvast voor de woonzorgcentra in 2020, om naar actieve openbaarheid te gaan, zodanig dat onze verslagen rechtstreeks raadpleegbaar zullen zijn. Dus dat maakt toch wel transparant hoe wij dat proces beschrijven." (Respondent H)</i>	2	4
Indicatoren	<i>"wat zijn goede meetbare indicatoren ? Bij thuiszorg is ook, hoe ga je bv. eenzaamheid gaan meten dat is soms subjectiever. Respondent L2</i>	2	4
Kenmerken zorgvorm		1	5

Name	Description	Files	References
Kenmerken DGAT	<p><i>“eigenlijk de zorg van wieg tot graf, alles wat de mensen in hun belangrijke levensfasen of momenten ondersteuning nodig hebben kan “zorgorganisatie respondent C” daarbij bij springen. Wij hebben een poetsdienst , wij hebben een dienst gezinszorg , wij hebben een afdeling huishoudhulp met dienstencheques en wij hebben een klusjesdienst , wij hebben een eigen opleidingscentrum en dat allemaal omkaderd met een 150-tal bedienden” (respondent C)</i></p> <p><i>wij zijn bezig met een innovatieve arbeidsorganisatie naar zelf organiserende teams, waar we én die verzorgende én huishoudhulpen in één zorgteam zetten. En als je die voor in het verleden hebt ingezet op weinig huishoudhulp dan wreekt zich dat nu een klein beetje, omdat je minder huishoudhulpen hebt in een bepaald team dan in andere regio’s. Die verhoudingen kloppen niet altijd. Maar het verleden heeft zijn plaats. Respondent G</i></p> <p><i>Je gaat je zelf moeten onderscheiden als dienst gezinszorg in kwaliteit . Want in prijs gaan; kan het niet . Gezinszorg is gereguleerd. Poetshulp is niet gereguleerd. Is wel nog vrijheid van elke dienst om dat te doen.57:42 Karwei ook niet gereguleerd. Daar gaan wel nog verschillen op zitten, maar ik denk ook niet dat die zo drastisch zijn . Vooral gezinszorg is gelimiteerd en daar kun je niet onderscheid maken in prijs, maar wel in kwaliteit. Respondent G</i></p> <p><i>“de laatste 2 jaar, denk ik zijn die aan het verzelfstandigen in zorgbedrijven en eigenlijk kunnen die nog altijd deel uit maken van ons aanbod, die kunnen inschrijven net als een politiezone, een hulpverleningszone of stad of gemeente. Het is niet dat we specifieke aanbod naar zorgbedrijven ontwikkelen, maar al die onderdelen die in de zorgvereniging zitten, die hebben nog wel hun instrumenten van daarvoor, want de materie zelf verandert niet. Het is alleen een andere structuur.” (Respondent L1)</i></p>	5	17
Kenmerken DMW	<p><i>“Bij de dienst Maatschappelijk Werk heb je een werkgroep kwaliteitsindicatoren, waar ze samen proberen te kijken hoe we gaan meten wanneer die bereikbaarheid , die tevredenheidsmeting en dergelijke, maar ik denk dat wij nog wel intern ieder binnen ons eigen DMW op andere manieren aan kwaliteit werken en daar is weinig zicht op, dat wordt niet of minder gedeeld.” Respondent D</i></p> <p><i>“Als je gaat kijken bv. naar de ziekenhuizen waar dat heel sterk rond kwaliteit gedacht wordt in termen van objectieve metingen. Ik blijf dat moeilijk vinden als je praat over hulpverlening , zorg op maat, zorg op maat aan de individuele cliënten, omdat op dezelfde manier, als bv. in ziekenhuizen binnen hulpverlening te gaan realiseren. Ik denk dat dat moeilijker ligt.” Respondent K</i></p>	5	10
Kenmerken TVP	<p><i>“er is hier nog nooit niemand geweest Ik zeg elk jaar, moet ik enorm overzetten en peinzen moet weer een week steken in het opmaken van die verslagen, waar dat er nooit niemand, niemand, niemand naar kijkt. Want al hetgeen dat daar instaat, daar doen wij intern niets mee. Dat is puur 30 keer knip en plakwerk. We gaan het dan niet publiceren.” Respondent I1</i></p> <p><i>“Dat is het grote verschil eigenlijk. De meeste denken, als wij spreken over een erkende dienst van thuisverpleging , dan denkt iedereen aan de RIZIV erkende dienst voor thuisverpleging , maar hebt een verschil Vlaanderen, maar dat is op</i></p>	5	24

Name	Description	Files	References
	<p><i>de werkvloer niet gekend.” Respondent J3</i></p> <p><i>“het feit dat je vertrekt vanuit een zelfstandige verpleegpraktijk met allemaal zelfstandige zorgverstrekkers, dat maakt dat je eigenlijk nog een verschil tussen een verpleegpraktijk, ze mogen alletwee 10 medewerkers hebben, maar een praktijk die gaat voor een label die bestaat loontrekkenden, en een praktijk die bestaat uit zelfstandigen, het is een andere aanpak en insteek. De indicatoren blijven allemaal dezelfde, maar je ziet wel, de outcome... de governance is anders.” Respondent J5</i></p>		
Specificiteit van thuiszorg	<p><i>“als iemand wordt opgenomen in een ziekenhuis die onhygiënisch is kunnen ze de patiënt wassen en behandelen. “In het huismilieu kunnen we vragen aan de klant om op te ruimen omdat het zodanig onhygiënisch is dat we niet kunnen opstarten. We gaan er voor zorgen dat het gekuist geraakt als het financieel kan en gaan misschien zelf helpen. Maar wij hebben ook minimalistische normen omdat we zeer goed weten dat we ons moeten aanpassen aan normen en waarden van het huis waar je binnen gaat.” (respondent G)</i></p>	6	20
Stakeholders		12	97
Gebruikers	<p><i>“... omdat wij het ook heel belangrijk vinden dat we de klanten blijven mee hebben in gans het verhaal maar goed het is zeer moeilijk om daar een representatieve groep voor te hebben die dan ruimer denkt dan de eigen situatie , als mensen daar in komen te zitten vanuit hun eigen situatie dat is niet de mensen die wij zoeken moet eigenlijk een stuk ruimer gaan denken en wij hebben dat ook met zorg gezin indicatoren werkgroepen ook gezien dat dit niet zo gemakkelijk is om mensen daarvoor warm te maken om daar bij te zijn , het is een streefdoel die wij ons gesteld hebben op één of andere manier toch proberen te doen.” Respondent C</i></p>	5	6
Koepels	<p><i>“die geven opleiding, die helpen met facturatie, ze hebben er een helpdesk, ze zorgen ook voor het softwareprogramma. Je kan er verschillende bij hen huren. En onder andere reiken die ook in die opleidingen dat kwaliteitslabel aan. Die zijn daarmee gestart, zo heb ik dat leren kennen, dat kwaliteitslabel”. (Respondent B)</i></p>	10	32
Overheid	<p><i>“de Overheid nu zeer sterk mee bezig om eigenlijk de taken zo laag mogelijk te leggen, de eenvoudige taken bij de minst geschoolde mensen en de technische handelingen en men gaat door tot aan de dokters bepaalde insputingen verpleegkundige te laten geven en geen dokter meer te laten langs komen.” Respondent C</i></p> <p><i>“We zijn eigenlijk een onafhankelijke en neutraal partner geworden tegenover zorg en gezondheid. Zij maken de regelgeving en zij doen ook de handhaving. Dus ik heb gezegd : wij inspecteren en wij rapporteren. Maar we proberen de verbetering van zorgpraktijk , niet van de systemen. Het is echt die praktijk. Kwaliteit van de zorg.” Respondent H</i></p>	8	27

Name	Description	Files	References
VIKZ	<p>"Momenteel nog niet , aangezien dat de 1^{ste} lijn eigenlijk pas in opstartfase is, maar in feite kan eigenlijk de stuurgroep van dienst Maatschappelijk Werk en de gezinszorg eigenlijk komt dat wel overeen met een ontwikkelingsgroep. Daar zitten mensen van de praktijken en ook universiteiten, en sinds kort ook het VIKZ. Ik denk dat het eigenlijk wel een mooi voorbeeld is van een 1ste ontwikkelingsgroep." (Respondent J8)</p>	1	9
Wetenschappers	<p>"Die vraag was eigenlijk rechtstreeks de onderzoeksvraag in mijn doctoraat, waarom kiest men voor bepaalde technieken, het type organisatie zeker een belangrijke is, dat je kunt kiezen naar gelang het type van uw organisatie, uw type taken. Ook de cultuur van de organisatie bepaalt vaak een stukje de keuze dat men maakt, hebben we gezien samenhangend met de grootte van de organisatie, uw structuur, uw taakstelling, uw cultuur. Maar ook de motivatie kan verschillen Dat is ISO-certificaat, wordt ook vaak gebruikt naar positionering toe en ook die andere technieken gingen gebruiken om meer die controle in een organisatie te krijgen, en dan had je organisaties die er bewust voor kozen om geen al te zware technieken te gebruiken, en die vooral gingen kijken naar hun personeel. Je hebt een aantal elementen hoor die spelen: positionering, houding van de organisatie, en taakstelling, en grootte, en cultuur". (Respondent J3)</p> <p>"Het idee van het VIKZ was er al op het moment dat het VIP² bestond. Eigenlijk is de eerstelijns daar post factum bijgehaald. Men was al bezig voor de ziekenhuizen, de GGZ en de woonzorgcentra en dan kwam men tot de vaststelling " 't zijn er daar nog hé". En dan heeft men gans de eerstelijns in één keer meegenomen. Wat nog zal blijken dat dit een ganse uitdaging is [...] Je moet effectief beginnen met de grote sectoren, de grote spelers in het verhaal". (Respondent J3)</p>	2	5
Kwaliteitsmanagementsysteem of techniek	De verschillende soorten kwaliteitsmanagementsystemen of technieken	12	152
Algemene evoluties kwaliteitssystemen	<p>"Als je alle kwaliteitssystemen bekijkt, ze hebben allemaal het doel om bepaalde kwaliteitsdoelstellingen te halen en dat je ook kan controleren of het effectief wordt uitgevoerd. In die zin, kan je wel een audit of controle uitvoeren om te zien waar je staat, los van welk systeem je ook gebruikt. Of dat nu gebaseerd is op het efqm, of iets anders maakt op zich niet zoveel uit. Zolang dat het systemen zijn die erkend zijn en waaraan je kan zien dat er aan kwaliteitsbeleid gewerkt wordt. Ik ga ook niet beoordelen of het één beter is dan het ander. Ik ga bijvoorbeeld niet zeggen dat als je een ISO-norm behaalt, dat dat beter zou zijn dan efqm. Ik denk dat de essentie is dat de organisatie ermee bezig is, en dat je kan aantonen dat je ermee groeit. Maar het kan wel een hulp zijn om een volgende stap te zetten: nu zit je hier en eigenlijk zou je naar daar moeten." (Respondent A)</p>	1	4
BSC	<p>"Waar de BSC zich vanuit de strategie focust op hoe gaan we dit met de organisatie realiseren, richten de normen zich voornamelijk op het aantoonbaar maken van hoe de organisatie daarmee bezig is. Waar de normen gaan over bvb. handhygiëne, de minimum registraties in het dossier, het feit dat je de patiënt moet betrekken, is de BSC veeleer een instrument voor de richting die we uitwillen als organisatie en de invulling die de organisatie geeft aan maatschappelijk</p>	2	10

Name	Description	Files	References
	<i>verantwoorde zorg. Dat is een stuk strategie die de voorziening daaraan wil toevoegen.”(respondent I.1)</i>		
CAF	<i>“Want we zien in de praktijk ook dat een aantal besturen met CAF, lijkt mij totaal van de kaart verdwenen. CAF hoort je bijna nergens meer” (Respondent L1)</i>	2	4
COSO-ERM	<i>“Wij meten onze kwaliteit aan de mate waarin wij als organisatie onze risico beheersen. Wij hebben vanuit onze DMW’s ons karretje een beetje gehangen aan hetgeen waaraan wij ons als ziekenfonds moeten houden. En dat is het CDZ (= Commissie . Het CDZ verplicht ons de COSO ERM te implementeren. Dus het Enterprise Risk Management, vertrekkend vanuit de organisatie, de doelstellingen en dan kijkend naar de doelen en de risico’s die die doelen zouden kunnen in het gevaar brengen. Dan wegen wij de risico’s. En de risico’s die het zwaarst wegen die worden het eerst aangepakt. En we stellen eigenlijk vast dat de zaken die wij ook als eerste aanpakken, eigenlijk ook naar een kwalitatievere dienstverlening maar ook naar de mensen toe.” (Respondent D)</i>	4	11
EFQM	<i>“we hebben dat EFQM-model gekozen, omdat we dat ook op onze maat konden benoemen, wat is er nu belangrijk voor ons? En hoe kunnen we dat op onze eigen manier daarin passen. Als je dat gewoon ergens gaat kopiëren, ja, dat werkt niet bij ons, dan kunt gij mooi iets doen waar de bedienden zitten, maar dat is uiteindelijk maar een heel klein deel van uw organisatie. Dan hebt ge nog niet die invloeden niet, van de thuissituatie, waar dat uw mensen werken” (Respondent A)</i>	3	20
VVSG-Zelfevaluatiesysteem	<i>“Respondent L1 heeft zelf een model uitgetekend binnen VVSG, dus wij bieden dat aan, wij geven ook ondersteuning op de andere modellen en er zijn ook al diverse oefeningen gemaakt, om die verbinding te zetten. Als je dat goed gaat bekijken, komen we technisch op die modellen” Respondent L2</i> <i>“Bv. bij thuiszorg, is er een ganse map uitgewerkt, dat ze zeggen van : wettelijk moeten wij dat ook doen en dan is er wat uitgebreid geweest en dat is minder belangrijk voor ons domein, is dat soms wat ingeperkt qua vragen.” Respondent L1</i>	1	9
Geen centraal kwaliteitsmanagement	<i>“Ik heb ooit een opleiding gevolgd bij Amelior. Dus ik weet welke modellen dat er allemaal bestaan. Ook ISO. En ik ben blij dat we dat niet moeten volgen. Ik ben blij dat we ons dat niet opleggen. Want om de letter wil ik het echt niet meer doen. Dat hebben we 20 jaar geleden gedaan en daar wil ik het nu niet meer voor doen.” Respondent G</i>	5	6
Interne audit	<i>“Ja, het loopt zeer gestandaardiseerd, er steekt zeer veel voorbereidend werk in. En men moet daar zeer hard op trainen. Wij hebben ooit een training allemaal als directieleden gevolgd van interne audits.” Respondent G</i>	3	5
ISO9001	<i>“Pas op, het zit wel heel goed ineem. Dat is de interne audit. En dan is’t, wie weet volgende week. Eigenlijk staat het op punt en we werken zo. Er zijn wel nog wat details die niet 100% zijn, maar voor 100% te halen hmmm ...(bedenklijk)</i>	4	17

Name	Description	Files	References
	<p><i>zeker als klein praktijkske is dat niet altijd zo evident.” Respondent B</i></p> <p><i>“Tot op vandaag zijn wij nog altijd de enige dienst die ISO 9001 nummer heeft. Zeker binnen de gezinszorg maar ook binnen de sociale sector “ Respondent C”</i></p> <p><i>“België of Vlaanderen heeft geen cultuur van ISO in de zorg, wat dat betekent dat er ook geen enkel gecertificeerde auditor in Vlaanderen is die ISO 9001 voor de zorg kan auditeren . Ze kunnen dat wel technisch auditeren maar niet inhoudelijk daarin mee gaan” Respondent C</i></p>		
Klachtenbeleid	<i>“als er een klacht bij ons binnenkomt, dan gaan wij daar altijd zo snel mogelijk op inspelen. Als de klacht betrekking heeft op een specifieke medewerker dan wordt met de betrokken medewerker daarover open gecommuniceerd om ook die kant van het verhaal mee te hebben. Een klacht geeft vaak ook aanleiding voor een bevraging bij andere klanten om zo een objectief oordeel te kunnen vellen over een individueel signaal.” (respondent F)</i>	5	5
Kwaliteitshandboek	<i>“in het kwaliteitshandboek staat er onder strategie heel duidelijk de missie, visie, de waarden staan volledig uitgeschreven, en het beleidsplan staat daaronder met duidelijke acties. En dat kan elk personeelslid gaan bekijken. Bij de resultaten staan de rapporten van de tevredenheidsmetingen eronder, bij cliëntresultaten staat er een klachtoverzicht onder. Dus, probeer het zo iets levend te maken voor iedereen, dat iedereen dat uiteindelijk kan zien, en ik denk dat dat ook wel iets specifiek is, daar waren we eigenlijk mee begonnen, doordat we met zoveel medewerkers zitten die niet op een vaste plek zitten. En dat maakt dat kwaliteitshandboek misschien als instrument dat je aanreikt nog belangrijker”</i>	9	14
Lean	<i>“Er zitten vragen bij die daar, ze gaan niet zeggen ben jij lean, bij wijze van spreken, maar die gaan de vraag stellen : zorg ervoor dat uw cliënt tijdig kan geholpen worden. Die aspecten zitten er op die manier. Zijn de stappen duidelijk of zijn de stappen gebaseerd waarop de cliënt wilt.” Respondent L2</i>	3	7
NIAZ	<p><i>“90% van de NIAZ-normen gaat over veilige zorg, wat slechts 1 aspect is van kwaliteitszorg. Of je luistert naar een patiënt en voldoet aan de behoeften van de patiënt, komt niet uit de normen. Daardoor zal het voor de medewerkers het komende anderhalf jaar lijken alsof enkel veilige zorg belangrijk is.” (respondent I.1)</i></p> <p><i>“dat krijg je bij ons gewoon niet geïntroduceerd” (Respondent J.5)</i></p>	2	11
PDCA	<p><i>“Je hebt ook andere systemen die waarschijnlijk iets tijdrovender zijn en dat dan ook misschien wel een beetje de reden is waarom met PDCA gewerkt wordt. Het is ook een systeem dat voor iedereen wel begrijpbaar is. Heel no level doe je dat thuis ook zo’n dingen aanpassen op een heel ander niveau, maar op die manier kun je wel iedereen van uw dienst mee krijgen”. (Respondent F)</i></p> <p><i>men heeft op een bepaald moment EFQM gemaakt om meer op een dienstontwikkeling te gaan werken, maar zoals</i></p>	8	11

Name	Description	Files	References
	<i>Respondent L1 ook aangaf, komt het neer op 2 keer PDCA-cyclus. Dat is de gemeenschappelijkheid bij elk model dat wij tegenkomen. Respondent L2</i>		
Tevredenheidsbevraging	<i>"90% zijn oude, echt oudere mensen. Als je dan eens bij die 10% kijkt, er gaat uithalen, dat zijn dan wondzorg, knieoperaties, die echt nog jonge mensen zijn: dan is die enquête echt volledig ingevuld. En ook, ik weet niet hoe ik het moet uitleggen maar dan heb je echt wel een tevredenheidsenquête waarvan je zegt oké, die zijn altijd goed. En bij die weet je dan wel of het positief of negatief is. Maar bij een ouder publiek is dat moeilijker vind ik. Zo ja, neen antwoorden op een open vraag, dan denk je, maar alléé hoe kan je hier nu ja of neen op antwoorden. Of bijvoorbeeld: 'via welke weg heb je ons gevonden' Ja maar hoe?" (respondent B)</i>	6	9