



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en
auditinstrument van CGG**

Evelien Demaerschalk
Dr. Koen Hermans
Dr. Guido Cuyvers
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22

E-mail: swvg@med.kuleuven.be

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2009/05

SWVG-Rapport 08

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Co-promotor: Dr. Guido Cuyvers

Onderzoekers: Evelien Demaerschalk, Dr. Koen Hermans

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Sabine Vanden Bossche, Lieve Van Cauwenberghe

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

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



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. Dr. Hans Grietens, Centrum voor Gezins- en orthopedagogiek

Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen

Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Orthopsychologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Rapport 08

Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van CGG

Onderzoekers: Evelien Demaerschalk, Dr. Koen Hermans

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove; Co-promotor: Dr. Guido Cuyvers,

Samenvatting

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voerde in opdracht van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een beleidsgerichte studie uit om de uitvoering van het kwaliteitsdecreet (2003) in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) richting te geven en te ondersteunen. De studie benadert kwaliteitsvol werken op een integrale wijze. De kwaliteit van de hele werking van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg komt op die manier in beeld. De studie resulteert in zes toetsbare kwaliteitsstandaarden voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en een zelfevaluatieinstrument KLIC.

Het [kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003](#) betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen bepaalt dat elke voorziening verantwoorde zorg moet verstrekken en een intern kwaliteitsbeleid op punt moet stellen. Verantwoorde zorg is zorg die voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem en een zelfevaluatie nodig. De aanpak van kwaliteit in een organisatie is enkel nuttig als dit integraal gebeurt: in alle onderdelen van de organisatie, met de betrokkenheid van alle stakeholders en op continue basis. Werken aan kwaliteit is een permanent proces.

Om te weten te komen wat in deze kwaliteitsaanpak aandacht verdient, is een evaluatie-instrument nuttig. Via zelfevaluatie kan een organisatie zicht krijgen op haar sterke kanten en op de domeinen die voor verbetering vatbaar zijn. Dit kan de basis zijn voor een actieplan. Veel gebruikte zelfevaluatie-instrumenten zijn: EFQM, Proza, CAF, INK model, Kwadrant en Balanced Scorecard. De sector ging reeds aan de slag met dit EFQM model. Zo hanteerde de Commissie Kwaliteit van de CGG dit model om het kwaliteitsdecreet van 2003 te operationaliseren. De CGG maken reeds gebruik van enkele beleidsindicatoren. Toch zijn er velden die niet door deze indicatoren worden gevat zoals de structuurkenmerken van de organisatie.

Om deze lacune op te vullen, stimuleert de overheid organisaties om hun kwaliteitsbeleid te verbeteren. Voorliggend onderzoeksproject wil de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in de CGG impulsen geven, ondersteunen en sturen. De onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hadden de

opdracht indicatoren voor de sector te ontwikkelen met het oog op het versterken van de kwaliteit van zelfevaluatie en het ondersteunen van de inspectie van de CGG.

De onderzoekers bepaalden samen met vertegenwoordigers van de overheid en van de sector de prioritaire kwaliteitsthema's. Een aantal thema's zijn moeilijker operationaliseerbaar in indicatoren. Bovendien wil dit project niet in het vaarwater komen van andere lopende projecten met betrekking tot de beleidsindicatoren en het uitkomstenmanagement. De aard van de thema's die hieruit resulteren leidde tot een herformulering van de doelstelling van dit project. Zodoende kiest de stuurgroep voor een tweesporenaanpak die zich richt op kwaliteitsstandaarden en een zelfevaluatie-instrument.

Deze thema's werden aan de hand van wetenschappelijke literatuur vertaald naar **kwaliteitsstandaarden** waaraan de werking van een CGG getoetst kan worden. De kwaliteitsvereisten geven aan het Agentschap Inspectie WVG de mogelijkheid om de audit in de CGG op een meer uniforme wijze uit te voeren. De CGG zelf weten op welke thema's zij geïnspecteerd zullen worden en hebben een kader waarbinnen ze aan het Agentschap Inspectie kunnen rapporteren. Er zijn kwaliteitsvereisten uitgewerkt voor de thema's: (1) omgevingsanalyse en instroombeleid, (2) competentie management, (3) diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze, (4) behandelplan, (5) webstek en (6) het 'Niet-Op-Afspraak' beleid. De uitwerking van deze thema's is gebaseerd op internationale en sectoroverschrijdende literatuur enerzijds en voldoende specifieke informatie om bruikbaar te zijn voor CGG anderzijds. Voor elk van deze thema's is de volgende informatie beschikbaar: een kort overzicht van de inhoud, inspirerende literatuur en een eerste aanzet tot minimale kwaliteitsvereisten door de onderzoekers. Deze uitwerking biedt de sector, samen met het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Agentschap Inspectie, de mogelijkheid een referentiekader 'kwaliteitszorg' verder uit te bouwen.

Een tweede product voortkomend uit dit onderzoek is een **zelfevaluatie-instrument** dat volledig is afgestemd op de werking van de CGG. Het instrument krijgt de naam KLIC: KwaLiteitsInstrument voor de CGG. Het instrument focust op de thema's: leiderschap, preventie van emotionele uitputting, functiebeschrijving, functioneringsgesprek, visie van de organisatie, efficiënt vergaderen, wetenschappelijk onderzoek, vorming Training en opleiding, levenslang leren, diversiteit, NOA beleid, inspraak van de cliënt, diagnostiek, behandelplan en dossiervorming, multidisciplinaire richtlijnen, medewerkerresultaten en samenlevingsresultaten. Het rapport geeft een overzicht van de opbouw en het praktisch gebruik van het instrument door te duiden hoe de invulling, scoring en het bepalen van actiepunten het best tot stand komen. Ten slotte volgt nog een overzicht van de wetenschappelijke achtergrond van de stellingen.

Beide producten zijn voorgelegd aan directie en medewerkers uit zes CGG. De meeste CGG kunnen zich vinden in de gekozen kwaliteitsthema's, ook al wordt de uitwerking van sommige thema's meer geapprecieerd. Twee CGG beamen het belang van de onderwerpen maar geven aan hierin zelf al verder te staan dan de voorgestelde standaarden. In één van beide CGG zouden ze de inhoud van de kwaliteitsvereisten pas nuttig vinden als er op sommige thema's dieper kan worden ingegaan. Het andere CGG vraagt om een verdere uitwerking van de thema's en liefst in de richting van een gemeenschappelijk kader en indicatoren. In de andere CGG vonden de leden van de focusgroepen dat de voorgestelde kwaliteitsvereisten

handvatten bieden en dat er interessante ideeën inzitten. Deze CGG vonden echter dat het gebruik ervan vrijblijvend moet zijn. Moesten de kwaliteitsvereisten niet louter ter inspiratie zijn maar als norm opgelegd worden, dan stellen de CGG zich vragen bij het nut van deze standaarden. Globaal kunnen we besluiten dat de huidige kwaliteitsvereisten een goede basis vormen om binnen de sector de dialoog op gang te brengen over de verdere operationalisering ervan. Ook de uitwisseling van goede praktijken (via bijvoorbeeld een website) zou een sterk faciliterende rol kunnen spelen.

De KLIC wordt vrij positief onthaald. Opmerkingen over de duidelijkheid en formulering van sommige stellingen zijn door de onderzoekers grondig doorgenomen en de nodige aanpassingen werden doorgevoerd. De meeste CGG kunnen zich vinden in de gekozen thema's in de KLIC. Over de meerwaarde ten opzichte van bestaande instrumenten zoals Proza en Kwadrant is er geen eensgezindheid. Het ene CGG vindt de instapscan van Proza eenvoudiger, terwijl een ander CGG de KLIC juist meer gedifferentieerd vindt in antwoordmogelijkheden en meer toegesneden op de werking van een CGG. Bij de huidige voorkeur is vooral de timing aan de orde aangezien enkele CGG voor Proza een stappenplan opmaakten. In de meeste CGG werd evenwel de meerwaarde van het modulair aanbieden van de KLIC gesuggereerd. Zo kunnen de thema's deel per deel worden uitgekozen. Een terechte opmerking is dat de KLIC toegespitst is op medewerkers die therapeutisch werken.

Om de producten van dit onderzoek te valoriseren, raden we enkele bijkomende acties aan. Met de kwaliteitsvereisten kan de sector zelf, in samenwerking met het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Agentschap Inspectie aan de slag gaan om zo minimale kwaliteitsvereisten te formuleren die door de hele sector gedragen zijn. Dit kan gebeuren in navolging van de positieve ervaringen die recent werden opgedaan met het behandelplan. De KLIC verdient een verdere uitwerking, op basis van een uitgebreide toetsing in de context van de CGG. Ook de technische kant van de KLIC kan nader bestudeerd worden. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een software-pakket dat toelaat eenvoudige berekeningen uit te voeren en figuren te maken. De ontwikkeling van een online tool waarbij modules kunnen worden geselecteerd, is een wenselijke toepassingsmogelijkheid.

Voor beide producten kunnen twee algemene acties stimulerend werken. Een eerste is de organisatie van kwaliteitsdagen voor de CGG-medewerkers waarop zowel de thema's uit de zelfevaluatie als de kwaliteitsvereisten aan bod komen. Deze dagen stimuleren de communicatie en uitwisseling van goede praktijken. Een tweede actie is de start van een gemeenschappelijke website voor de CGG. Deze website kan informatie bevatten voor cliënten en hulpverleners. Voor cliënten is dit een bron van informatie over behandelingsmogelijkheden, therapieën en contactprocedures. Voor hulpverleners kan de site dieper ingaan op de kwaliteitsvereisten, wordt een elektronische versie van de KLIC aangeboden, kan informatie gedeeld worden, is er de mogelijkheid tot het uitwisselen van goede praktijken of kunnen moeilijke casussen gepost worden.

Tot slot merken we op dat enkele thema's in dit onderzoek beperkt aan bod kwamen, maar aanleiding geven tot verder onderzoek. We denken hier aan het thema deugdelijk bestuur, de uitwerking van functieprofielen van de verschillende disciplines en de ontwikkeling van vragenlijsten rond medewerker- en patiënttevredenheid.

Inhoud

Inleiding	7
1. Probleemstelling en onderzoeksopdracht	7
Hoofdstuk 1 SITUERING VAN DIT ONDERZOEK BINNEN HET KWALITEITSDENKEN	9
1. Het begrip kwaliteit: een lange geschiedenis, een moeilijke definitie	9
2. Kwaliteit in de social profit sector	10
3. Kwaliteit in de CGG: het decretale kader	12
3.1 Het kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997	12
3.2 Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003	13
4. Een integrale aanpak van kwaliteit	15
4.1 Bewust worden van de noodzaak tot kwaliteitsontwikkeling	16
4.2 Kwaliteitsontwikkeling als vorm van permanent leren	16
4.3 Procesdenken: PDCA	17
4.4 Zelfevaluatie	18
5. Het EFQM model: een kader voor het werken aan kwaliteit	19
6. De operationalisering van het kwaliteitsdecreet in de CGG	23
Hoofdstuk 2 DE AUDIT VAN EEN ORGANISATIE	25
1. Audit-instrumenten	25
1.1 Zelfevaluatie-instrumenten	26
1.1.1 EFQM model	26
1.1.2 PROZA	26
1.1.3 CAF	27
1.1.4 INK model	27
1.1.5 Kwadrant	28
1.1.6 Balanced Scorecard	28
1.2 Kwaliteitsstandaarden	28

1.3	Indicatoren	29
1.3.1	Drie types van indicatoren	29
1.3.2	Mogelijkheden en beperkingen van indicatoren	30
2.	De audit-instrumenten binnen de sector van de CGG	32
2.1	De indicatoren van de CGG	32
2.1.1	De huidige beleidsindicatoren van de CGG	32
2.1.2	Velden die niet door de huidige beleidsindicatoren worden gevat	33
2.2	De audit door het Agentschap Inspectie	34
2.2.1	De eerste auditcyclus	35
2.2.2	De tweede auditcyclus	37
2.3	Naar kwaliteitsstandaarden	38
Hoofdstuk 3	ONDERZOEKSOPZET	39
1.	Herdefiniëring van de oorspronkelijke onderzoeksvragen	39
2.	Het bepalen van de belangrijkste kwaliteitsthema's	40
3.	Het bepalen van het audit-instrument	41
4.	De keuze van een tweesporen aanpak	42
4.1	Ontwikkeling KLIC	42
4.2	Ontwikkeling kwaliteitsvereisten	43
5.	Pilootstudie	43
Hoofdstuk 4	EEN ZELFEVALUATIE-INSTRUMENT VOOR DE CGG	45
1.	Methode	45
2.	Praktisch gebruik	47
2.1	Het invullen van het instrument	47
2.2	Scoring	47
2.3	Het bepalen van actiepunten	48
3.	Wetenschappelijke basis	49

Hoofdstuk 5	KWALITEITSVEREISTEN	51
1.	Naar kwaliteitsvereisten voor een omgevingsanalyse en een instroombeleid	52
1.1	Welke informatie is waar te vinden?	52
1.2	Kwetsbaarheidsindicatoren in de lokale statistieken	52
1.3	Minimale kwaliteitsvereisten: omgevingsanalyse en instroombeleid	56
1.4	Inspirerende literatuur	56
2.	Naar kwaliteitsvereisten voor een competentie management	56
2.1	VTO-beleid	57
2.2	Functioneringsgesprek	58
2.3	Minimale kwaliteitsvereisten: competentie management	59
2.4	Inspirerende literatuur	59
3.	Naar kwaliteitsvereisten voor diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze	59
3.1	Het overlegmodel als vertrekpunt bij de indicatiestelling	61
3.2	Minimale kwaliteitsvereisten: diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze	62
3.3	Inspirerende literatuur	62
4.	Naar kwaliteitsvereisten voor het behandelplan	63
4.1	Basisonderdelen van het behandelplan	63
4.2	Minimale kwaliteitsvereisten: behandelplan	64
4.3	Inspirerende literatuur	64
5.	Naar kwaliteitsvereisten voor een goede webstek	64
5.1	Interessante inhoud	64
5.2	Het gebruik van internet in de toekomst	65
5.3	Minimale kwaliteitsvereisten: webstek	66
5.4	Inspirerende literatuur	66
6.	Naar kwaliteitsvereisten voor het NOA-beleid	66
6.1	Richtlijnen om NOA's te vermijden	67
6.2	Minimale kwaliteitsvereisten: NOA-beleid	67
6.3	Inspirerende literatuur	68
7.	De minimale kwaliteitsvereisten samengevat	68

Hoofdstuk 6	PILOOTSTUDIE IN ZES CGG	71
1.	Opzet en verloop	71
2.	De kwaliteitsvereisten	72
2.1	Relevantie van de inhoud van de kwaliteitsvereisten	72
2.2	Meer uitleg over achterliggende motieven	73
2.3	Statuut van de kwaliteitsvereisten	74
2.4	Besluit	74
3.	Conclusie	75
Hoofdstuk 7	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	77
Literatuurlijst		81

Inleiding

1. Probleemstelling en onderzoeksopdracht

In het afgelopen decennium ligt in het beleid van organisaties -profit en non-profit- meer en meer een sterke nadruk op kwaliteit. Organisaties met een mandaat in opdracht van de overheid worden door deze overheid nog bijkomend gestimuleerd om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en te implementeren. Voor de Centra voor Geestelijke Gezondheid is deze stimulans zichtbaar in een eerste Kwaliteitsdecreet van 1997 met het daaraan gekoppelde Uitvoeringsbesluit van 1999 en het tweede Kwaliteitsdecreet van 2003 en het Uitvoeringsbesluit van 2006. Het laatste kwaliteitsdecreet legt meer en meer nadruk op de kwaliteit van de zorg. Monitoring, zelfevaluatie en indicatoren doen hun intrede (Van Eekert, 2009). Voorzieningen worden door dit decreet verplicht om een zelfevaluatiesysteem in te voeren dat gegevens moet opleveren over de kwaliteit van de zorg.

Voorliggend project wil de implementatie van het kwaliteitsbeleid in de CGG belangrijke impulsen geven door de bruikbaarheid van de indicatoren in het kader van zelfevaluatie te onderzoeken. De onderzoeksopdracht werd uitgeschreven door het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid. Zij gaven dus met dit project 'Indicatoren als basis voor een zelfevaluatie- en auditinstrument van de CGG', de opdracht aan de onderzoekers van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om indicatoren voor de sector te ontwikkelen om zo de kwaliteit van de zelfevaluatie en van de inspectie van de CGG te versterken.

De vraag tot dit onderzoek kwam voort uit enkele recente ontwikkelingen in de sector:

- In de periode van 2005 tot eind 2007 vond een eerste auditcyclus plaats in de CGG. Eén van de vaststellingen was de nood om de zelfevaluatie van de CGG te versterken.
- De beschikbare indicatoren in de beleidsplannen 2006-2009 waren volgens het Agentschap onvoldoende geschikt om invulling te geven aan de opdrachten die voortvloeiden uit het kwaliteitsdecreet van 2003.
- De invoering van het elektronisch cliëntendossier (EPD) creëert nieuwe mogelijkheden om kwaliteitsvolle gegevens over de werking van de CGG te genereren. Indicatoren zouden dan ook het best op basis van deze gegevens berekend dienen te worden.
- Er is grote eensgezindheid over het feit dat de ontwikkeling van indicatoren op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd moet zijn.

De CGG zijn al een eind op weg om invulling te geven aan het kwaliteitsbeleid. We verwijzen hiervoor naar het document van Zorgnet Vlaanderen en de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg dat hun gemeenschappelijke visie over de uitvoering van het kwaliteitsdecreet formuleert. Dit project wil enerzijds de implementatie van het kwaliteitsbeleid in de CGG bijkomende impulsen geven en

anderzijds het Agentschap Inspectie ondersteunen in zijn relatief nieuwe opdracht, met name het inspecteren van en het rapporteren over de kwaliteit van zorg. Dit project vertrekt vanuit de basisidee om kwaliteitsvol werken op een integrale wijze te benaderen. Niet enkel de kwaliteit van het primaire proces van hulpverlening komt aan bod maar ook de werking van CGG als organisatie. Aangezien zo'n integrale benadering ook aandacht vraagt voor moeilijker meetbare aspecten van het functioneren van de CGG als organisatie is het zinvol om met dit onderzoeksproject de concrete invulling van deze zelfevaluatie te ondersteunen.

Om dit project op te starten en richting te geven werd een stuurgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van het Agentschap Inspectie, het Agentschap Zorg en Gezondheid en het kabinet van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De leden van deze stuurgroep zijn:

- Patrick Stevens (Agentschap Inspectie)
- Lieve Van Segbroeck (Agentschap Inspectie)
- Stef Van Eekert (Agentschap Inspectie)
- Els Meert (Agentschap Zorg en Gezondheid)
- Bart Van Hoof (Kabinet WVG)
- Dr. Guido Cuyvers (KHKempen, K.U.Leuven)
- Lut Vanden Boer (Kenniscentrum WVG)
- Evelien Demaerschalk (Steunpunt WVG/Lucas)
- Dr. Koen Hermans (Steunpunt WVG/Lucas)
- Prof. dr. Chantal Van Audenhove (Steunpunt WVG/Lucas)

Op de vergaderingen van de stuurgroep waren ook enkele genodigden uit de sector aanwezig: Ann Moens (Zorgnet Vlaanderen) en Jos Lievens (FGDD) als vertegenwoordigers van de koepels, Mario De Prijcker (CGG VAGGA) vanuit zijn rol in de registratiecommissie en Stef Baert (VVG) vanwege zijn onderzoeksproject over uitkomstenmanagement.

Voorliggend rapport is het resultaat van dit eenjarig project. In de eerste hoofdstukken van dit rapport wordt een theoretisch kader aangereikt voor het onderzoeksproject. Centraal hierin staan kwaliteit (H1) en de audit van een organisatie (H2). Hierna wordt in hoofdstuk 3 het onderzoeksopzet verduidelijkt. Gezien de status van de huidige beleidsindicatoren en andere lopende projecten wil dit project het vruchtbare werk binnen andere lopende projecten niet overdoen. Daarom wordt geopteerd voor twee sporen: een zelfevaluatie-instrument en kwaliteitsvereisten. Deze twee sporen vormen onderwerp van respectievelijk hoofdstuk 4 en 5. In hoofdstuk 6 wordt verslag gedaan van de pilotstudie over de kwaliteitsvereisten bij zes uitgekozen CGG. Tot slot worden enkele conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

Hoofdstuk 1

Situering van dit onderzoek binnen het kwaliteitsdenken

'Kwaliteit is geen eenmalige handeling, het is een gewoonte'

Aristoteles

1. Het begrip kwaliteit: een lange geschiedenis, een moeilijke definitie

Kwaliteit is vandaag de dag vermoedelijk de meest frequent herhaalde mantra onder managers en leidinggevendenden (Reeves & Bednar, 1994). Kwaliteitsmanagers worden aangesteld en medewerkers worden met het begrip kwaliteit om de oren geslagen. Maar niettegenstaande het feit dat dit veel gebruikte woord vaak in de mond wordt genomen, is de interpretatie ervan niet altijd eenduidig (Walburg, 1999). Gaat een conversatie over de kwaliteit van het drinkwater, een stof of een wasmachine dan begrijpen mensen elkaar. Voor minder objectief meetbare kwaliteit zoals een kwaliteitsvolle zorg, dienstverlening of organisatie is minder duidelijk wat wordt beoogd.

Het gebruik van het woord kwaliteit kent een lange geschiedenis. In de Oudheid was er reeds interesse voor het begrip en het nut ervan, vooral bij de Griekse filosofen, zoals blijkt uit het hoger genoemde citaat van Aristoteles. Maar het was vooral in de tweede helft van de 18^e eeuw dat het begrip kwaliteit aan belangstelling won. Enerzijds zorgde de uitvinding van machines in de industriële revolutie voor een betere en slimmere productie. Anderzijds werden goederen op die manier goedkoper. Minimale kosten en optimale controle over processen stonden in functie van winstmaximalisatie. Kwaliteit werd beoordeeld in relatie tot de prijs van de goederen (Reeves & Bednar, 1994).

In de 18^e eeuw doelde kwaliteit enkel op de output, de geproduceerde goederen. Het duurde tot de 20^e eeuw tot de kwaliteit van de organisatie en de processen die tot de output leiden onder de aandacht kwamen. Dit kwaliteitsdenken werd als reactie op de tweede wereldoorlog in 1949 in Japan op gang getrokken door voortrekkers als Deming en Juran. Deze kwaliteitsdenkers maakten de organisaties duidelijk dat om de beste te zijn of om gewoon te kunnen overleven in het complexe landschap van organisaties, het nodig is om zo efficiënt mogelijk te werken. Het maken van kwaliteitsvolle producten alleen is niet voldoende maar deze moeten ook nog eens worden geproduceerd in een kwaliteitsvolle organisatie. Geleidelijk aan ontstond zo het besef dat het goed is om te kijken naar hoe het hele 'productieproces' functioneert (Korsten & Soeters, 1999) of een Total Quality Management van de organisatie. In dit proces van transformatie hebben alle delen van de organisatie een focus op kwaliteit (Dale, 2003). Hierbij staat een participatief management en het promoten van een klantgerichte kwaliteitscultuur centraal (Van Roosbroek, 2008). De Japanse bedrijven

werden aangemoedigd om te streven naar kwaliteitsvol werken en werden hiervoor beloond met een Deming Award. Amerika zag de kwaliteit en productiviteit in Japan toenemen en vreesde dat de Japanse kwaliteit hen zou overtreffen. In navolging van Japan ontwikkelde Amerika de Malcolm Baldrige Award voor kwaliteitsvol werken (Powell, 1995). Europa mocht ook niet achterblijven en volgde met het EFQM Award in 1988.

Ondanks de lange geschiedenis en het veelvuldig gebruik van het begrip kwaliteit blijft de definiëring ervan moeilijk. Het woordenboek beschrijft louter de basis van kwaliteit: een hoedanigheid, een eigenschap met betrekking tot waardering (van Dale, 2005). Maar door de jaren heen gaven verscheidene auteurs en kwaliteitsdenkers deze hoedanigheid telkens een andere invulling. De meest gebruikte definities zijn de volgende (Reeves & Bednar, 1994):

- Kwaliteit is uitmuntendheid
- Kwaliteit is een waarde
- Kwaliteit is het voldoen aan specificaties
- Kwaliteit is het voldoen aan verwachtingen of deze overtreffen

Elk van deze definities heeft zijn eigen voor- en nadelen in relatie tot meetbaarheid, veralgemeenbaarheid, nut voor management en relevantie voor de klant/cliënt (Reeves & Bednar, 1994). Wil het woord kwaliteit het bedoelde effect bereiken en misverstanden voorkomen, dan moet aan volgende voorwaarden worden voldaan: de persoon die de term gebruikt moet een duidelijk en volledig begrip hebben van de betekenis en de mensen/ het publiek waartoe de communicatie gericht is, moet het woord kwaliteit op een gelijkaardige manier begrijpen. Voor organisaties is het dus aangeraden om een gemeenschappelijke definitie van kwaliteit op punt te stellen om zo verwarring te vermijden (Dale, 2003).

2. Kwaliteit in de social profit sector

De economische tendensen die kwaliteitsmanagement stimuleerden hadden vooral een grote invloed in de profit sector. Maar ook in de social profit sector verkreeg kwaliteit sinds begin jaren '90 stilaan een vaste plaats in het management van organisaties. In deze sector droegen enkele veranderingen in de maatschappij en gezondheidszorg hiertoe extra bij (Øvretveit, 2000). Ten eerste is de gezondheidszorg veel complexer geworden waardoor cliënten met veel verschillende professionals in aanraking komen. Deze professionele specialisatie brengt risico's met zich mee. Ten tweede is er, mede door de media, een verandering in de verwachtingen van cliënten. Door een hogere scholingsgraad en meer beschikbare informatie (via televisie en internet) worden cliënten mondiger. Zo nemen ze deel aan cliëntenraden, nemen zitting in kwaliteitsstuurgroepen en worden door het management betrokken bij het kwaliteitsbeleid (Walburg, 1999). Ten derde is er een grotere betrokkenheid van de overheid. Deze overheid is meer dan vroeger bekommerd om de kosten en de effectiviteit van de gezondheids- en welzijnszorg (Van Eekert, 2009). Deze

betrokkenheid laat zich zien in de kwaliteitsdecreten alsook in de wet op cliëntenrechten van 22 augustus 2002, die mede als doel hebben de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg te verbeteren.

Toch kunnen kwaliteitsmodellen uit de profit sector niet klakkeloos worden overgenomen binnen de social profit. De oorzaak is dat deze voorzieningen dienstverlening realiseren met de volgende kenmerken (Norman in Walburg, 1996):

- Diensten zijn immaterieel, in tegenstelling tot materiële goederen. Opslag is dus niet mogelijk, demonstratie lastig en de principes van de productielogistiek zijn niet toepasbaar.
- Diensten bestaan uit handelingen en sociale interacties. Vanuit het perspectief van de cliënt vormt het dienstverlenende personeel de vertegenwoordiging van de dienst.
- Productie en consumptie van een dienst zijn niet helder van elkaar te onderscheiden. De cliënt is veel meer dan alleen cliënt- hij draagt bij aan het proces van de dienstverlening.

Deze kenmerken zorgen voor een andere kijk op kwaliteit in de hulpverlening. In de social profit staat de cliënt centraal en is kwaliteitsmanagement onder meer de manier om de cliënt beter te bedienen, om werkprocessen te optimaliseren, om de zorg te verbeteren en om wachtlijsten weg te werken (Korsten & Soeters, 1999).

Naast de tevredenheid van de cliënt, is het in de gezondheidszorg ook van belang dat het hulpverleningsproces goed verloopt, dat de cliënt op grond van de juiste criteria de juiste diagnostiek en behandeling ondergaat, en dat de cliënt wordt geholpen op grond van recente wetenschappelijke bevindingen. Deze laatste criteria zijn evenwel moeilijk beoordeelbaar door de cliënt (Walburg, 1999). Daarnaast is ook de aard van de relatie met de cliënt anders dan in de profit sector. De cliënt voelt zich nogal eens onzeker en kwetsbaar in zijn relatie met de hulpverlener. Een bijkomend verschil is dat de kosten van de behandeling vaak (deels) niet ten laste zijn van de cliënt zelf. Zo verloopt de kostenafweging bij het kiezen voor een behandeling niet zo rationeel als de consumptie van goederen in de profit sector.

Een uitgesproken verschil met de profit sector is de beperktere concurrentie tussen social profit organisaties. Deze voorzieningen streven in de eerste plaats geen winstbejag na maar een tevreden en gezonde populatie. Dit schept de mogelijkheid om elkaar te steunen, samen te werken en van elkaar te leren op alle mogelijke domeinen en dus ook rond kwaliteit. Helaas klinkt het kwaliteitsbeleid in de social profit sector nog vaak erg managementachtig en weinig zorginhoudelijk in de oren en wordt het door de investering qua tijd en middelen vaak niet als een noodzakelijk en aantrekkelijk onderwerp beschouwd (Walburg, 1999).

Naast de moeilijkheid die het vertalen van het kwaliteitsbegrip van de profit naar de non-profit sector teweeg brengt, zorgt vooral het begrip zelf voor onduidelijkheid. Het begrip kwaliteit is in de social profit sector zelfs nog minder eenduidig dan in de profit sector (Walburg, 1999). Met als gevolg dat kwaliteit tegenwoordig vaak als

containerbegrip fungeert: iedereen stopt erin wat hij zelf wil en gaat daarbij helaas uit van de veronderstelling dat hetzelfde bedoeld wordt (Cuyvers, 2006).

Naast het benadrukken van de verschillen in het kwaliteitsdenken tussen profit en social profit sector, willen we toch ook enkele gelijkenissen aanstippen. Een deel van het economisch denken gaat zonder meer op voor social profit organisaties. Want ook hier zorgt een goed draaiende organisatie voor tevreden klanten en een slecht draaiende organisatie voor een slecht imago en het verlies van cliënten. Het meeste werk van kwaliteitsexperts is evenwel gefocust op profit organisaties. Ook al moet er opgelet worden met de vertaling van het meer economische denken naar de zorgsector, toch kunnen heel wat concepten en modellen inspirerend zijn voor en vertaald worden naar social profit organisaties. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Zo benadrukt Deming¹ (1986) in zijn kwaliteitsbenadering dat een verbetering van de kwaliteit in een organisatie zorgt voor meer productiviteit. Omdat er efficiënter wordt gewerkt, is herwerken niet nodig en is er minder verspilling. Dit economische denken kan perfect toegepast worden op non-profit organisaties. Zo kan meer productiviteit in de social profit sector worden gezien als efficiëntere en effectievere cliëntcontacten. Verspilling kan hier ook worden bekeken in termen van slecht imago, verlies van cliënten en ook minder efficiënt zoals in termen van werkuren.

3. Kwaliteit in de CGG: het decretale kader

3.1 Het kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997

Het eerste [kwaliteitsdecreet van 25 februari 1997](#) betreffende de integrale kwaliteitszorg schrijft voor dat een erkende voorziening bij het vervullen van haar opdracht verantwoorde hulp- en dienstverlening aan elke gebruiker verstrekt. Hiervoor ontwikkelt de voorziening een kwaliteitsbeleid dat erop gericht is op een systematische wijze de kwaliteit van de aangeboden hulp- en dienstverlening, alsook van haar werking te bepalen, te plannen, te verbeteren, te beheersen en te borgen. Het kwaliteitsbeleid wordt geconcretiseerd in de kwaliteitszorg, gebruik makend van middelen als kwaliteitssysteem en kwaliteitsplanning. Het kwaliteitssysteem zijn de organisatiestructuur, procedures, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, processen en middelen die nodig zijn voor het implementeren van kwaliteitszorg. De kwaliteitsplanning omschrijft het traject dat inzake planning kwaliteitsbepaling, -verbetering, -beheersing en -borging zal worden doorlopen. Het bakent daartoe de aandachtgebieden en doelgroep van mogelijke gebruikers duidelijk af, alsook de middelen die men ervoor aanwendt. Het bevat tevens de kwaliteitseisen om de

¹ Edward Deming (1900-1993) is een van de belangrijkste auteurs op gebied van kwaliteitszorg. Hij werd vooral bekend door zijn werk in de Japanse industrie waar hij slecht management als oorzaak zag van slechte kwaliteit. Naast de beroemde Demingcirkel (de PDCA cyclus) werkte hij ook 14 aandachtspunten uit voor goed management.

gemaakte vorderingen te meten. Elke erkende maakt tevens een kwaliteitshandboek op waarin deze elementen vervat zijn.

De CGG moeten in hun kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan drie kwaliteitsthema's uitwerken, twee verplichte en één vrij te kiezen. In het ministerieel besluit van 3 juni 1999 bepaalde de Vlaamse minister voor welzijn, volksgezondheid en gezin de twee verplichte thema's voor de CGG: onthaal en problematische afsluiting. Aan elk thema werden kwaliteitsindicatoren verbonden. Het onthaal is de bejegening van de cliënt vanaf het eerste contact tot aan de eerste interventie door een zorgverstreker. De hieraan verbonden indicatoren zijn:

1. Satisfactie van de cliënt omtrent de kwaliteit van verschillende deelaspecten van het onthaal.
2. Percentage van telefonische oproepen die binnen de kantooruren persoonlijk worden beantwoord.
3. Tijdsverschil tussen de eerste hulpvraag door de cliënt en de eerste interventie door de hulpverlener.

Een problematische afsluiting is het niet in overleg afbreken van de behandeling door de cliënt. De aanvaarde indicator voor dit thema is:

- Het percentage van de problematische afsluitingen waarbij de procedure aangaande problematische afsluiting gevolgd werd en in het dossier genoteerd staat.

Uit de eerste auditcyclus blijkt dat de CGG deze opgelegde thema's te ver verwijderd ervaren van een meer globale en professionele invulling van het begrip kwaliteit. Er is in de sector een algemene weerstand tegen het meten van gereduceerde aspecten van zorg.

3.2 Het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003

Het tweede [kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003](#) schrijft voor dat elke voorziening aan kwaliteitszorg doet om verantwoorde zorg te realiseren. Verantwoorde zorg is zorg die voldoet aan de vereisten van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Kwaliteitszorg is dat deel van de managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid. Voor het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid zijn een kwaliteitsmanagementsysteem en een zelfevaluatie nodig.

- Een intern 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 dient in overeenstemming te zijn met het algemeen beleid van de voorziening en moet een basis leggen voor formulering van de kwaliteitsdoelstellingen.

- Het kwaliteitsmanagementsysteem

Dit systeem is nodig voor de realisatie van het kwaliteitsbeleid en bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

- Een zelfevaluatie

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 verbeter

De definitie van verantwoorde zorg is tegelijkertijd ambitieus en vaag. De vijf doelen zijn enerzijds ambitieus, omdat ze voorzieningen uitdagen om effectief en efficiënt te zijn en tegelijkertijd zo veel mogelijk aan te sluiten bij de verwachtingen van de gebruiker. Anderzijds zijn deze vijf doelen eerder vaag, aangezien ze nauwelijks ten gronde worden gedefinieerd. Het zijn dus de voorzieningen zelf die de concretisering moeten realiseren. Het kwaliteitsbeleid, het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie krijgen gestalte in het kwaliteitshandboek.

De uitvoering van dit tweede kwaliteitsdecreet werd voor CGG en de psychiatrische ziekenhuizen gespecificeerd in het [Besluit van de Vlaamse Regering van 27 januari 2006](#). Dit besluit concretiseert de inhoud van het kwaliteitsmanagementsysteem en de zelfevaluatie. In het kwaliteitsmanagementsysteem dient een organogram en een lijst van gangbare procedures in de voorziening te worden opgenomen. De zelfevaluatie zal bestaan uit een periodieke evaluatie van de organisatie (voor maximum 5 jaar). Deze zelfevaluatie moet betrekking hebben op de klinische en operationele performantie en een bevraging bevatten van medewerkers en gebruikers. De klinische performantie doelt op de aspecten van zorg, de operationele performantie verwijst naar de algemene organisatie van de voorziening.

Bij deze evaluaties toont de voorziening minimaal aan:

1. Hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de klinische/ operationele performantie;
2. Hoe ze deze gegevens aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
3. Welk stappenplan met tijdsplan ze opstelt om deze doelstellingen te bereiken;
4. Hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
5. Welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

In vergelijking met het eerste kwaliteitsdecreet legt het nieuwe decreet meer nadruk op zelfevaluatie en verschuift de aandacht van de activiteiten naar de kwaliteit van het product (Van Eekert, 2009). In het eerste kwaliteitsdecreet lag de focus op de kwaliteit van de activiteiten (throughput) en de borging ervan via kwaliteitszorg. Deze normering kreeg zijn vertaling in minimale kwaliteitseisen die door de Inspectie gecontroleerd worden. Het laatste decreet legt de focus meer op de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit heeft ook gevolgen voor de rol van de inspectie die zich uit in een verschuiving van toezicht op voorzieningen naar toezicht op de door de voorzieningen aangeboden zorg.

Het is duidelijk dat voor de CGG de reglementering niet in detail is uitgewerkt. Voor de sector is slechts één uitvoeringsbesluit van het tweede kwaliteitsdecreet beschikbaar en er zijn geen sectorspecifieke minimale kwaliteitsvereisten ontwikkeld. In 2006 werd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in samenspraak met afgevaardigden van CGG een aanvulling geformuleerd op dit ministerieel besluit. Deze aanvulling bestaat uit de bepaling van vijf beleidsdoelstellingen voor de CGG met hieraan gekoppeld tien beleidsindicatoren. Deze indicatoren worden besproken in hoofdstuk 2.

4. Een integrale aanpak van kwaliteit

Het streven naar kwaliteitsverbetering van een organisatie heeft de grootste kans op slagen door middel van een integrale aanpak (Cuyvers, 2006). De term integraal doelt hier zowel op het onderwerp, de betrokkenen als het tijdsaspect van de kwaliteitsbenadering. Integrale kwaliteit gaat namelijk over:

- **De volledige organisatie**

Niet enkel de resultaten maar elke dimensie van het organisatieproces bestuderen (de organisatieprocessen, het leiderschap).

- **Alle stakeholders**

Niet enkel de kwaliteitscoördinator maar alle belanghebbenden betrekken (de medewerkers, cliënten en overheid).

- **Langdurige tijd**

Niet een eenmalige handeling maar een permanent streven naar kwaliteitsverbetering.

Een integrale benadering vereist dus een continu proces van kwaliteitsverbetering die betrekking heeft op het functioneren van alle geledingen van de organisatie, waarbij alle partijen worden betrokken. Om tot een integrale aanpak van kwaliteit te komen moet vooreerst de noodzaak tot kwaliteitsontwikkeling duidelijk worden gemaakt en moet de ontwikkeling van kwaliteit worden gezien als een vorm van permanent leren en als een proces.

4.1 Bewust worden van de noodzaak tot kwaliteitsontwikkeling

Wil men een integrale aanpak van kwaliteit introduceren in de organisatie, dan moet men eerst overtuigd geraken van de noodzaak tot kwaliteitsontwikkeling. De medewerkers en leidinggevendenden moeten worden uitgedaagd om de meerwaarde in te zien van kwaliteitsontwikkeling in de organisatie. De overtuiging dient te groeien dat kwaliteitsontwikkeling leidt tot beter individueel handelen van de medewerkers en tot een beter functioneren van de organisatie als geheel.

Deze bewustwording kan intern of extern worden geïnitieerd. Een interne stimulus komt door de leidinggevende of medewerkers uit de organisatie zelf. Het is aan de leidinggevende om deze ideeën te ondersteunen en op te volgen (Cuyvers, 2006). Een externe stimulus komt van buiten de organisatie, bijvoorbeeld via initiatieven van de overheid. De rol van overheid in de gezondheidszorg is toegenomen, zowel bij de samenwerking met professionals als bij de bescherming van cliënten (Øvretveit, 2000). De initiatieven van de overheid blijken vaak een nuttige stimulans in de kwaliteitswerking (Cuyvers, 2006).

In organisaties waar de medewerkers autonome professionals zijn, zoals het geval is in de hulpverlening, zijn medewerkers vaak minder gemotiveerd om zich te engageren voor organisatorische processen. Ze zijn in de eerste plaats gericht op het primaire proces van hulpverlening aan de cliënt en zijn ervan overtuigd dat ze al kwaliteitsvol werk verrichten (Zabada, Asubonteng, & Munchus, 1998). Ze zijn dan ook de mening toegedaan dat de organisatie vooral hen ten dienste moet staan en niet omgekeerd. Ze willen investering in hun eigen ontwikkeling maar zijn minder begaan met de organisatie (Cuyvers, 2006). Dit maakt het moeilijker om kwaliteitsmanagement te integreren. Deze tegenkantingen moeten serieus worden genomen en als een kans worden gezien om de dialoog op gang te brengen en te duiden op de meerwaarde die kwaliteitsontwikkeling voor de medewerkers, organisatie en cliënten oplevert.

4.2 Kwaliteitsontwikkeling als vorm van permanent leren

Naast het bewust worden van het belang van kwaliteit moet ook duidelijk zijn dat werken aan kwaliteit een proces van permanent leren inhoudt. Het succes van integrale kwaliteitszorg hangt dan ook af van de mate waarin de organisatie en de medewerkers bereid zijn te leren (Cuyvers, 2006). Leren zorgt voor individuele groei en motivatie bij de medewerkers. Wil een organisatie echter blijven meedraaien, innoveren en verbeteren dan is het niet voldoende dat de individuen leren. Ook de organisatie moet leren (Davies & Nutley, 2000). Wil een organisatie leren en streven naar excellentie, dan moeten de individuen in de organisatie constant streven naar het verbeteren van hun persoonlijke competenties. Dit doen ze door op individuele basis en in team te leren (Senge, 1994). De organisatie kan dit leren promoten door een leercultuur te creëren die de medewerkers tot leren aanzet. Voor de autonome professional is het dus niet voldoende dat hij individueel leert. Net weerstand en afweermechanismen van de professional belemmeren het ontstaan van de lerende organisatie (Senge, 1990). Hij moet ook willen bijdragen tot het leren van zijn

collega's en de organisatie. Dit doen ze onder meer door zich bloot te geven, open te staan voor feedback en zelf ook feedback te geven.

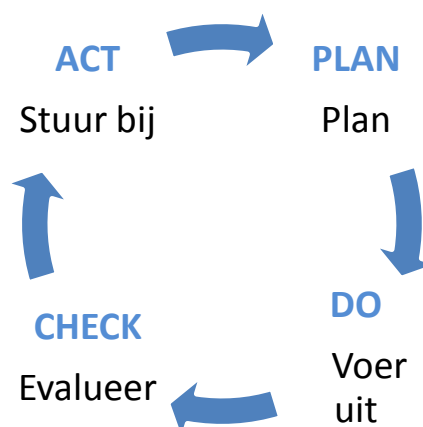
4.3 Procesdenken: PDCA

Naast deze algemene benadering van kwaliteit willen we ook nog benadrukken dat kwaliteit, zoals het citaat van Aristoteles al aantoonde, geen eenmalige handeling is maar een permanent proces. Bij het nagaan van kwaliteit worden problemen of kansen op verbetering ontdekt. Dit ontdekken is geen doel op zich maar trekt een probleem oplossende cyclus in gang. De meest gekende probleemoplossende cyclus is de PDCA cyclus: Plan, Do, Check, Act (zie figuur 1) (Dale, 2003). Deze cyclus structureert kwaliteitsverbeteringen (Senge, 1994).

De eerste stap is het plannen (Plan). Deze stap bestaat meestal uit een opeenvolging van vier stadia (Dale, 2003):

1. Definieer het probleem of de kans op verbetering en specificeer de doelen.
2. Identificeer de waarschijnlijke oorzaak van het probleem.
3. Lokaliseer de oorsprong van het probleem.
4. Bereid oplossingen voor en ontwikkel een actieplan.

Een tweede stap in deze cyclus is het op touw zetten van acties (Do) die in een later stadium worden geëvalueerd (Check). Het essentiële van de PDCA cyclus is dat na deze evaluatie er bijsturing (Act) plaatsvindt die resulteert in het opstellen van nieuwe plannen. Het beëindigen van de cyclus vormt dus de impuls om de cyclus opnieuw te doorlopen. Resultaten inspireren tot nieuwe acties, die dan opnieuw geëvalueerd worden en de bron vormen voor verdere acties. Zo blijft de organisatie leren en zichzelf verbeteren (Senge, 1994).



Figuur 1: De PDCA cyclus

4.4 Zelfevaluatie

Vooraleer de PDCA cyclus in gang kan worden getrokken, is het nodig om een stand van zaken op te maken over het functioneren van de organisatie. Dit gebeurt door middel van een zelfevaluatie. Deze zelfevaluatie levert de input voor het opstellen van de plannen van de PDCA cyclus.

Zelfevaluatie is het regelmatig en systematisch doorlichten van de activiteiten en de resultaten van een organisatie teneinde de sterke kanten en de domeinen vatbaar voor verbetering te definiëren om zodoende een actieplan op te stellen (Voca, 2008).

Om te onderscheiden hoe een organisatie kan worden verbeterd, moet men eerst een goed beeld krijgen van de organisatie: Wat zijn de organisatieprocessen? Hoe worden deze ingevuld? En waarom worden deze zo vervuld? Is dit de meest effectieve en efficiënte manier van werken? Wat kan beter?

Zelfevaluatie is geen momentactie maar kadert in een continu groeiproces. Een zelfevaluatie doen schept slechts een kader om de belangrijkste thema's rond kwaliteitsvol werken te duiden en de meningen hieromtrent boven water te krijgen. Een zelfevaluatie biedt mensen namelijk de kans om zich te uiten over de gang van zaken in hun organisatie en om klachten en wensen met elkaar te delen. Door samen stil te staan bij de werking van de organisatie en een zelfevaluatie op touw te zetten en uit te voeren, worden de gedeelde belangen op de voorgrond gebracht en de neuzen in dezelfde richting gezet. De dialoog die door deze zelfevaluatie tot stand komt, geeft aanleiding tot het opstellen van enkele plannen tot verbetering, de eerste stap van de PDCA cyclus (zie p 17).

Het doel van zelfevaluatie is kwaliteitsverbetering: de organisatie leert zijn minpunten kennen om dan gericht op zoek te gaan naar mogelijkheden om deze te verbeteren. Ook de sterke kanten worden in de verf gezet om dan te kijken hoe deze nog meer kunnen worden uitgespeeld. Meestal gebeurt deze zelfevaluatie op initiatief van de organisatie zelf. Deze zelfevaluatie kan echter ook gestimuleerd worden door de overheid. Voor de CGG is deze zelfevaluatie wettelijk verplicht in het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 en het uitvoeringsbesluit van 27 januari 2006 (zie p 12).

De kwaliteit van de zelfevaluatie hangt samen met de volgende factoren (Cuyvers, 2006; Voca, 2008):

- **Een open organisatiecultuur:** een openheid in communicatie, onderling vertrouwen en collegiale steun.
- **Een participatieve leiderschapsstijl** de leiding moet ervoor zorgen dat de zelfevaluatie gedragen wordt door de hele organisatie.

- **Actieve betrokkenheid** van de medewerkers bij het beleid.
- **Teamgericht werken:** stabiliteit in het team en samenwerking.
- **Beschikbaarheid van middelen**
- Een **sterke overtuiging van de zinvolheid** en de noodzaak van zelfevaluatie bij een zo groot mogelijk deel van leiding en medewerkers.
- Bereidheid om het **eigen functioneren kritisch te bekijken**.
- **Veranderingsbereidheid** op alle niveaus van de organisatie.
- **Voldoende vaardigheden** om problemen op te lossen.

5. Het EFQM model: een kader voor het werken aan kwaliteit

Een kwaliteitsbeleid kan in specifieke of in ruime zin worden benaderd.

- Kwaliteitsbeleid in specifieke zin

Hier gaat men in op de processen en de uitkomsten van het primaire proces van hulpverlening. In eerste instantie wordt nagegaan hoe de organisatieprocessen verlopen en hoe ze de uitkomsten beïnvloeden. Een aantal van deze primaire processen worden momenteel in kaart gebracht via de gegevens afkomstig uit het Elektronisch Cliëntendossier en via de huidige beleidsindicatoren. Dit registratiesysteem biedt hier naar de toekomst toe nog extra mogelijkheden. In tweede instantie worden bij het kwaliteitsbeleid in specifieke zin de uitkomsten van de geleverde zorg gemeten en dit via effect- indicatoren. Deze uitkomstmaten vormen momenteel het onderwerp van een onderzoek door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid.

- Kwaliteitsbeleid in ruime zin

Hier wordt gekeken naar de structuurkenmerken die aan de basis liggen van de processen en uitkomsten van de organisatie. Leiderschap, personeelsbeleid, de visie van de organisatie en middelen en partnerschappen zijn de voedingsbodem voor wat er in de organisatie groeit. In deze ruime benadering van kwaliteit past ook de omgevingsanalyse waar de vraag van de doelgroepen en het reeds aanwezige aanbod uit de omgeving naast elkaar wordt gelegd. Deze benadering in ruimere zin biedt de mogelijkheid om de medewerkers te betrekken in de evaluatie van de organisatie.

In dit project ligt de nadruk op kwaliteit in de meest ruime zin van het woord. Maar om al deze organisatieaspecten in rekening te brengen, moeten ze eerst gedefinieerd worden. Voor een dergelijk integrale aanpak is een kader nodig om naar een organisatie te kijken. Het EFQM model is internationaal gezien één van de toonaangevende kaders om het integraal kwaliteitsmanagement te beschrijven. We kiezen voor dit EFQM model omdat het een algemeen en tegelijk beknopt en verstaanbaar beeld schept van de organisatie (Nabitz, Klazinga, & Walburg, 2000).

Het is tevens een wijdverspreid model waar vele andere modellen op zijn gebaseerd. Uit het eerste auditrapport van de Inspectie WVG blijkt ook dat de domeinen van EFQM in de CGG worden gebruikt zowel voor het kwaliteitshandboek als voor de analyse van de organisatie.

De Commissie Kwaliteit van de CGG stelde in 2006 een operationalisering van het kwaliteitsdecreet in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg voor (zie p 12). Hiervoor baseren ze zich ook op het EFQM model. Aangezien de sector ervaring heeft met dit EFQM model was de stuurgroep dan ook vragende partij om met dit model verder te werken. In wat volgt worden de uitgangspunten van het model kort voorgesteld.

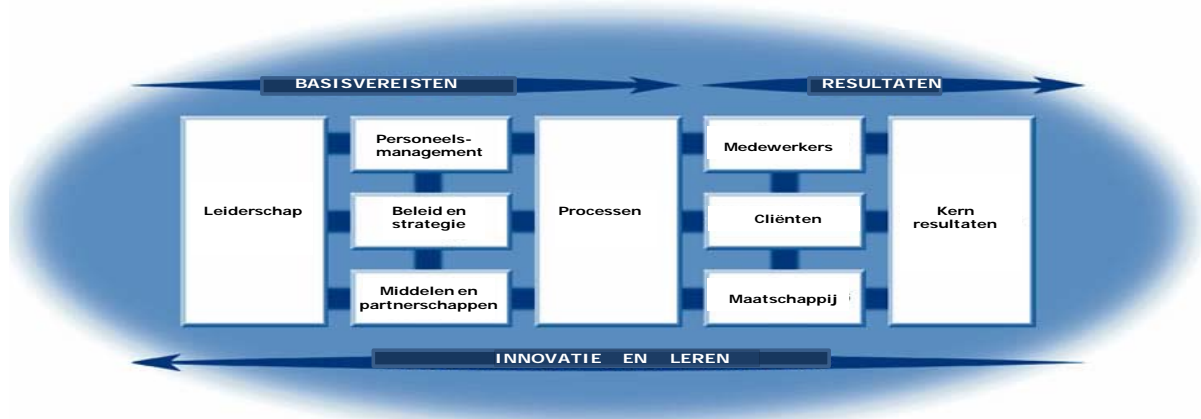
EFQM is The European Foundation for Quality Management, een organisatie opgericht in 1988 door 14 Europese landen². Ze ontwikkelden een model om kwaliteitsmanagement te structureren en te beoordelen om zo organisaties te steunen in hun streven naar uitmuntendheid. In 1999 werd het model grondig herzien en veranderde de naam van het model naar EFQM Excellence model.

Het EFQM model is in Europa het meest verbreide model in kwaliteitszorg en managementkringen. Achter de filosofie van het model liggen volgende uitgangspunten (gebaseerd op Voca, 2008):

- Excellente ondernemingen kennen en begrijpen hun klanten en zien hen als de finale beoordelaars van hun kwaliteit.
- Het meten en kennen van resultaten is nodig om van kwaliteit te kunnen spreken.
- Excellente ondernemingen hebben leiders met een visie die anderen inspireert.
- Goed management is gebaseerd op vastliggende processen en waargenomen feiten.
- Medewerkers moeten ontwikkeld en betrokken worden.
- Excellente ondernemingen leren, innoveren en verbeteren continu.
- Krachtige partners en netwerken zijn belangrijk.
- Ondernemingen hebben een maatschappelijke verantwoordelijkheid ten opzichte van andere organisaties en de overheid.

Inhoudelijk biedt het EFQM model een kader voor zelfevaluatie door de organisatie op te delen in 9 deeldomeinen (zie figuur 2). De eerste vijf deeldomeinen zijn de basisvereisten, de hefboomen voor het bereiken van de vier resultaatsdomeinen van de organisatie.

² Voor meer informatie omtrent EFQM zie www.efqm.org



Figuur 2: Het EFQM model.

De basisvereisten:

1. *Leiderschap*: de inspirerende en trekkende rol van de leidinggevende in de organisatie.
2. *Personeelsmanagement*: de selectie en vorming van het personeel en de manier waarop autonomie, betrokkenheid en inspraak van de medewerkers wordt gegarandeerd.
3. *Beleid en strategie*: de visie, strategie en concretere actieplannen en doelstellingen van de organisatie.
4. *Middelen en partnerschappen*: het omgaan met en beheren van middelen evenals het beleid rond de relaties met partnerorganisaties.
5. *Processen*: de aaneensluitingen van handelingen die plaatsvinden om een bepaald resultaat tot stand te brengen.

De resultaten

1. *Medewerkers*: tevredenheid, absentieïsme, te laat komen, etc.
2. *Cliënten*: tevredenheid met de dienstverlening, inspraak, respect, informatieverstrekking, etc.
3. *Maatschappij*: imago van de organisatie, invloed op de omgeving, bijdrage aan de maatschappij (bieden van werkgelegenheid, stageplaatsen).
4. *Kern resultaten*: vaak in termen van winst/verlies, kosten of opbrengsten; bed bezetting, aantal cliënten, wachtlijsten, etc.

De weergegeven pijlen in de figuur geven de dynamiek van het model weer. De richting van de bovenste twee pijlen (basisvereisten en resultaten) toont de volgorde van de domeinen aan. Excellente resultaten voor medewerkers, cliënten en maatschappij komen tot stand als de basisvereisten goed zijn ingevuld. De pijl in de omgekeerde richting van het model (innovatie en leren) toont aan dat het

terugkoppelen van de resultaten naar de basisvereisten zorgt dat de organisatie leert en innoveert.

EFQM wil organisaties stimuleren in hun kwaliteitsdenken. Dit doen ze door een EFQM kwaliteitslabel toe te kennen aan kwaliteitsvol werkende organisaties en door jaarlijks uitzonderlijke prestaties te belonen met een EFQM Excellence Award. Om hiervoor in aanmerking te komen maken organisaties vooreerst een zelfevaluatie-rapport. Vervolgens wordt de kwaliteit van de organisatie beoordeeld via dit zelfevaluatie-rapport door gebruik te maken van de RADAR methodiek. Omdat deze RADAR methodiek vrij complex is voor mensen die weinig vertrouwd zijn met EFQM werd in vele sectoren zoals overheid, onderwijs en gezondheidszorg gekozen voor een eigen uitwerking van het EFQM model, zoals het CAF model, TRIS en PROZA. Dit kan door middel van een uitgebreide vragenlijst of een kortere Quickscan.

Naast een model en een kwaliteitslabel is EFQM een forum waar organisaties en experts elkaar ontmoeten in hun streven naar uitmuntendheid. Doordat organisaties gebruik maken van hetzelfde evaluatiekader is benchmarking mogelijk en wordt de uitwisseling van informatie vereenvoudigd. EFQM promoot hogere management standaarden, samen leren, ervaringen uitwisselen en kennis delen tussen onderlinge organisaties in (maar ook buiten) Europa. Dit doen ze door het op touw zetten van diverse leermogelijkheden en het aanbieden van cases en kaders over organisatieveranderingen.

EFQM is ontworpen voor en door enkele reuzen in de profit sector. Toch wordt het model ook in de gezondheidssector vaak toegepast. Redenen hiervoor zijn de validiteit, eenvoud en toegankelijk van het model (Klazinga, 2000).

Maar de algemeenheid van het model is tegelijk ook zijn zwakke plek. Een algemeen model heeft een grote vergelijkbaarheid en biedt kansen tot benchmarking maar het geeft weinig invulling aan specifieke organisatiekenmerken (Vallejo, Saura, Sunol, Kazandijan, Ureña, & Mauri, 2006). Voor gebruik in de gezondheidssector is het EFQM niet specifiek genoeg. Ten eerste is het model inhoudelijk niet specifiek genoeg. Zo is er geen ruimte om al de thema's te beslaan die belangrijk zijn in de gezondheidssector (Nabitz, Klazinga, & Walburg, 2000; Moeller, 2001). Ten tweede is de gebruikte terminologie toegepast op de profit sector (Moeller, 2001). Zodoende zijn de gebruikte bewoordingen voor gezondheidswerkers vaak complex, onduidelijk en afstandelijk (Vallejo et al, 2006).

De EFQM benadering is zeker nuttig voor het starten van kwaliteitsmanagement en de vergelijking met andere organisaties in de gezondheidszorg. Maar de algemeenheid van het model zorgt ervoor dat de implementatie van het zelfevaluatie-instrument van EFQM in de gezondheidszorg vaak slechts beperkte resultaten heeft (Minkman, Ahaus, & Huijsman, 2007).

De laatste jaren zijn er reeds enkele pogingen gedaan om EFQM toegankelijker te maken voor de gezondheidssector. Er werd rekening gehouden met de sector bij recente aanpassingen van het model en er werden specifieke richtlijnen geformuleerd (Vallejo et al, 2006).

6. De operationalisering van het kwaliteitsdecreet in de CGG

De CGG hebben een gezamenlijke visie over de uitvoering van het kwaliteitsdecreet ontwikkeld. Ze opteren voor integrale kwaliteitszorg. In de integrale kwaliteitszorg maakt men onderscheid tussen structuren, processen en het resultaat . De structuur biedt de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om de processen op gang te trekken om een effectieve organisatie en communicatie mogelijk te maken. Processen kunnen beschouwd worden als de activiteiten binnen de groep van zorgverleners en medewerkers en activiteiten tussen deze groep (zorgverleners en medewerkers) en de cliënten. Het resultaat is de output van de processen. De CGG kiezen voor het EFQM-model . De CGG zijn van mening dat het aan de voorzieningen zelf is om uit te maken op welke wijze zij de kwaliteitszorg organisatorisch vorm geven.

Daarnaast heeft de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg het kwaliteitsdecreet verder geoperationaliseerd. In dit document verduidelijkt de FDGG wat van de CGG wordt verwacht op het gebied van kwaliteit. Zowel de wettelijke verwachtingen zoals bepaald in het kwaliteitsdecreet van 2003 alsook de verwachtingen van de Inspectie WVG voor de CGG audit komen aan bod. Als structuur van deze operationalisering werd het EFQM model gebruikt. Per EFQM domein worden volgende punten beschreven:

- Beschrijving EFQM domein
- Wettelijke bepalingen met betrekking tot dit domein
- Verwachtingen van de Inspectie WVG voor dit domein
- Centrale en strategische doelstellingen
- Elementen die moeten worden opgenomen in het beleidsplan en het kwaliteitshandboek

Hoofdstuk 2

De audit van een organisatie

Wil een organisatie streven naar een permanente kwaliteitsverbetering, dan is het nodig om een beeld te vormen van de organisatie om zo een zicht te krijgen op wat de sterktes zijn en waar kansen liggen tot verbetering. Om dit beeld van de organisatie te kunnen vormen is feitenmateriaal nodig. Een audit is een manier om tot dit feitenmateriaal te komen.

Er zijn verschillende soorten audits, afhankelijk van wie de audit uitvoert, wat het onderwerp van de audit is en welke audit-methode wordt gehanteerd. Als de organisatie zelf de audit uitvoert, spreekt men van een interne audit of een zelfevaluatie. Gebeurt de audit door externe experts of controleurs, dan spreekt men van een externe audit. Deze externe audits hebben vaak een hoog kostenplaatje, mede doordat de auditeurs tijd nodig hebben om de organisatie en de organisatiecultuur te leren kennen. Het onderwerp van de audit bepaalt vaak de verschillende benaming. Mogelijke onderwerpen van een audit kunnen zijn: financieel, operationeel, technisch, sociaal, verzekeringen, milieu en kwaliteit. De audit kan zich specifiek focussen op een van deze onderwerpen of kan een globale aanpak hanteren. De audit kan ook kwalitatief en/of kwantitatieve van aard zijn. Een kwalitatieve bevraging kan bestaan uit het inkijken van documenten en het praten met medewerkers. Voor een kwantitatieve meting bestaan zelfevaluatie-instrumenten en indicatoren. De kwantitatieve metingen zijn geschikt om een organisatie op te volgen doorheen de tijd en zo veranderingen in kaart te brengen. Ze lenen zich ook goed tot benchmarking met andere organisaties.

In het eerste deel van dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op twee kwantitatieve instrumenten die kunnen worden gebruikt bij de audit van een organisatie: zelfevaluatie-instrumenten en indicatoren. Beide kunnen worden toegepast door zowel interne als externe auditeurs. In het tweede deel van dit hoofdstuk ligt de focus op de audit bij CGG. Er wordt een kort overzicht gegeven van de huidige beleidsindicatoren gevolgd door een uiteenzetting van de externe audit die gebeurt door het Agentschap Inspectie WVG.

1. Audit-instrumenten

Een audit-instrument dient om gegevens te verzamelen over de organisatie. In wat volgt stellen we hiervoor twee kwantitatieve methoden voor: een zelfevaluatie-instrument en indicatoren. Beide leveren kwantitatieve informatie op maar verschillen in hoe breed ze de organisatie benaderen. De meest algemene methode is het gebruik maken van een zelfevaluatie-instrument. De organisatie kan kiezen om het instrument volledig, via een quickscan of per afzonderlijk deel toe te passen. Een andere keuze kan zijn om zich te richten op een beperkt aantal indicatoren. Deze indicatoren richten

zich tot enkele concrete aspecten van de organisatie. Beide instrumenten worden hieronder toegelicht.

1.1 Zelfevaluatie-instrumenten

Een eerste methode om een audit te realiseren gebeurt aan de hand van een zelfevaluatie-instrument. Dit laat toe om op een gestandaardiseerde manier alle belangrijke organisatieaspecten in kaart te brengen. Dit instrument is meestal opgesteld door experts en is al dan niet wetenschappelijk gefundeerd. De auditor kan zelf bepalen hoe breed hij deze evaluatie wil doen. Hij kan de keuze maken om het instrument volledig af te nemen. Dit geeft een goed beeld over de hele organisatie maar is heel tijdsintensief. Sommige modellen bieden ook een quickscan aan. Dit is een kortere versie die zich beperkt tot de algemene en oriënterende vragen. Een auditor kan tevens opteren om zich te richten tot een of meerdere organisatieaspecten door een deel van het zelfevaluatie-instrument af te nemen. Zelfevaluatie-instrumenten kunnen het onderwerp zijn van zowel interne als externe audits.

In dit deel wordt een kort overzicht gegeven van enkele modellen voor zelfevaluatie en de daarbij horende zelfevaluatie-instrumenten. Enkel die instrumenten die kwaliteit van de totale organisatie nagaan worden besproken. De hierop volgende uitleg is gebaseerd op de desbetreffende websites van de modellen en op een handleiding omtrent het gebruik van zelfevaluatie-instrumenten voor de gezondheids- en welzijnssector van Voca (2008).

1.1.1 EFQM model

Naast een model omvat EFQM ook een zelfevaluatie-instrument. Wil een organisatie hiermee aan de slag gaan, dan kan er worden gekozen voor een uitgebreid instrument of een vereenvoudigde Quickscan die zich beperkt tot de algemene en oriënterende vragen. Voor de evaluatie zelf is er keuze tussen een globale zelfevaluatie, een thematische zelfevaluatie waarbij gefocust wordt op een bepaald EFQM domein of een focus op één bepaald thema van een domein.

Nadelen zijn echter de veeleisendheid van het instrument, de hoge normen die werden bepaald en het feit dat organisaties reeds goed thuis moeten zijn in de kwaliteitskunde wil men ermee aan de slag kunnen gaan.

1.1.2 PROZA

PROZA staat voor PRojectgroep Ontwikkeling Zelfanalyse-instrument (www.prose.be). Het PROZA-instrument is een zelfevaluatie-instrument gebaseerd op het EFQM model en vooral gericht op non-profit organisaties. Het PROZA instrument is ontstaan binnen het hoger onderwijs in Vlaanderen. In 2000 werd de oorspronkelijke PROZA-groep omgevormd tot de cvba PROSE.

PROZA bestaat in verscheidene uitvoeringen, ontworpen voor verschillende doelgroepen en in overleg met sectorale projectgroepen. Momenteel bestaat er een PROZA O&V (voor de sectoren onderwijs en vorming) en een PROZA G&W (gezondheid en welzijn). Binnen elk werkterrein worden ook nog eens verschillende specifieke sectorversies ontwikkeld. Zo is de versie Proza G&W vertaald in een versie PROZA-ZW (Zorg en welzijn) en ontwikkeld voor verschillende subsectoren: algemeen welzijnswerk, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor personen met een handicap, jeugdzorg en revalidatie. Daarnaast is er Proza-BJB (Bijzondere Jeugdbijstand).

Evenals EFQM bestaat PROZA zowel uit een uitgebreide vragenlijst als een Quickscan. Als organisatie betaalt men een eenmalige licentiekost voor het gebruik. Organisaties die bewijs leveren van goede kwaliteit kunnen ook een PROSE kwaliteitslabel ontvangen.

1.1.3 CAF

Het Common Assessment Framework (www.publicquality.be) is een gemeenschappelijk evaluatiekader voor overheidsdiensten en is een combinatie van het EFQM Excellence model en het Duitse Speyermodeel (Staes & Thijs, 2005). Doordat het CAF inspeelt op de unieke kenmerken van de publieke sector beklemtoont het (Engel, 2002):

- het managen van verandering,
- de relatie met de burger (in plaats van met de cliënt),
- eerlijkheid en gelijke kansen,
- de bijdrage van de organisatie aan de omgeving.

Het CAF wordt gepromoot als een licht model dat vooral geschikt is om een eerste blik te werpen op het functioneren van publieke organisaties. Het delen van good practices en benchmark mogelijkheden tussen organisaties wordt gestimuleerd door het CAF centrum van het European Institute for Public Administration (EIPA) te Maastricht (Staes & Thijs, 2005). Dit model is gratis beschikbaar.

1.1.4 INK model

Het Instituut Nederlandse Kwaliteitsmanagementmodel (www.ink.nl) is een Nederlandstalige variant van het EFQM model met eigen accenten en aanvullingen. Een eerste verschil met het EFQM model is de uitgebreidere methodiek voor de toepassing van het model. Een tweede verschil is dat het denken en handelen over het model wordt uitgedrukt in vijf ontwikkelingsfasen. Deze fasen geven de steeds complexere vorm van bedrijfsvoering aan afhankelijk van waar de organisatie zich op richt: activiteiten, proces, systeem, keten of transformatie (Cuyvers, 2006).

De filosofie van het model is gebaseerd op vijf principes: inspirerend leiderschap, resultaatsgerichtheid, samenwerking, bouwen op vertrouwen en continu verbeteren. Op het INK congres wordt jaarlijks de kennis van de inhoud en het toepassen van het model samengebracht en verder ontwikkeld. Naast het gebruik van het model voor

zelfevaluatie kan een organisatie ook beroep doen op onafhankelijke praktijkmensen voor de uitvoering van een INK audit. De resultaten van deze audit kunnen leiden tot een INK erkenning.

Het INK model is beschikbaar in twee versies: een versie 'Ondernemingen' voor profit organisaties en een versie 'Publieke sector, Onderwijs en Zorginstellingen' voor non-profit organisaties (Dorr & Zuidema, 2002).

1.1.5 Kwadrant

Kwadrant (www.cvz.kuleuven.be) is een managementmodel gebaseerd op EFQM, INK en het Malcolm Baldrige Model. Het model is ontworpen voor zorgorganisaties (ziekenhuizen en woon- en zorgcentra) en benadrukt processen en klantgerichtheid (Cuyvers, 2006). Afhankelijk van de benodigde diepgang van de analyse, kan een organisatie kiezen voor het gebruik van Kwadrant Kompas, Kwadrant Kompas + of het Zelfevaluatierapport. Het Kwadrant Netwerk zorgt voor de verdere ontwikkeling van het model en het uitwisselen van informatie onder gebruikers. De doelstellingen worden verwezenlijkt door middel van opleiding, onderzoek en ontwikkeling, informatie en begeleiding.

1.1.6 Balanced Scorecard

De Balanced Scorecard (www.balancedscorecard.org) werd in 1996 ontwikkeld door Kalpan en Norton en is een hulpmiddel voor het denken over het strategisch management van een organisatie. In een eerste fase wordt, door het stellen van weergegeven vragen, een visie ontwikkeld op vier perspectieven: financieel perspectief, klantenperspectief, interne processen perspectief en leer- en groeiperspectief. Deze deelaspecten worden vervolgens uitgewerkt en meetbaar gemaakt door middel van doelstellingen, succesbepalende factoren en prestatie-indicatoren. Belangrijk is de dialoog over de organisatiestrategie die op gang komt. Veel organisaties blijken echter onvoldoende aan deze dialoog toe te komen (Ahaus & Diepman, 2005).

1.2 Kwaliteitsstandaarden

Een tweede audit-instrument vormen kwaliteitsstandaarden. De kwaliteitsstandaarden geven aan welk niveau de voorzieningen dienen te bereiken. Deze kwaliteitsstandaarden kunnen enkel de minimale vereisten definiëren, maar het is evenzeer mogelijk dat zij ook de vereisten formuleren waaraan voldaan moet worden om excellent te zijn. In kwaliteitsstandaarden kunnen dus gradaties ingebouwd worden. De bekendste kwaliteitsstandaard is de ISO 9000-serie. Dit zijn [standaarden](#) van het [ISO](#) instituut die vastleggen hoe een organisatie zijn [kwaliteit](#) kan waarborgen. Wanneer een organisatie volgens de ISO 9000-normen werkt, kan zij een [certificaat](#) aanvragen dat dit bewijst. ISO 9001:2008 is de vierde editie van de norm, die voor het eerst in 1987 is gepubliceerd en nu wereldwijd dé norm voor kwaliteitsmanagementsystemen is. Wereldwijd zijn er inmiddels bijna 1 miljoen

organisaties in het bezit van een ISO 9001-certificaat. In deze nieuwe editie zijn de normeisen verduidelijkt en is een betere afstemming bereikt met de norm voor milieumanagementsystemen (ISO 14001). Er zijn verder geen grote verschillen met de versie uit 2000.

1.3 Indicatoren

Een derde methode om de kwaliteit van een organisatie na te gaan is door middel van indicatoren. Deze indicatoren geven geen algemeen beeld van de organisatie maar focussen op een specifiek onderdeel ervan. We kunnen indicatoren als volgt definiëren:

Indicatoren zijn samenvattende maten die een **aanwijzing geven** over de juiste werking of toestand van een systeem (Pencheon, 2008). Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en helpt om een organisatie te begrijpen, te vergelijken en te verbeteren (Beersen, Kallewaard, van Croonenborg, van Everdingen, & van Barneveld, 2007).

Dit deel bestaat uit een toelichting bij de mogelijkheden en beperkingen van indicatoren. Het theoretisch gedeelte van dit hoofdstuk is gebaseerd op de Handleiding Indicatorontwikkeling (Beersen, Kallewaard, van Croonenborg, van Everdingen, & van Barneveld, 2007) en The Good Indicators Guide (Pencheon, 2008).

1.3.1 Drie types van indicatoren

Drie types van indicatoren kunnen onderscheiden worden.

Structuurindicatoren geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Bv. het aantal full time medewerkers ten opzichte van het aantal cliënten.

Procesindicatoren geven informatie over de handelingen die binnen het primaire zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Kenmerkend voor procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan. Bv. het aantal gesprekken per cliënt.

Uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op het niveau van medewerkers, cliënten en de samenleving. Uitkomstindicatoren zijn van vele factoren afhankelijk en daardoor vaak moeilijk te herleiden tot directe cliëntenzorg. Op niveau van de cliënt werden deze uitkomstindicatoren door Walburg (2003) verder onderverdeeld in een uitkomstenkwadrant (zie figuur 3):

- Klinische uitkomsten geven de waarneembare veranderingen in de symptomen van de cliënt weer.

- Functionele uitkomsten is het fysiek, psychisch en maatschappelijk functioneren van de cliënt in zijn dagelijks leven.
- Cliëntwaardering is het resultaat van een proces van overweging tussen de verwachting die iemand heeft en de feitelijke zorgverlening.
- Kosten zorgproces zijn de kosten verbonden aan het zorgproces op micro-, meso- en macroniveau.

Klinische uitkomsten	Functionele uitkomsten
Cliëntwaardering	Kosten zorgproces

Figuur 3: Uitkomstenkwadrant van Walburg (2003)

Recentelijk gaan er meer en meer geluiden op om ook effectmetingen te integreren in registratiesystemen (Barkham e.a., 2003; Veerman & Van Yperen). Er wordt vaak naar het door Veerman en Van Yperen ontwikkelde model gekeken die zich op hun beurt hebben laten inspireren door ontwikkelingen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Groot-Brittannië³. Barkham benoemt dit type van bewijsvoering 'practice-based evidence'. Op het einde van de hulpverlening tracht de hulpverlener zicht te krijgen op vier resultaten: (1) uitval, (2) probleemvermindering, (3) realisatie van hulpverleningsdoelen en (4) cliënttevredenheid of ervaren baat. Het doel is niet om de hulpverlening beter te kunnen opvolgen, controleren of beheersen, maar vooral het verbeteren van de kwaliteit staat centraal. In Vlaanderen zijn er zulke experimenten in de CGG in het kader van het project 'Uitkomstenmanagement' van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. Uit de recente haalbaarheidsstudie naar het intersectoraal meten van de effectiviteit en efficiëntie van de jeugdhulp bleek er toch nog heel wat weerstand te bestaan tegen het meten van effecten (Vindevogel, Vanderplasschen, Broekaert, 2008). Zulke effectmetingen zijn één voorbeeld van vergaren van informatie binnen de hulpverleningsrelatie waarop uitkomstindicatoren kunnen gebaseerd worden.

1.3.2 Mogelijkheden en beperkingen van indicatoren

Uit onderzoek blijkt dat er vooral indicatoren ontworpen worden op het gebied van processen en uitkomsten. Structuurindicatoren worden vaak over het hoofd gezien (Meyer & Massagli, 2001). Indicatoren geven informatie over de werking van een organisatie. De resultaten hiervan kunnen zowel voor intern als extern gebruik nuttig zijn. Tabel 1 vat deze bruikbaarheid samen.

³ CORE staat voor 'Client outcomes in routine evaluation', Via dit systeem brengen hulpverleners door middel van vragenlijsten de resultaten van de hulpverlening in kaart. Voor meer info: <http://www.coreims.co.uk>

Intern gebruik	
Managers	Sturingsinformatie Vb. Resultaten over medewerkertevredenheid
Professionals	Spiegelinformatie Vb. Resultaten over uitkomsten zorgprocessen
Extern gebruik	
Overheid	Informatie over toegankelijkheid en realisatie beleid
Cliënten	Informatie over kwaliteit en beschikbaarheid
Wetenschap	Inzicht in processen en resultaten

Tabel 1: Interne en externe gebruiksmogelijkheden van indicatoren

Toch staan hulpverleners en voorzieningen vaak argwanend tegenover meten in het algemeen en het werken met indicatoren in het bijzonder. Ze zijn ten eerste van mening dat indicatoren nooit het volledige zorgproces in beeld kunnen brengen. Bovendien zijn moeilijk meetbare aspecten van hulpverlening zoals de kwaliteit van de relatie net doorslaggevend voor de resultaten van het zorgproces. Ten derde moeten vaak hulpverleners de cijfermatige informatie aanleveren. Ze zijn van mening dat al die registratieverplichtingen ervoor zorgen dat er minder tijd kan vrijgemaakt worden voor de cliënt. Ten vierde kunnen indicatoren leiden tot onbedoelde gevolgen. Meer specifiek kunnen hulpverleners zich net zo gaan gedragen dat ze een goede score behalen op de indicator. Een typisch voorbeeld is het afkomen van cliëntengroepen, wanneer hulpverleners behaalde cijfermatige resultaten moeten bereiken (bv. aantal cliënten op jaarbasis). Afkomen betekent dan dat hulpverleners die cliënten gaan selecteren die minder tijd nodig hebben om zo de resultaten te kunnen behalen.

Mits juist gebruik bieden ze nochtans inzicht in hoe een organisatie werkt en wat er kan worden verbeterd. Dit 'juist gebruik' is echter cruciaal want zowel bij het ontwikkelen van indicatoren als bij het aan de slag gaan ermee is enige behoedzaamheid geboden. Vooreerst is het bij de ontwikkeling van indicatoren essentieel om stil te staan bij de essentiële kwaliteitscriteria.

Een goede indicator is (Bral, 2009):

- **Relevant:** aansluitend bij organisatiedoelstellingen
- **Valide:** meten wat we zeggen te meten
- **Betrouwbaar:** consistente en repliceerbare resultaten
- **Meetbaar:** beschikbaarheid data, statistisch deficit, privacywetgeving
- **Inzichtelijk:** geen complexe indices die veel inspanningen vragen om te begrijpen
- **Selectief:** overvloed aan monitoren en neiging indicatorensets te overladen

- **Gedragen door betrokkenen:** consensus en soms ook compromissen
- **Vergelijkbaar op diverse aspecten:** tijd, ruimte, plaats, persoonskenmerken

Vervolgens mag men ook bij het aan de slag gaan met (resultaten van) indicatoren, twee aandachtspunten niet over het hoofd zien. Ten eerste mag men niet uit het oog verliezen dat indicatoren een samenvatting zijn en dus slechts een indicatie geven van het achterliggend fenomeen. Ten tweede zijn metingen met indicatoren slechts een momentopname. Dit heeft als voordeel dat ze toelaten om veranderingen in kaart te brengen. Een indicator is bijgevolg enkel nuttig wanneer hij in zijn context wordt geplaatst zodat hij correct kan worden geïnterpreteerd. Men moet zich dus niet blind staren op de cijfers zelf maar deze als vertrekbasis zien voor de gesprekken en acties die hieruit voortkomen en leiden tot verbetering.

Ook kwaliteitsstandaarden kunnen geoperationaliseerd worden in indicatoren. Deze indicatoren laten dan toe om de meetbare aspecten van de kwaliteitsstandaarden op te volgen. In dat opzicht kunnen indicatoren dus gebruikt worden om de realisatie van de kwaliteitsstandaarden te meten. Tegelijkertijd stelt zich ook hier de vraag of elke kwaliteitsstandaard geoperationaliseerd kan worden in gekwantificeerde indicatoren. Er moet derhalve voor gewaakt worden dat ook de minder makkelijk meetbare aspecten van hulpverlening een plaats krijgen binnen de kwaliteitsstandaarden.

2. De audit-instrumenten binnen de sector van de CGG

In dit deel van het hoofdstuk wordt van start gegaan met een korte uiteenzetting over de huidige beleidsindicatoren van de CGG en de velden die niet door deze indicatoren worden gevat. Deze indicatoren vormen één instrument om de prestaties van de CGG op te volgen. Vervolgens wordt er toegespitst op de externe audit van de CGG die wordt uitgevoerd door het Agentschap Inspectie WVG. Meer bepaald staan we stil bij de eerste en tweede auditcyclus.

2.1 De indicatoren van de CGG

2.1.1 De huidige beleidsindicatoren van de CGG

In 2006 werden door het Agentschap Zorg en Gezondheid, in samenspraak met afgevaardigden van de CGG, vijf beleidsdoelstellingen voor de CGG geformuleerd. De realisatie van die vijf doelstellingen wordt gemeten aan de hand van tien beleidsindicatoren (zie kader). Elke maand worden de gegevens uit het EPD (Elektronisch CliëntenDossier) geëxporteerd en naar de overheid gestuurd. Op basis van deze gegevens berekent het Agentschap Zorg en Gezondheid jaarlijks de beleidsindicatoren en speelt deze resultaten terug naar de sector. Op die manier kunnen de gegevens doorheen de tijd en tussen voorzieningen worden vergeleken. De berekeningswijze van enkele indicatoren stond nog niet volledig op punt maar werd recent door een werkgroep verfijnd. De beleidsindicatoren vormen voor het

Agentschap Zorg en Gezondheid één instrument om de prestaties van de CGG op te volgen.

De huidige 10 beleidsindicatoren

Doelstelling 1: Behandeling start binnen een redelijke termijn

- Indicator 1: Wachtijd in dagen tussen aanmelding en FTF1
- Indicator 2: Wachtijd in dagen tussen FTF1 en FTF2
- Indicator 3: Wachtijd in dagen tussen aanmelding en FTF2

Doelstelling 2: Profilering en positionering van CGG als 2^e lijnvoorziening

- Indicator 4: % zorgperiodes met aanmelding op eigen initiatief
- Indicator 5: % afgesloten zorgperiodes met ≥ 4 FTF met DSM diagnose
- Indicator 6: % afgesloten zorgperiodes met < 4 FTF die werden doorverwezen
- Indicator 7: % afgesloten zorgperiodes met > 1 FTF met minstens 1 psychiater

Doelstelling 3: Uitdrukkelijke aandacht voor kinderen, ouderen en sociaal en financieel zwakkere personen.

- Indicator 8: % doelgroep in CGG t.o.v. % doelgroep in werkgebied

Doelstelling 4: Psychisch evenwicht herstellen of psychische stoornis draaglijk maken voor cliënt en omgeving.

- Indicator 9 (=KPI): % tewerkstellingstijd naar cliëntencontacten

Doelstelling 5: Beperken vroegtijdige eenzijdige afsluitingen bij > 4 sessies

- Indicator 10: % vroegtijdig eenzijdig afgebroken zorgperiodes met ≥ 4 FTF

FTF= Face to face contact

Tabel 2: De huidige 10 beleidsindicatoren

2.1.2 Velden die niet door de huidige beleidsindicatoren worden gevat

Wanneer de huidige tien beleidsindicatoren nader worden bekeken, valt op dat deze alle tien procesindicatoren zijn. Tot nu toe wordt door de huidige beleidsindicatoren noch informatie over de structuur noch over de uitkomsten van CGG gevat. Dit is geen typisch Vlaams fenomeen. Internationaal onderzoek naar kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg toont aan dat indicatoren vooral processen en uitkomsten in beeld brengen. De structuuraspecten worden vaak stiefmoederlijk behandeld (Glickman, Baggett, Krubert, Peterson, & Schulman, 2007). Toch vormen aspecten als leiderschap, medewerkers en de visie van de organisatie de voedingsbodem voor het functioneren van een organisatie. Als de structurele basis van een organisatie stevig is, fungeert hij als katalysator voor veranderingsprocessen. Toch worden structuurindicatoren vaak over het hoofd gezien. Een eerste reden hiervoor kan zijn

dat deze structuur aspecten minder eenvoudig tot actie oproepen of minder gemakkelijk beïnvloedbaar zijn (Meyer & Massagli, 2001). Daarnaast is het minder eenvoudig om deze informatie te meten en stelselmatig bij te houden. Ten derde komt zulke informatie vaak bedreigend over voor zowel de leidinggevenden als de medewerkers zelf. De gegevens waarmee de huidige beleidsindicatoren berekend worden, zijn afkomstig uit het Elektronisch Cliëntendossier. Het is evident dat hierin geen informatie wordt bijgehouden over de structuurkenmerken van de organisatie. Zulke informatie zal op een andere wijze moeten worden vergaard.

Ook de uitkomstindicatoren komen bij de huidige beleidsindicatoren niet aan bod. De vierde doelstelling kan weliswaar worden beschouwd als een resultaatdoelstelling maar wordt vervolgens berekend als een uitkomstindicator, de KPI. Wat er wordt gemeten en welke gegevens worden bijgehouden bepaalt elk CGG voor zich. De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG) bracht, op basis van wetenschappelijke evidentie en praktische bruikbaarheid, reeds in kaart welke meetinstrumenten het beste de resultaten van behandeling weergeven (Baert, 2008). Aan de resultaten hiervan werden echter nog geen indicatoren verbonden.

In de welzijns- en gezondheidssectoren is er vaak weerstand te vinden tegen het meten van uitkomsten. De weerstand weerspiegelt vaak een angst om op basis van de resultaten van uitkomstmetingen met de vinger te worden gewezen en hierop afgerekend te worden. Deze angst neemt af als de metingen van effectiviteit niet louter op zich worden beoordeeld maar kaderen binnen een zelfevaluatie- en leerproces (Vindevogel, Vanderplasschen, & Broekaert, 2008).

2.2 De audit door het Agentschap Inspectie

Een externe audit is een evaluatie van de organisatie die wordt uitgevoerd door externen (vb. consultants, externe audits door inspecties of anderen). De evaluatie gebeurt meestal aan de hand van diverse diagnose-instrumenten die al dan niet wetenschappelijk gevalideerd zijn. Op basis hiervan bepalen de experts de sterke en zwakke elementen van de organisatie. De externe evaluatie kan verplicht of facultatief zijn. Voor de CGG wordt deze externe evaluatie uitgevoerd door het Agentschap Inspectie WVG (Inspectie WVG). Dit Agentschap werd opgericht bij besluit van de Vlaamse Regering van 26 maart 2004 voor de uitvoering van het beleid inzake welzijn, volksgezondheid en gezin. Dit besluit is in werking getreden op 1 april 2006. De Inspectie WVG heeft als missie om toezicht te houden op de toepassing van de geldende regelgeving voor zijn doelgroepen. Dit toezicht werd voor CGG tevens wettelijk vastgelegd in het decreet van 18 mei 1999. De Inspectie wil een bijdrage leveren tot het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening van deze voorzieningen, de rechtmatige besteding van overheidsmiddelen en een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie. Dit wordt geconcretiseerd in vier taken:

1. Het controleren, toetsen, checken, vaststellen van het concrete functioneren van de doelgroep.
2. De rapportering en de adviesverlening aan het departement en de andere agentschappen die behoren tot het beleidsdomein.

3. De adviesverlening aan de door het agentschap geïnspecteerde voorzieningen of begunstigen met betrekking tot de conformiteit.
4. Het signaleren van beleidsrelevante informatie aan het departement en de andere agentschappen die behoren tot het beleidsdomein.

Deze taken omvatten in elk geval alle activiteiten inzake toezicht met betrekking tot de vergunnings-, attesterings- of erkenningsnormen, de voortgangscontrole en evaluatie van het kwaliteitsbeleid van deze voorzieningen en de aanwending van de overheidsmiddelen, ter beschikking gesteld aan deze voorzieningen. Eerder werd al verwezen naar de evolutie die de Inspectie heeft doorgemaakt als gevolg van de twee opeenvolgende kwaliteitsdecreten van erkenningsnormen over de controle op activiteiten (throughput) naar de kwaliteit van zorg (output en outcomes).

Bij de CGG vond van 2005-2007 een eerste auditcyclus plaats, een tweede is gepland in de periode van 2008-2011. Hieronder lichten we kort de werkwijze en inhoudelijke invulling van deze auditcyclus toe.

2.2.1 De eerste auditcyclus

In de periode 2005-2007 vond bij de CGG een eerste auditcyclus plaats. Ter voorbereiding van deze audit stelde de directie van elk CGG een SWOT analyse van hun organisatie voor. Dit is een nader bestuderen van de sterktes (Strengths), zwaktes (Weaknesses), kansen (Opportunities) en uitdagingen (Treats) van de organisatie. Vervolgens vond de audit plaats bestaande uit:

- een bevraging van de directieleden over algemeen, personeels- en kwaliteitsbeleid
- Een bevraging van alle medewerkers over een aantal aspecten van de hulpverlening
- Een bespreking van de bevindingen van de vestigingsbezoeken met de directieleden en bevraging van enkele aspecten op fusieniveau.

Om de audit te structureren werd gebruik gemaakt van een evaluatiekader met vooraf bepaalde modules (algemeen beleid, personeelsbeleid, informatica en registratiebeleid, kwaliteitsbeleid, financieel beleid en werking op vestigings- en op fusieniveau) waarrond de verwachtingen en toetsingspunten werden bevraged. De bevindingen en conclusies die hieruit voortkwamen werden geformuleerd in een voorlopig auditrapport dat na nazicht van de directies gestalte kreeg in een definitief rapport. Voor de bevrage modules schetsen we hieronder enkele vaststellingen uit het syntheserapport.

Algemeen beleid

De schaalvergroting van 2000 biedt zeker een meerwaarde maar de schaalvergroting zelf evenals de gekoppelde verwachtingen zijn nog onvoldoende gestabiliseerd in de sector. Er is een voelbaar spanningsveld tussen het beleid en de directie die een meer doelmatige beleidsvoering tot stand willen brengen en de weerstand van de medewerkers die vrezen voor

een verlies van hun professionele autonomie en van de voordelen van de kleinschaligheid.

Personeelsbeleid

Deze bevraging bestond louter uit het personeelsbeleid in kader van de dienstverlening aan cliënten (vb. communicatiekanalen tussen directie en medewerkers, functiebeschrijvingen).

Informatica en registratiebeleid

De informatica-infrastructuur in de centra werd goed tot zeer goed bevonden. De internettoepassingen zijn in ontwikkeling. Enkele CGG doen hiervoor beroep op een interne of externe informaticus. Er werd aan cliëntenverenigingen de vraag gesteld om na te gaan welke informatie voor hen belangrijk is op een website. Op deze vraag werd door de cliëntenverenigingen geen antwoord geformuleerd, wellicht onder meer omdat deze verenigingen in hoofdzaak (ex)cliënten uit de residentiële sector groeperen.

Sinds 2008 maken de CGG gebruik van het Elektronisch CliëntenDossier (EPD). De eerste indrukken hierop lijken positief. EPD wordt enkel gebruikt als registratie-instrument en nog niet als geïntegreerd cliëntendossier.

Kwaliteitsbeleid

De eerste kwaliteitshandboeken van voor 2006 bleken eerder een formeel document dan wel een document met blijvend belang. Midden 2006 werd door de werkgroep kwaliteit besloten om de EFQM domeinen als basis te gebruiken voor de uitwerking van het kwaliteitshandboek.

In ruim de helft van de centra wordt gebruik gemaakt van een zelfevaluatie-instrument maar met verschillende mate van intensiteit en participatie van medewerkers. In de SWOT analyse die werd gemaakt op vraag van de audit is een trend zichtbaar naar een systematiek volgens de domeinen van EFQM. Tevredenheidmeting bij gebruikers vond slechts plaats in een enkel CGG. Veel CGG lijken hier te wachten op een initiatief op sectorniveau.

Klachten worden nauwelijks geformuleerd. Ontevreden cliënten zetten de behandeling stop.

De meting van de tevredenheid van de medewerkers wordt bij de helft van de centra uitgevoerd of gepland.

Het Agentschap Inspectie oordeelt dat externe wetenschappelijke ondersteuning noodzakelijk is voor de verdere uitwerking van het kwaliteitsbeleid.

Financieel beleid

Het financieel beleid in de CGG wordt beoordeeld als transparant en orthodox. Er zijn vaste procedures voor de begrotingsopmaak en over het algemeen kan de sector als financieel gezond worden beschouwd.

Werking op vestigings- en op fusieniveau

De voorbije 10 jaar kende de kwaliteit van de huisvesting van de CGG een positieve ontwikkeling.

De afwezigheid van een (kinder)psychiatrische functie blijft een pijnpunt.

Uit het eerste auditrapport blijkt dat het vormingsbeleid van de CGG meestal bestaat uit enkele afspraken over het beschikbare budget en de wijze waarop dit dient te worden aangewend. Het is evenwel niet duidelijk welke de gewenste mate van diversiteit is en welke methodieken en competenties het meest geschikt zijn voor de beoogde doelgroepen. De methodiek van kortdurende hulpverlening wordt weinig of niet op een systematische manier gehanteerd niettegenstaande er veel kortdurende zorgperiodes zijn.

Op het gebied van het instroombeleid is er in enkele centra de tendens om functies met de sterkste klinisch-diagnostische competentie aan de voordeur te zetten. Aan dringende hulpvragen wordt prioriteit verleend.

Inzake behandelplannen is de algemene evaluatie van de Inspectie WVG dat de huidige praktijk onvoldoende beantwoordt aan de vereisten van methodisch handelen.

De wachttijden blijven een permanente uitdaging en veroorzaken een constante druk. Dit heeft een scepticisme bij de medewerkers tot gevolg betreffende het besteden van tijd aan kwaliteitsprojecten en registratie. Er is een stimulering van overheid in samenwerking van koepels en wetenschappelijke onderzoekers nodig

2.2.2 De tweede auditcyclus

De tweede auditcyclus zal plaatsvinden in de periode van 2008-2011. In deze tijdspanne zullen jaarlijks vijf CGG worden bezocht. Elk CGG krijgt ook een opvolgbezoek na twee jaar. De werkwijze van de eerste auditcyclus blijft grotendeels behouden. Zo gebeurt de bevraging ook hier deels op het niveau van de directie en deels door gesprekken met de medewerkers. Nieuw is echter de gevraagde voorbereiding. Naast het beschikbaar stellen van het kwaliteitshandboek wordt ook gevraagd om een zelfevaluatie op voorhand aan de inspectie over te maken. Deze zelfevaluatie bestaat weerom uit een SWOT analyse van het actuele functioneren van de organisatie. De domeinen van deze evaluatie beslaan het zorgorganisatorische evenals het zorginhoudelijke vlak van de organisatie en geven invulling aan de vereisten van het kwaliteitsdecreet. Er wordt aangeraden om gebruik te maken van de EFQM domeinen. De Inspectie WVG geeft per EFQM domein vooraf enkele thema's aan die minimaal in de zelfevaluatie moeten worden behandeld.

2.3 Naar kwaliteitsstandaarden

Zoals al eerder vermeld werd, is bij de uitvoering van het eerste kwaliteitsdecreet in een aantal sectoren gewerkt met minimale kwaliteitsvereisten of -standaarden. Deze vereisten schrijven voor welke minimale kwaliteit minstens gerealiseerd moet worden door de voorzieningen. Deze kwaliteitsvereisten werden tevens door de inspectie gecontroleerd. Voor de CGG werden geen minimale kwaliteitsvereisten geformuleerd.

Een mogelijke valkuil van minimale vereisten is dat zij het proces van continue kwaliteitsverbetering kunnen afremmen. Doordat enkel de bodemnormen geformuleerd worden, kunnen voorzieningen mogelijk berusten. Om dit te voorkomen, kunnen minimale kwaliteitsvereisten op geregeld tijdstip herzien worden.

Van Eekert (2009), Afdelingshoofd van het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin roept op om een 'referentiekader kwaliteit van zorg' te ontwikkelen waarin minimumstandaarden voor kwaliteit van zorg worden gedefinieerd. Zulke standaarden hebben voor de vier betrokken partijen voordelen.

- Voorzieningen: standaarden bieden een baken om hun kwaliteitsbeleid op af te stemmen
- Sector: mogelijkheid tot benchmarking
- Overheid: door met de sector kwaliteit van zorg te definiëren kan de overheid beter haar toezicht richten.
- Burger/gebruiker: het kader met standaarden biedt duidelijkheid over het kwaliteitsniveau waarop hij kan rekenen.

Deze kwaliteitsstandaarden kunnen enkel effectief zijn als alle betrokken partijen hieraan samenwerken.

Hoofdstuk 3

Onderzoeksopzet

Dit onderzoeksproject wil de operationalisering van het kwaliteitsbeleid in de CGG belangrijke impulsen geven door enerzijds de zelfevaluatie te ondersteunen en anderzijds te onderzoeken hoe indicatoren dit proces kunnen ondersteunen.

Deze doelstelling is doorheen het verloop van het proces geherformuleerd omwille van twee redenen. Aan de ene kant werd ervoor geopteerd om het werk van andere lopende projecten, die betrekking hebben op respectievelijk de beleidsindicatoren en het uitkomstenmanagement, niet over te doen. Anderzijds toont de internationale evidentie aan dat structuurkenmerken heel wat moeilijker te vertalen zijn naar indicatoren. Desalniettemin is er consensus dat deze structuurkenmerken net de randvoorwaarden creëren van een kwalitatief beleid. Derhalve werd er voor een tweesporen aanpak gekozen. In de eerste fase wordt samen met de stuurgroep de belangrijkste kwaliteitsthema's bepaald. Anderzijds ontwikkelt dit project een wetenschappelijk en bruikbaar zelfevaluatie-instrument, waarin voldoende aandacht gaat naar de structuurkenmerken van CGG.

1. Herdefiniëring van de oorspronkelijke onderzoeksvragen

Oorspronkelijk was het de bedoeling om de zelfevaluatie en inspectie van de CGG te versterken door de ontwikkeling van wetenschappelijk valide en betrouwbare prestatie-indicatoren. De stuurgroep herformuleerde deze doelstelling doorheen het verloop van het proces omwille van twee redenen.

Aan de ene kant werd ervoor geopteerd om het werk van andere lopende projecten niet over te doen die betrekking hebben op respectievelijk de beleidsindicatoren en het uitkomstenmanagement. De huidige beleidsindicatoren hebben een hele weg afgelegd. De gemengde werkgroep 'registratie' staat in voor de optimalisering van de beleidsindicatoren. Aangezien binnen het werkveld het draagvlak ten aanzien van deze indicatoren sterk is toegenomen, besliste de stuurgroep om deze beleidsindicatoren buiten beschouwing te laten. Zoals voorgaand hoofdstuk al aangaf, zijn de huidige beleidsindicatoren vooral procesindicatoren van aard. Net omdat de literatuur aangeeft spaarzaam om te gaan met het aantal beleidsindicatoren is het geen goed idee om nog meer beleidsindicatoren te creëren, ook al blijven op dit moment een aantal proceskenmerken buiten beschouwing. De afwezigheid van een aantal van die procesfactoren vangen we op door de beschrijving van kwaliteitsthema's (zie 2^{de} paragraaf).

Prestatie-indicatoren maken op dit moment dus geen deel uit van de beleidsindicatoren. Binnen het kader van dit project zou het dus een interessante optie zijn om dit type te ontwikkelen. Er loopt echter op dit moment een project van de

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid over uitkomstenmanagement⁴. In het kader van de opdracht wetenschappelijke ondersteuning begeleidt de VVGG de introductie van een uitkomstenmodel dat behandelresultaten periodiek in kaart brengt. Ook de CGG maken deel uit van dit project.

Aangezien procesindicatoren en prestatie-indicatoren buiten beeld blijven omwille van de werkzaamheden binnen andere lopende projecten komen de structuurkenmerken in beeld. De internationale evidentie die al eerder besproken werd, toont aan dat structuurkenmerken heel wat moeilijker vertaalbaar zijn naar indicatoren. Bovendien zijn er internationaal minder voorbeelden voorhanden, omdat in de gezondheidszorg meestal de focus ligt op het proces en op de uitkomsten. Desalniettemin is er consensus dat deze structuurkenmerken net de randvoorwaarden creëren van een kwalitatief beleid.

Gezien de andere lopende projecten en het feit dat structuurkenmerken zich moeilijker laten vertalen in indicatoren, wordt gekozen voor een tweesporen aanpak. In de eerste fase worden samen met de stuurgroep de belangrijkste kwaliteitsthema's bepaald. In de tweede fase wordt onderzocht hoe deze thema's het best geoperationaliseerd kunnen worden en hoe ze het best kunnen vertaald worden in specifieke audit-instrumenten. Dit resulteert enerzijds in de formulering van kwaliteitsstandaarden en anderzijds in een wetenschappelijk en bruikbaar zelfevaluatie-instrument, dat is toegesneden op de CGG en waarin voldoende aandacht gaat naar de structuurkenmerken van CGG.

2. Het bepalen van de belangrijkste kwaliteitsthema's

Een eerste stap in dit project is de selectie van de kwaliteitsthema's die belangrijk zijn voor de zelfevaluatie van CGG. De keuze van deze thema's werd in de handen gelegd van de leden van de stuurgroep. Om de selectie te vereenvoudigen en geen belangrijke zaken over het hoofd te zien, stelden de onderzoekers een uitgebreide lijst samen van mogelijke kwaliteitsthema's. Voor het samenstellen van deze lijst werden de domeinen van het EFQM model gekozen als kader omdat deze een eenvoudig en toch volledig beeld scheppen van de belangrijke organisatieonderdelen. De inhoudelijke invulling van de domeinen werd niet overgenomen maar gebeurde op basis van internationale literatuur rond kwaliteit.

Vervolgens werd deze uitgebreide lijst voorgelegd aan de leden van de stuurgroep. Zij kregen de opdracht om er de thema's uit te selecteren die belangrijk zijn de voor de CGG in het algemeen en voor hun zelfevaluatie in het bijzonder. De verschillende voorkeuren werden door de onderzoekers genoteerd. De leden van de stuurgroep kregen ook de kans om schriftelijk commentaar te geven op de lijst met thema's. Op basis hiervan distilleerden de onderzoekers de volgende gemene delers uit de selectie:

⁴ Voor een uitvoerige bespreking en tussentijdse resultaten: www.VVGG.be

- Emotionele belasting
- Functiebeschrijving
- Functioneringsgesprek
- Kwaliteit van de teamvergadering
- Instroombeleid
- OAA beleid
- Samenwerking met zorgpartners
- Behandelplan
- Omgevingsanalyse
- Cliëntwaardering
- Medewerkertevredenheid

3. Het bepalen van het audit-instrument

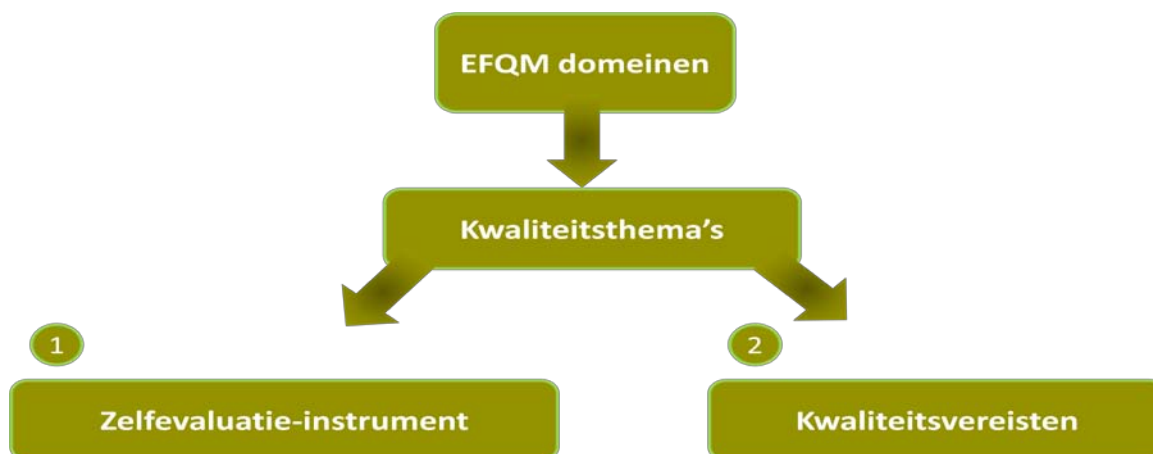
In een volgende stap werd bepaald welk type audit-instrument het meest gepast zou zijn voor de uitwerking van de gekozen thema's.

In een eerste fase werd nagegaan of de gekozen thema's zich lenen tot de ontwikkeling van indicatoren. Al snel kwam naar voor dat de gekozen kwaliteitsthema's moeilijk vertaalbaar zijn naar 'meetbare' indicatoren of dat het kwantificeren ervan weinig nuttig zou zijn. Zo werd bijvoorbeeld vergaderen gezien als een belangrijk kwaliteitsthema. Maar veelvuldig vergaderen zegt helaas weinig over de kwaliteit van de vergaderde tijd.

In een tweede fase werd nagegaan of de huidige zelfevaluatie-instrumenten een goede invulling zijn van de gekozen kwaliteitsthema's voor CGG. Dit blijkt niet het geval te zijn. Ten eerste zijn deze instrumenten geen goede vertaling van de gekozen kwaliteitsthema's. Ten tweede wordt er in de huidige zelfevaluatie-instrumenten weinig voortgebouwd op nationale en internationale evidentie over het functioneren van ambulante GGZ-voorzieningen. Ten derde dient een goed kwaliteitsbeleid toegespitst te zijn op een specifieke organisatie. Hetzelfde geldt voor een goede zelfevaluatie. Organisaties in de welzijns- en gezondheidszorg verschillen al sterk van de profit organisaties. Maar ook welzijns- en gezondheidsorganisaties onderling hebben vaak uiteenlopende organisatieprocessen en werkwijzen. Een goede zelfevaluatie moet aangepast zijn aan deze specifieke processen. Bij het bestuderen van de huidige zelfevaluatie-instrumenten bleek geen enkele voldoende geschikt voor de specifieke werking van CGG. Ten vierde zijn de bestaande instrumenten ook omvangrijk en hebben ze als vijfde nadeel betalend te zijn.

4. De keuze van een tweesporen aanpak

Gezien de lopende projecten omtrent de beleidsindicatoren en uitkomstenmanagement en gezien de vaststelling dat huidige zelfevaluatie-instrumenten te weinig zijn toegesneden op de CGG wordt geopteerd voor een tweesporen aanpak. Een eerste spoor is de uitwerking van een nieuw zelfevaluatie-instrument (KLIC), gericht op de belangrijke kwaliteitsthema's en toegepast op CGG. Een tweede spoor is het opstellen van enkele kwaliteitsvereisten. Figuur 4 geeft de gemaakte keuzes schematisch weer.



Figuur 4: Schematische weergave van het project

4.1 Ontwikkeling KLIC

Een eerste spoor in dit onderzoek is de ontwikkeling van een nieuw zelfevaluatie-instrument, dat volledig is afgestemd op de werking van CGG en voortbouwt op binnen- en buitenlands onderzoek. Het instrument krijgt de naam KLIC: KwaLiteitsInstrument voor de CGG.

De gekozen kwaliteitsthema's worden door de onderzoekers, op basis van nationale en internationale literatuur, vertaald in één of meerdere stellingen. Deze stellingen geven geen detailbeeld van de actuele situatie van de organisatie, maar vormen een vertrekpunt voor kwaliteitsverbetering.

Bij elke stelling dienen er twee vragen te worden beantwoord. Ten eerste wordt gevraagd in welke mate het onderwerp als belangrijk wordt ervaren. Vervolgens wordt gevraagd om aan te geven in hoeverre het onderwerp in de organisatie is gerealiseerd. Het invullen van de KLIC werpt een licht op de verschillende perspectieven tussen medewerkers. De sterktes en verbeterpunten van de organisatie komen aan bod en roepen op tot actie.

In hoofdstuk 4 wordt de methodische en wetenschappelijke achtergrond van de KLIC in detail toegelicht.

4.2 Ontwikkeling kwaliteitsvereisten

Een tweede spoor in dit onderzoek is het opstellen van kwaliteitsvereisten of kwaliteitsstandaarden. Voor enkele thema's wordt weergegeven wat er minimaal nodig is om voor deze thema's van kwaliteit te kunnen spreken. Deze kwaliteitsvereisten zijn een samenvatting van de belangrijkste gegevens rond een bepaald thema. De uitwerking van deze thema's is een afweging tussen internationale en meer algemene literatuur enerzijds en voldoende specifieke informatie om bruikbaar te zijn voor CGG anderzijds. Er zijn kwaliteitsvereisten uitgewerkt voor deze thema's:

1. Omgevingsanalyse en instroombeleid
2. Competentiemanagement
3. Diagnostisch proces en intake-beleid
4. Behandelplan
5. Webstek
6. NOA-beleid

In hoofdstuk 5 wordt de methodische en wetenschappelijke achtergrond van de kwaliteitsvereisten in detail toegelicht.

5. Pilotstudie

De resultaten van deze tweesporen aanpak worden vervolgens voorgelegd aan de leden van de stuurgroep. Na het formuleren van bemerkingen en aanvullingen volgt een verbeterde versie van het instrument.

Hierop volgde een pilotstudie van de ontwikkelde instrumenten bij 6 CGG. De vestigingen werd gevraagd om twee uur tijd te voorzien voor een focusgroep en hiervoor enkele medewerkers en directieleden uit te nodigen die betrokken zijn bij of interesse hebben in het registratiegebeuren en de kwaliteitswerking.

De focusgroepen gingen van start met een korte uiteenzetting van het project door de onderzoekers. Vervolgens werden hen de KLIC en de kwaliteitsvereisten voorgesteld en volgende vragen voorgelegd:

1. Zou u hiermee aan de slag gaan in uw organisatie?
2. Wat moet er veranderen of verbeteren zodat u er effectief gebruik van zou maken?
3. Wat zou een meerwaarde zijn voor uw centrum?
4. Wat zou een bezwaar zijn voor uw centrum?

De antwoorden op deze vragen worden voor beide resultaten neergeschreven.

In de twee volgende hoofdstukken wordt dieper ingegaan op de methodische en wetenschappelijke achtergrond van het zelfevaluatie-instrument en de

kwaliteitsvereisten. In het hoofdstuk dat daarop volgt, wordt een beschrijving gegeven van de pilootstudie.

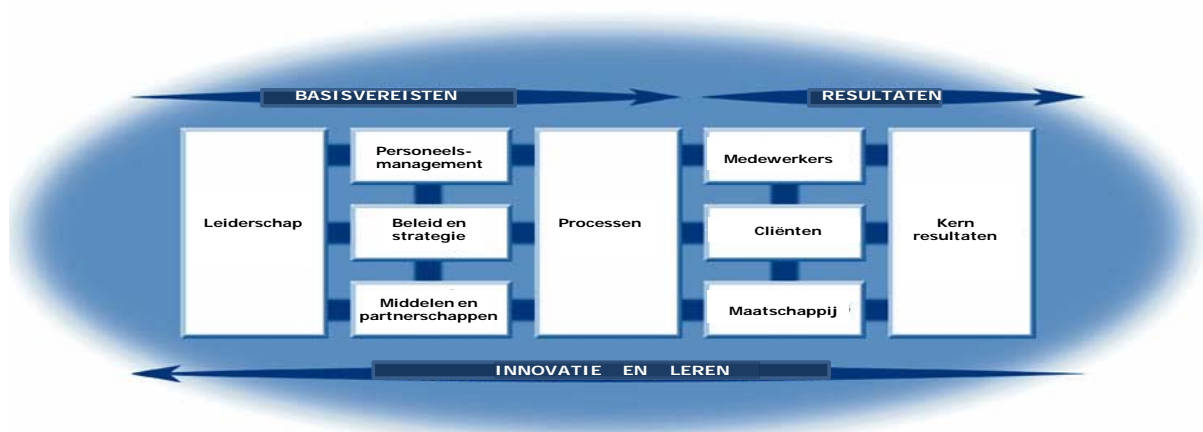
Hoofdstuk 4

Een zelfevaluatie-instrument voor de CGG

Een eerste product voortkomend uit dit onderzoek is een zelfevaluatie-instrument dat een goede invulling geeft van de gekozen kwaliteitsthema's en volledig wordt afgestemd op de werking van de CGG. Het instrument krijgt de naam KLIC: KwaLiteitsInstrument voor de CGG. De stuurgroep van het project besliste om dit instrument niet vrij te geven. We staan in dit hoofdstuk even stil bij de methode en het praktisch gebruik van het instrument.

1. Methode

De resultaten van een zelfevaluatie-instrument vormen geen beoordeling op zich maar bieden een vertrekpunt om aan kwaliteitsverbetering te werken. Daarom wordt ook gekozen voor een **integrale benadering** van kwaliteitsmanagement. Op die manier komt het gehele functioneren van de organisatie in beeld en wordt de valkuil vermeden van een te enge focus louter op resultaten. In de KLIC worden de domeinen van het EFQM model (zie figuur 5) gebruikt als kader voor de belangrijkste kwaliteitsthema's.



Figuur 5 Het EFQM model

Het instrument bestaat uit 8 delen:

Deel 1: Leiderschap

Deel 2: Personeelsmanagement

Deel 3: Beleid, visie en strategie

Deel 4: Middelen en partnerschappen

Deel 5: Processen

Deel 6: Medewerkerresultaten

Deel 7: Samenlevingsresultaten

Deel 8: Cliëntresultaten

Naast de organisatieprocessen komen dus ook leiderschap, medewerkers en de visie van de organisatie aan bod omdat deze de voedingsbodem vormen voor hoe een organisatie functioneert en zich ontwikkelt. Deel 9 kernresultaten uit het EFQM model komt hier niet aan bod omdat dit onderzoeksproject een eerste blik wil werpen op belangrijke thema's voor zelfevaluatie. Door kernresultaten vast te leggen zouden we een onterecht verschil in belangrijkheid scheppen tussen de thema's. Het is niet aan de onderzoekers maar aan de CGG zelf om deze afweging te maken.

Per EFQM domein werden door de stuurgroep de kwaliteitsthema's bepaald die essentieel zijn voor een kwaliteitsbeleid in CGG. Dit proces werd reeds beschreven in het onderzoeksopzet. Na de bepaling van de kwaliteitsthema's werden deze door de onderzoekers, op basis van nationale en internationale literatuur, vertaald in stellingen. Deze stellingen geven geen detailbeeld van de actuele situatie van de organisatie, maar vormen een vertrekpunt van waaruit naar kwaliteitsverbetering kan worden gestreefd.

Bij elke stelling dienen er twee vragen te worden beantwoord. Ten eerste wordt gevraagd in welke mate het onderwerp is gerealiseerd in de organisatie. Vervolgens wordt gevraagd om aan te geven hoe belangrijk dit onderwerp is. Door beide aspecten te bevragen, helpt het instrument enerzijds om verbeterpunten te identificeren en anderzijds hierin prioriteiten te bepalen. Zo kan het zijn dat bepaalde kwaliteitsthema's niet echt aanwezig zijn, maar ook binnen de organisatie niet echt als belangrijk wordt geacht. Er zal dan waarschijnlijk beslist worden om andere meer prioritaire thema's aan te pakken.

Voorbeeld

Emotionele uitputting

1. Er is instrumentele steun onder collega's (we helpen elkaar met raad en daad)

Nooit Zelden Soms Meestal Altijd

In welke mate vindt u dit belangrijk?

Zeer onbelangrijk Onbelangrijk Tussenin Belangrijk Zeer belangrijk

2. Praktisch gebruik

2.1 Het invullen van het instrument

Om een totaalbeeld te krijgen van de organisatie, is het belangrijk dat de KLIC door elke CGG medewerker wordt ingevuld. Een integrale benadering van het begrip 'kwaliteit' houdt in dat het kwaliteitsbeleid niet enkel de taak is van een directeur of kwaliteitscoördinator. De inbreng van de medewerkers is belangrijk, zowel bij de analyse van de huidige stand van zaken en de bespreking ervan als bij het bepalen, ontwikkelen en implementeren van verbeteringsvoorstellen. Of nog, medewerkers worden betrokken in elke fase van de PDCA-cyclus. Het betrekken van medewerkers bij de zelfevaluatie verhoogt namelijk hun betrokkenheid bij en hun gevoel van verantwoordelijk voor (de veranderingen in) de organisatie. Door deze werkwijze bekomt men een score voor de mate waarin belangrijke aspecten van kwaliteit aanwezig zijn en dit vanuit verschillende perspectieven die binnen de organisatie aanwezig zijn (managers, hulpverleners, enz.). Een tweede resultaat is een score voor de mate waarin men de verschillende aspecten belangrijk vindt en dit eveneens vanuit de verschillende perspectieven. Verder kan men de verschilcores berekenen die een beeld geven van belangrijke onderwerpen die niet of onvoldoende zijn gerealiseerd. De verschillen tussen perspectieven leveren relevante informatie op en de scores kunnen over teams en vestigingsplaatsen worden vergeleken.

2.2 Scoring

Om een beeld te krijgen over de mening van de leden van de organisatie worden de scores op de stellingen berekend. Doordat er op elke vraag twee antwoorden worden gegeven (de mate van realisatie en de mate van belang) kunnen er op 3 niveaus scores worden berekend:

- Realisatiescores

De realisatiescores geven weer welke aspecten sterker of minder sterk zijn gerealiseerd.

- Belangrijkeidsscores

De belangrijkheidscores geven weer welke stellingen meer of minder belangrijk worden bevonden. Deze scores kunnen verschillen in mening aantonen tussen de verschillende subgroepen (directie, hulpverleners) en tussen verschillende voorzieningen.

- Discrepantiescores = realisatiescores - belangrijkheidscores

De discrepantiescores geven het verschil weer tussen de mate van realisatie en de ervaren belangrijkheid. Dit kan gedaan worden per stelling en per afzonderlijk deel. Zeer belangrijke aspecten die niet gerealiseerd zijn wijzen op prioritaire verbeterpunten.

2.3 Het bepalen van actiepunten

Na het berekenen van de scores vindt de belangrijkste stap in de zelfevaluatie plaats: de bespreking van de resultaten. De scores zelf zijn de basis voor de dynamiek die het proces van zelfevaluatie in gang zet. Als enkel de kwaliteitscoördinator betrokken is bij dit deel van het proces dan in de zelfevaluatie bedoeld om te mislukken. Het is essentieel dat de evaluatie en acties door zoveel mogelijk medewerkers worden gedragen. Daarom wordt naast de voorbereiding en uitvoering ook de nabespreking best uitgevoerd door een team. Dit team kan een bestaande kwaliteitswerkgroep zijn of een nieuw op te richten zelfevaluatieteam (Cuyvers, 2006). De bespreking van de resultaten verloopt in meerdere stappen.

- **Bespreken van de scores**

De realisatiescores, belangrijkheidscores en de discrepantiescores worden besproken

- **Bepalen van sterktes en verbeterpunten**

Op basis van de scores en de discussie die hierdoor op gang wordt gebracht, worden sterke kanten en verbeterpunten van de organisatie geïdentificeerd. De verantwoording van deze scores kan ook verder worden verduidelijkt ten opzichte van enkele meer kwantitatieve indicatoren.

- **Bepalen van actiepunten**

De verbeterpunten worden vertaald in concrete actiepunten voor de toekomst. Het is onmogelijk om aan alle domeinen tegelijk te werken. Beter is het om samen met de teamleden en de directeur de prioriteiten te bepalen. Dit kan door gebruik te maken van methodieken (vb. Pareto- analyse, visgraatdiagram, WWWWH- techniek, multivoting en sterkte-zwakke analyse).

- **Uitwerken van een actieplan**

Voor de gekozen actiepunten wordt een actieplan opgesteld. In dit actieplan worden enkele elementen concreet uitgewerkt: de doelstelling van de actie, de te nemen stappen, de manier waarop zal dit gebeuren, de termijn waarbinnen dit zal gebeuren en de personen betrokken bij de uitwerking ervan.

- **Evaluatie van het actieplan**

De actiepunten zijn niet statisch maar zitten in een continu verbetertraject. Dit traject volgt de PDCA cyclus (zie p 12) waarbij genomen stappen constant worden geëvalueerd en bijgestuurd.

- **Bijstellen van het actieplan**

In een beginfase wordt de zelfevaluatie best jaarlijks gedaan. Zo zien medewerkers dat ze vooruitgang boeken en putten ze kracht uit succeservaringen. Wanneer deze zelfevaluatie regelmatig wordt herhaald, kan de vooruitgang van de verbeteracties worden gemeten en kan worden nagekeken wat ze hebben opgeleverd. Na 2-3 jaar is het voldoende om de zelfevaluatie om de 2 jaar te volbrengen. Bij de evaluatie is het essentieel om een circulaire bril op te zetten want in een organisatie hangt alles hangt samen en alles beïnvloedt elkaar.

3. Wetenschappelijke basis

Er bestaat al heel wat actuele nationale en internationale evidentie over de gekozen kwaliteitsthema's. Het is dan ook niet meer dan evident dat hierop wordt voortgebouwd en dat de operationalisering van de kwaliteitsthema's in stellingen hierop is gebaseerd. De stellingen geven per thema weer wat er minimaal aanwezig moet zijn om voor dit thema van kwaliteit te kunnen spreken. Deze thema's kunnen nog verder worden uitgebreid maar huidige versie geeft een idee over wat minimaal gerealiseerd moet zijn.

Hoofdstuk 5

Kwaliteitsvereisten

In de wetenschappelijke wereld en in opleidingen kan men over een aantal grote lijnen consensus vaststellen op het vlak van minimale kwaliteitsvereisten waaraan de werking van een CGG zou moeten beantwoorden. Binnen de stuurgroep van dit project vinden we deze consensus eveneens terug. Kwaliteitsvereisten hebben een viertal voordelen:

- Het spaart tijd en energie

Er is vandaag de dag voor organisaties zo veel relevante literatuur en zo veel onderzoek beschikbaar. Voor enkele onderwerpen de belangrijkste gegevens samenvattend weergeven, schept klaarheid in een veelheid van informatie. Door deze informatie ook nog eens te delen, moeten mensen niet individueel aan de slag gaan.

- Biedt ondersteuning bij de zelfevaluatie

Kwaliteitsvereisten kunnen ook ondersteuning bieden bij het proces van zelfevaluatie. Informatie en raadgevingen over enkele onderwerpen kunnen zaken verduidelijken en acties stimuleren.

- Vereenvoudigt de communicatie

Door kwaliteitsvereisten op te stellen vereenvoudigt de communicatie omtrent deze onderwerpen, zowel binnen de organisatie als met controlerende instanties.

- Legt de verantwoordelijkheid bij de organisatie zelf

Kwaliteitsvol werken is de opdracht van de leden van een organisatie. Het opstellen van kwaliteitsvereisten zorgt ervoor dat deze opdracht in de handen van de sector zelf ligt en blijft.

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de kwaliteitsvereisten waarvan we kunnen aannemen dat ze door de grote meerderheid van hulpverleners en directies zullen worden aanvaard als basisvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om van kwaliteit te kunnen spreken. Er zijn kwaliteitsvereisten uitgewerkt voor de volgende thema's:

1. Omgevingsanalyse en instroombeleid
2. Competentiemanagement
3. Diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze
4. Behandelplan
5. Webstek
6. NOA-beleid

De uitwerking van deze thema's is gebaseerd op internationale en sectoroverschrijdende literatuur enerzijds en voldoende specifieke informatie om bruikbaar te zijn voor CGG anderzijds. De thema's zijn uitgewerkt om de lezer te inspireren en te stimuleren. Daarom wordt ook telkens de referenties van de basisliteratuur weergegeven. Er worden ook literatuurtips geformuleerd voor diegenen die zich verder wensen te verdiepen in de thema's. Op het einde van de bespreking operationaliseren we de kwaliteitsvereisten in een aantal toetsbare criteria.

1. Naar kwaliteitsvereisten voor een omgevingsanalyse en een instroombeleid

Elk CGG dient in haar beleidsplan een omgevingsanalyse uit te voeren. Deze omgevingsanalyse stuurt mede het instroombeleid van een CGG.

De omgevingsanalyse geeft een zicht op de vraag- en aanbodkenmerken van de regio om het organisatiebeleid hier zo goed mogelijk op af te stemmen.

1.1 Welke informatie is waar te vinden?

De Vlaamse Overheid

Op de website van de Vlaamse overheid kunnen lokale statistieken (absolute cijfers, ratio's, kaartjes) worden gevonden tot op gemeenteniveau.
http://aps.vlaanderen.be/lokaal/lokale_statistieken.htm

Provinciale Steunpunten

Elke provincie heeft zijn eigen Steunpunt Sociale Planning dat zich bezig houdt met de berekening en presentatie van enkele lokale, regionale en provinciale statistieken.

Lokale sociale beleidsplannen

Elke 6 jaar maken OCMW en gemeentebestuur een lokaal sociaal beleidsplan op. Deze beleidsplannen bestaan enerzijds uit een omgevingsanalyse en anderzijds uit een meerjarenplan met betrekking tot de gewenste acties en inzet van lokale middelen. Deze lokale beleidsplannen geven dus per gemeente een zicht op de belangrijkste vraag- en aanbodkenmerken.

1.2 Kwetsbaarheidsindicatoren in de lokale statistieken

Het is belangrijk om uit al de beschikbare informatie te selecteren wat voor de CGG nuttig is. Voor de CGG zijn dit kwetsbaarheidsindicatoren die het demografisch en socio-economisch profiel van de regio in kaart brengen. Deze kwetsbaarheidsindicatoren zijn beschikbaar op de website 'Lokale statistieken'. Voor

deze indicatoren kunnen zowel relatieve aantallen als absolute aantallen nuttige informatie opleveren. Beide kunnen worden vergeleken met het Vlaams gemiddelde.

Het **relatieve aantal** maakt vergelijking mogelijk (met andere regio's/ sectoren/ organisaties,...)

Bijvoorbeeld:

3.6% van de kinderen wordt geboren in een kansarm gezin. Dit is lager dan het Vlaamse gemiddelde van 6.5%.

Het **absolute aantal** toont aan dat er, zelfs al is het relatieve aantal laag, toch aandacht naar moet uitgaan.

Bijvoorbeeld:

120 kinderen worden geboren in een kansarm gezin.

Op dit moment zijn de CGG-werkgebieden niet opgenomen als gebiedsindeling. Om de omgevingsanalyse beter te kunnen uitvoeren zal het in de toekomst nodig zijn dat deze aanpassingen aan de website plaatsen. Naast meer algemene info hebben ze tevens betrekking op een aantal risicofactoren die in de literatuur worden geïdentificeerd. Ze sturen ook het instroombeleid van een CGG. Deze cijfers geven enerzijds een zicht op de aanwezigheid van mogelijke doelgroepen en helpen bij het bepalen van prioriteiten. Dit kan door de cijfers te vergelijken met het Vlaams gemiddelde (ook beschikbaar op de website). Door vervolgens deze cijfers te vergelijken met de registratiecijfers krijgt het CGG een beeld van welke doelgroepen beter en minder goed bereikt worden. Anders uitgedrukt, op die manier kan het instroombeleid vormgegeven worden. Hieronder worden enkele voorbeelden gegeven van indicatoren die bruikbaar zijn voor de omgevingsanalyse.

1. TOTALE BEVOLKING

Wat: De toestand van de bevolking op 1 januari van het aangegeven jaar. Deze bevolkingscijfers bevatten zowel inwoners van Belgische als van Vreemde nationaliteit, ingeschreven in het rijksregister. Door de cijfers per leeftijdscategorie te bekijken, kan ook onderzocht worden hoe groot het aandeel kinderen en jongeren, volwassenen en ouderen is binnen de bevolking van de regio.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal inwoners (totaal en per leeftijdscategorie: 0-18jaar, 18-65 jaar, 65+)

Relatief aantal: Bevolkingsdichtheid (aantal inwoners/km²).

2. AANTAL ZELFDODINGEN

Wat: het aantal zelfdodingen op niveau van de zorgregio's, geaggregeerde cijfers over de periode 1998-2006 voor alle leeftijden samen

Waar: Agentschap Zorg en Gezondheid (niveau zorgregio)

Absoluut aantal: aantal zelfdodingen (vragen aan Agentschap)

Relatief aantal: kaartjes op site voor vergelijkingen met andere gemeenten.

3. AANTAL LEEFLOONGERECHTIGDEN

Wat: Het leefloon is een minimuminkomen voor wie niet over toereikende bestaansmiddelen beschikt, noch er aanspraak op kan maken, noch in staat is deze te verwerven. Het bedrag is afhankelijk van de gezinssituatie. Het is een belangrijke indicator voor armoede.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal leefloongerechtigden

Relatief aantal: per 1000 inwoners.

4. AANTAL NIET-WERKENDE WERKZOEKENDEN (NWWZ)

Wat: Het aantal werkloze personen, geoperationaliseerd aan de hand van het jaargemiddelde van het aantal niet-werkende werkzoekenden (18-64 jaar) ingeschreven bij de VDAB.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: Aantal NWWZ

Relatief aantal: Werkloosheidsgraad: De werkloosheidsgraad geeft het aandeel niet-werkende werkzoekenden in de beroepsbevolking.

5. AANTAL LANGDURIGE WERKZOEKENDEN MET WERKLOOSHEIDSUITKERINGSAAHVRAAG

Wat: De werkzoekenden met werkloosheidsuitkeringsaanvraag (WZUA) zijn:

1) werklozen die:

- voldoen aan de toelaatbaarheids- en toekenningsvoorwaarden met betrekking tot volledige werkloosheidsuitkeringen, op basis van vroegere arbeidsprestaties;
- voldoen aan de toelaatbaarheids- en toekenningsvoorwaarden met betrekking tot wacht- of werkloosheidsuitkeringen op basis van gedane studies.

2) werklozen na een deeltijdse betrekking; het gaat hier om werklozen die recht hebben op werkloosheidsuitkeringen op basis van een vrijwillige deeltijdse tewerkstelling (art. 33 van het K.B. 25.11.1991). Langdurig: meer dan een jaar.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal WZUA.

6. AANTAL GEBOORTEN IN KANSARME GEZINNEN

Wat: De cijfers over de geboortes in kansarme gezinnen zijn afkomstig van Kind en Gezin. Deze instelling heeft een registratiesysteem uitgewerkt op basis van de contacten die de regioverpleegkundigen hebben met kansarme gezinnen. Enkel de geboorten in een gezin dat aan minstens 3 van de 6 onderstaande criteria beantwoordt, worden als een geboorte in een kansarm gezin beschouwd:

- het maandinkomen van het gezin
- de arbeidssituatie van de ouders
- de opleiding van de ouders
- de huisvesting van het gezin
- de ontwikkeling van de kinderen in het gezin
- de gezondheidstoestand van de gezinsleden

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal geboortes in kansarme gezinnen

Relatief aantal: per 100 geboortes.

7. AANTAL ALLEENSTAANDE VADERS EN MOEDERS

Wat: alleenstaanden zijn de eenpersoonshuishoudens. Deze kan men begrijpen als het aantal "alleenwonenden", omdat enkel de referentiepersoon van het betreffende huishouden wettelijk ingeschreven is als woonachtig op het aangegeven adres. Kinderen zijn eigen kinderen, stiefkinderen en niet aanverwante kinderen, leeftijd jonger dan 18 jaar.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal alleenstaande vaders en moeders.

8. AANTAL ALLEENSTAANDEN

Wat: alleenstaanden zijn de eenpersoonshuishoudens. Deze kan men begrijpen als het aantal "alleenwonenden", omdat enkel de referentiepersoon van het betreffende huishouden wettelijk ingeschreven is als woonachtig op het aangegeven adres.

Waar: Lokale statistieken

Absoluut aantal: aantal alleenstaanden.

9. AANTAL ECHTSCHIEDINGEN

Wat: aantal echtscheidingen

Waar: FOD economie (per gerechtelijk arrondissement)

Absoluut aantal: aantal echtscheidingen

Relatief aantal: per 1000 inwoners.

10. AANTAL JONGEREN ONDER EEN MAATREGEL BIJZONDERE JEUGDZORG

Wat: de gegevens van iedere afzonderlijke jongere die tijdens het begeleidingsjaar een maatregel had binnen de bijzondere jeugdbijstand. Het gaat dus om de jongeren die tijdens het begeleidingsjaar een maatregel kregen als ook om de jongeren die tijdens het begeleidingsjaar nog een maatregel hadden lopen.

Waar: lokale statistieken.

Absoluut aantal: aantal jongeren onder een maatregel Bijzondere Jeugdzorg

Relatief aantal: per 1000 inwoners.

11. AANTAL KINDEREN EN JONGEREN MET EEN SCHOOLSE ACHTERSTAND

Wat: Schoolse vertraging of schoolse achterstand is de vertraging die een leerling oploopt ten opzichte van de groep leerlingen van hetzelfde geboortjaar. Schoolse vertraging is niet noodzakelijk een gevolg van zittenblijven, maar kan ook veroorzaakt worden door ziekte, atypische studieovergangen, enz..

De som van de vertragingen in het lager en het secundair onderwijs.

Waar: Lokale statistieken.

Absoluut aantal: aantal kinderen met een schoolse achterstand.

Relatief aantal: % van de kinderen met een schoolse vertraging.

12. GRIJZE DRUK

Wat: De verhouding tussen het aantal 60+ en het aantal 20- tot 59-jarigen. Deze indicator geeft een beeld van de relatieve mate van vergrijzing.

Relatief aantal: aantal 60 + / aantal 20-59 jarigen.

1.3 Minimale kwaliteitsvereisten: omgevingsanalyse en instroombeleid

- De omgevingsanalyse bestaat uit:
 - Een analyse van het demografisch en socio-economisch profiel van de regio gebruik makend van relevante indicatoren.
 - Een SWOT analyse van het zorg- aanbod in de regio.
- Het CGG definieert onder meer op basis van de omgevingsanalyse:
 - De doelgroepen waarop men zijn aanbod zal richten.
 - De doelgroepen waarvoor men geen eigen aanbod voorziet en de samenwerkingspartners naar wie men hen verwijst.

1.4 Inspirerende literatuur

De Groof, M., Daems, A., & Hermans, K. (2008). *Ontwikkelen van indicatoren en een programmatie voor het algemeen welzijnswerk*. Leuven: LUCAS.
http://www.kuleuven.be/lucas/_docs/Publicaties/rapport_%20programmatieCAW_2009.pdf

http://aps.vlaanderen.be/lokaal/lokale_statistieken.htm

<http://www.zorg-en-gezondheid.be>

<http://www.wvc.vlaanderen.be/lokaalsociaalbeleid/>

2. Naar kwaliteitsvereisten voor een competentie management

Een succesvol, consistent en eenduidig competentie management is een integraal onderdeel van de organisatie. Deze integratie moet minstens via twee instrumenten gebeuren: het VTO-beleid en het voeren van functioneringsgesprekken.

Competentie management is het geheel aan **activiteiten** die erop gericht zijn competenties (kennis, vaardigheden en/of attitudes) van individuen en groepen optimaal in te zetten en te **ontwikkelen**, en dit met het oog op het realiseren van de opdracht van de organisatie en het performanter maken van medewerkers. Door aanwezige of te rekruteren competenties optimaal in te zetten en verder te ontwikkelen, kunnen de medewerkers en de organisatie samen groeien.

Een belangrijke component om het competentie management te **implementeren** is het VTO-beleid. Hier wordt gekeken wat de organisatiedoelen zijn, welke competenties

nodig zijn om deze doelen te bereiken, of de medewerkers over de gepaste competenties beschikken, of de juiste mensen op juiste plaats zitten, wie welke competenties moet worden bijgebracht, etc. Dit VTO-beleid bestaat uit een strategisch en een operationeel VTO-beleidsplan en een persoonlijk ontwikkelingsplan voor elke medewerker.

In de jaarlijkse functioneringsgesprekken met de medewerkers gebeurt zowel het **implementeren** van het competentie management als het **aftoetsen** en het **bijsturen** ervan. Deze gesprekken zijn de ideale gelegenheid om de doelen van organisatie en de behoeftes van de medewerkers op elkaar af te stemmen. Doordat beide partijen hun aspiraties expliciteren kunnen de kwaliteiten van medewerkers optimaal worden ingezet en bijgestuurd.

2.1 VTO-beleid

Vorming training en opleiding (VTO) verwijst naar het geheel van activiteiten en inspanningen dat het leren van professionele en vrijwillige medewerkers bevordert.

Voor een gezonde organisatie is het noodzakelijk om up-to-date te blijven en in te spelen en te anticiperen op evoluties in de omgeving. De opgeslagen kennis in de organisatie en in zekere mate ook de competenties van de medewerkers zijn tijd- en situatiegebonden. Kennis kan verouderen of weglekken en competenties kunnen niet of minder van toepassing worden naargelang de organisatie van koers of missie verandert. Wanneer kennis niet evolueert, verzeilt men in een toestand van inertie, routineus werken en zelfvoldaanheid. Daarom is het noodzakelijk om een leerrijke en leervriendelijke werkomgeving te creëren. Dit heeft veel voordelen, zowel voor de werkgever als de werknemer. Om de kennis actueel te houden wordt een beroep gedaan op de wetenschappelijke richtlijnen van het Nederlandse Trimbos-Instituut.

We onderscheiden drie essentiële onderdelen van het VTO-beleid:

Strategisch VTO-beleidsplan

Het strategisch VTO-beleid is een blauwdruk van de uitgangspunten, contouren en krachtlijnen betreffende het wat, het waarom en het waarmee van VTO in de organisatie.

Operationeel VTO-beleidsplan

Het operationeel VTO-beleidsplan is een specificatie van de VTO-doelstellingen, de doelgroepen, de middelen en de concrete VTO-activiteiten voor een bepaalde tijdsperiode (maximum 1 à 2 jaar). De inhoud van het operationeel VTO-beleidsplan kan gaan over de ganse organisatie, een groep medewerkers, een bepaalde thematiek,...

Persoonlijk ontwikkelingsplan (POP)

Het persoonlijk ontwikkelingsplan is een 'ontwikkelingscontract' tussen de leidinggevende en de medewerker. Zowel de leidinggevende als de medewerker geven aan dat ze inspanningen zullen doen om dit plan op te stellen en tot uitvoer te brengen.

2.2 Functioneringsgesprek

Naast het VTO-beleid onderscheiden we het functioneringsgesprek als een tweede kwaliteitsvereiste met betrekking tot het competentie management.

Een functioneringsgesprek is een gesprek tussen een medewerker en zijn verantwoordelijke. Het doel is om alle huidige en toekomstige aspecten aan de orde te stellen die rechtstreeks of onrechtstreeks met het werk te maken hebben.

We onderscheiden vier kenmerken van een functioneringsgesprek:

- Functioneringsgesprekken worden minimaal één keer per jaar gehouden. De verdere frequentie van het voeren van functioneringsgesprekken is situationeel afhankelijk en wordt bepaald door de behoefte van de medewerker en/of leidinggevende.
- Een functioneringsgesprek wordt ingepland. Het structureel plannen van functioneringsgesprekken biedt de garantie dat de gesprekken tussen leidinggevende en medewerker daadwerkelijk worden gehouden.
- Een functioneringsgesprek wordt voorbereid door zowel medewerker als leidinggevende.
- In een functioneringsgesprek worden afspraken gemaakt, vastgelegd en opgevolgd. De afspraken voldoen aan de SMART criteria: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden.

2.3 Minimale kwaliteitsvereisten: competentie management

- Het VTO-beleid bestaat uit: een strategisch VTO-beleid, een operationeel VTO-beleid en een Persoonlijk OntwikkelingsPlan voor elke medewerker.
- Het VTO-beleid vermeldt:
 - hoe dit beleid aansluit bij de organisatiedoelen.
 - hoe dit beleid aansluit bij de noden van de doelgroepen.
 - hoe de verspreiding van de opgedane kennis in de organisatie verloopt.
 - hoe dit VTO-beleid wordt geëvalueerd.
 - hoe de VTO-activiteiten worden geëvalueerd.
 - het VTO-budget en de besteding ervan
- Het therapieaanbod voor specifieke doelgroepen is gebaseerd op de wetenschappelijke kennis over effectieve hulpverlening. Meer bepaald baseert men zich op de richtlijnen van het Trimbos Instituut.

2.4 Inspirerende literatuur

Baert, H., De Witte, K., & Sterck, G. (2000). Vorming, training en opleiding. Handboek voor een kwaliteitsvol VTO-beleid in welzijnsvoorzieningen. Leuven: Garant.

Van Beirendonck, L. (2004). *Iedereen competent. Handleiding voor competentie management dat werkt*. Tiel: Lannoo Campus.

van den Berg, J. (2004). POP in Nederland. Deventer: Kluwer.

Van den Broek, L., van der Giessen, R. & van Oers- van Dorst, A. (2000). Performance Management. Alles over beoordelen, competenties, functioneringsgesprekken, belonen en 360° feedback. Deventer: Kluwer.

Wijchers, L. (1993). Functioneringsgesprekken. Deventer: Kluwer.

http://www.leren.nl/cursus/leren_en_studeren/pop/

3. Naar kwaliteitsvereisten voor diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze

Diagnostiek kunnen we definiëren als:

De activiteiten gericht op het verwerven van inzicht in de klachten en problemen van de cliënt of het cliëntsysteem met het oog op de psychiatrische classificatie in de DSM IV, de therapiekeuze, de ontwikkeling van het behandelplan, de prognose, de preventie, enz...

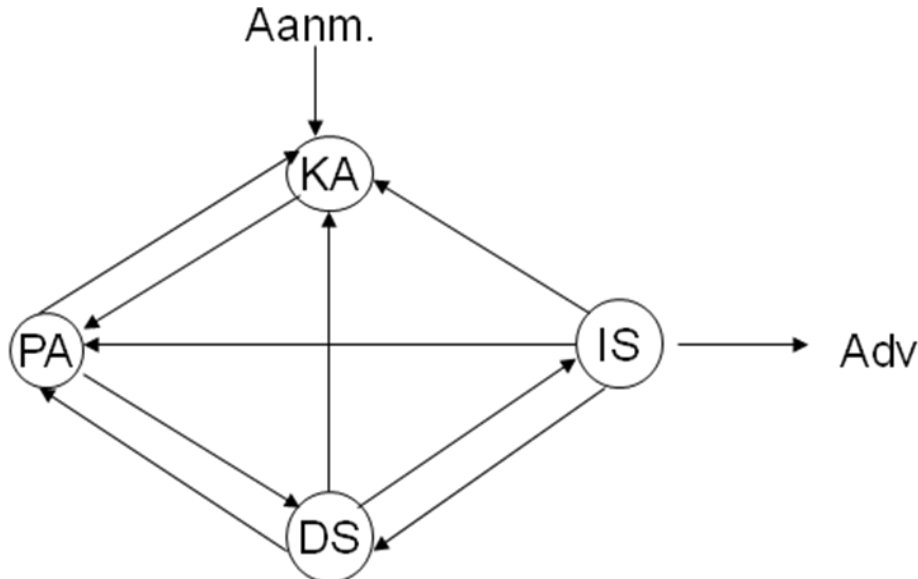
Het gebruik van testinstrumenten kan hiervan een onderdeel zijn.

Bij een combinatie van hulpvragen volgt een combinatie van onderzoekstypen waarbij de volgorde niet willekeurig is. Het meest volledige diagnostisch scenario is gebaseerd op de empirische cyclus en bestaat uit de volgende stappen:

1. Klachtenanalyse (KA):
Controle van de betekenis van de klachten
2. Probleemanalyse (PA):
Onderkenning, clustering en ernstinschatting problemen
Op basis van de probleemanalyse worden hypothesen opgesteld
3. Diagnosestelling (DS):
De getoetste hypothesen vormen diagnoses: namelijk verklaringen voor het probleem
4. Indicatiestelling (IS):
Empirische of theoretisch onderbouwde aanbevelingen voor één of meerdere behandelingen

Een optimaal diagnostisch beslissingsproces kent een cyclisch verloop (zie figuur 7).

- Het onderzoek start bij de aanmelding (Aanm)
- Het onderzoek eindigt bij het advies (Adv)
- De punten en pijlen geven de richting van de stappen aan.



Figuur 6: De diagnostische cyclus (De Bruyn, 1998)

De aard van de problematiek vergt meestal het herhaald doorlopen van de volledige cyclus of onderdelen daaruit (zie pijlen figuur). Is er zekerheid van informatie, dan wordt er verder gegaan naar de volgende stap. Is de informatie onzeker, moet eerst de oorzaak worden gezocht van die onzekerheid. Ligt de bron van onzekerheid in de

stap zelf, herhaal dan die stap. Ligt de bron van onzekerheid in een of meerdere voorafgaande stappen, ga dan een of meerdere stap(pen) terug.

De empirische wetenschappelijke diagnostiek vereist dat in elke stap van het proces de ideeën van de diagnost aan de feiten worden getoetst.

Gezien de verplichte registratie van DSM IV in de CGG, is een diagnostische proces steeds ook gericht op classificatie in een nosologisch systeem.

3.1 Het overlegmodel als vertrekpunt bij de indicatiestelling

Het maken van keuzes (intake, therapiekeuze, doorverwijzen ...) gebeurt zoveel mogelijk vanuit het overlegmodel. Meer concreet worden in de intakefase de voor- en nadelen van wel of geen professionele hulpverlening en wel of geen psychotherapie besproken en wordt bekeken of het CGG de meest geschikte hulpverleningsinstantie is voor de cliënt.

In het overlegmodel:

- worden cliënten actief betrokken bij de (medische) beslissingen;
- wordt informatie uitgewisseld over de alternatieven;
- om zo tot een consensus te komen over de beste keuze;
- Vanuit de idee dat zowel clinicus als cliënt over een belangrijk deel van de informatie beschikken;
- Wat positieve effecten heeft op de cliënt (motivatie, betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel, gelijkwaardigheid, voorkeuren duidelijk kunnen maken)
- En voor de therapeut (meer therapietrouw, meer vertrouwen krijgen, minder drop-out).

Dit vereist een rolverdeling tussen clinicus en cliënt waarbij de clinicus:

- Het juiste klimaat installeert
- Het cliëntperspectief grondig **bevraagt**:
 - Zijn hulpvraag en voorkeuren
 - Zijn visie op zijn klachten en problemen
 - Zijn therapiedoel
- Duidelijke en relevante **informatie geeft** omtrent:
 - Mogelijke behandelingen en de voor- en nadelen hiervan
 - Medicatie en zijn nevenwerkingen
 - Specifieke fenomenen in therapie zoals weerstand, overdracht, afbreken, enz.
- Deze informatie wordt mondeling gegeven en waar mogelijk aangevuld met 'decision aids' of beslissingshulpen

De cliënt neemt in dit proces ook een verantwoordelijkheid op. Hij wordt aangemoedigd om voorkeuren uit te spreken, zelf afwegingen te maken, vragen te stellen om tenslotte samen met de hulpverlener tot een keuze te komen die het beste past bij wat hij nodig heeft en bij zijn voorkeuren en waarden.

3.2 Minimale kwaliteitsvereisten: diagnostisch proces en overleg bij therapiekeuze

- De therapeut werkt vanuit een methodische cyclus. Dit is vaststelbaar in het intake-dossier.
- Er wordt duidelijke mondelinge en schriftelijke informatie gegeven over:
 - De ziekte: ziektebeeld, behandeling, gevolgen van psychiatrische ziekten, hoe terugval te voorkomen.
 - Mogelijke behandelingen en de voor- en nadelen hiervan.
 - Specifieke fenomenen in therapie zoals weerstand, overdracht, afbreken, enz.
- Cliënten worden uitgenodigd tot en geholpen bij een actieve deelname aan beslissingen rond therapiekeuze.
- Het diagnostisch proces en de therapiekeuze wordt gerapporteerd en besproken in het multidisciplinair team.

3.3 Inspirerende literatuur

Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H., Vertommen, H. *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg* (pp.15-31). Utrecht: Uitgeverij Lemma.

De Bruyn, E.E.J., Pameijer, N.K., Ruijssenaars, A.J.J.M. & van Aarle, E.J.M. (1998). *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven: Acco.

Claes, L., Bijttebier, P., Vercruyssen, T., Hamelinck, L. (2006). Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk. Leuven: Acco.

Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107, 403-409.

Van Audenhove, Ch., Hamelinck, L. & Bleyen, K. (2006). Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie. In: Claes, L., Bijttebier, P., Vercruyssen, T., Hamelinck, L. & De Bruyn, E. (Eds). *Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (p. 183-204). Leuven: Acco.

Van Audenhove, Ch. & Vertommen, H. (1998). Integratie begint bij de intake: een strategie. In S. Colijn, E.C.A. Collumbien, R.W. Trijsburg & G. Lietaer (Eds.). *Handboek Integratieve Psychotherapie*, IV 3.2.1-28.

Vertommen, H., ter Laak, J.J.F. & Bijttebier, P. (2005). Het diagnostisch proces. In: F. Luteijn, W.A. Arindell, B.G. Deelman, J.H. Kamphuis, & H. Vertommen (red.). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Utrecht: Uitgeverij Lemma.

4. Naar kwaliteitsvereisten voor het behandelplan

Een goede behandeling is maatwerk: een doelgerichte aanpak gesneden op maat van zowel cliënt als hulpverlener. Een behandelplan geeft vorm aan en is de neerslag van dit maatwerk zonder afbreuk te doen aan de professionele vrijheid van de individuele hulpverlener. Het behandelplan is een 'werkinstrument' en vormt de basis voor de samenwerking met de cliënt evenals voor het overleg binnen het multidisciplinaire team. Het opstellen van het behandelplan samen met de cliënt vergroot diens verantwoordelijkheid voor zijn behandeling. Het kernachtige en doelgerichte behandelplan is ook goed leesbaar voor collega therapeuten die mogelijks een behandeling verder zetten of overnemen.

4.1 Basisonderdelen van het behandelplan

Een behandelplan dient de volgende vier elementen te bevatten:

- Klachten en problemen cliënt

Dit zijn de klachten en problemen waarop de behandeling zich zal richten. Deze zijn niet noodzakelijk gelijk aan de aanmeldingsklachten. De formulering van de klachten en problemen gebeurt gezamenlijk door hulpverlener en cliënt en in lekentaal.

- Hypothese hulpverlener

De hulpverlener formuleert op basis van multidisciplinair overleg een hypothese over de condities die op dit moment (dus niet in het verleden) de klachten of problemen in stand houden. De hypothese is een antwoord op de vraag: 'Waarom gaan deze klachten en problemen niet vanzelf over?'.

- Voorgenomen behandelmethode

Op basis van de klachten en problemen, de geformuleerde hypothese en het multidisciplinair overleg geeft de hulpverlener aan welke behandelmethode hij zal toepassen. Zowel het kwalitatieve luik (de methode) als het kwantitatieve luik (frequentie en duur) van de behandeling wordt beschreven.

- Beoogd behandelresultaat

Een 'taalkundige' ontkenning van de klachten en problemen zoals geformuleerd bij punt 1, weerom in lekentaal. Hierbij kan ook een verwachte looptijd geformuleerd worden.

Deze vier algemene elementen geven een globaal beeld zodat het behandelplan verstaanbaar is voor zowel cliënt als andere hulpverleners. De theoretische invulling ervan gebeurt vanuit het kader van de therapeut.

Één bladzijde volstaat voor het beknopte uitschrijven van deze vier elementen.

De elementen van het behandelplan vormen de basis voor de (tussentijdse en afsluitende) evaluatie.

4.2 Minimale kwaliteitsvereisten: behandelplan

Er is een behandelplan voor iedere cliënt in behandeling.

Een behandelplan bevat minimaal de volgende vier elementen: klachten en problemen cliënt, hypothese hulpverlener, voorgenomen behandelmethode en beoogd resultaat.

Het behandelplan wordt voorgelegd aan en besproken in het multidisciplinair team.

4.3 Inspirerende literatuur

Beenackers, A. (2003). Maatwerk in de behandelkamer. *Gedrag & Gezondheid*. 31(1), 43-53.

Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I. & Van Audenhove, Ch. (2007). *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod*. Leuven: Lucas.

5. Naar kwaliteitsvereisten voor een goede webstek

Goede websites onderscheiden zich door een interessante inhoud (info, communicatie, transacties), toegankelijke teksten, een overzichtelijke lay-out en een groot gebruiksgemak

5.1 Interessante inhoud

- Denk op voorhand na over de inhoud. Richtinggevende vragen hierbij zijn:
 - Wie is de lezer?
Vb. toekomstige cliënt, cliënt, professionele collega
 - Welke info wil de lezer?
Vb. hulpverlener contacteren, prijzen, openingsuren, bereikbaarheid, info over aandoening, info over soorten behandeling,...
 - Welke lezer wil welke info?
 - Welke info wil men de lezer zeker meegeven?
Vb. met wie ze contact moeten opnemen, vacatures,...
- De inhoud en de presentatie van de webstek sluiten aan bij de doelen van de organisatie.

- Probeer niet alles zelf te doen. Is er ergens nuttige info te vinden, geef dan gewoon een link naar die site.
- Geef de mogelijkheid 'contact'.
- Geef een eenvoudige zoekfunctie.
- Hou de webstek actueel.

5.2 Het gebruik van internet in de toekomst

Ook al positioneren de CGG zich op de tweede lijn, toch kan een goed uitgebouwde website helpen om de juiste cliënten te selecteren en vragen van zowel cliënten, familie als hulpverleners op te vangen. Hieronder volgen enkele onderwerpen die op de website van CGG zeker aan bod mogen komen:

- Hulpmiddel bij intake

Als de cliënt op voorhand reeds persoonlijke info en/of gepaste vragenlijsten op de computer heeft ingevuld, kan er beter gefocust worden tijdens de intake zelf. Voordelen hiervan zijn: tijds winst, aanvullend, adaptief, mogelijkheid tot meerdere meetmomenten per cliënt (intake, tijdens en na behandeling). Nadelen zijn: moeilijk voor cliënten die geen Nederlands spreken en privacy (inloggen via unieke toegangscode).
- Informatie over het behandelaanbod zodat cliënten betrokken kunnen worden bij hun (keuze van) behandeling
- Informatie over vormingen/lezingen door CGG medewerkers

Voor wie, over welke onderwerpen, prijs,...
- Procedures

Intake, kosten, drop-out ...
- Belangenbehartiging

Cliëntenraden, vertrouwenspersoon, klachtenprocedure,...
- Lotgenotencontact

Informatie over cliënten- en familieorganisaties
- E- mental health

5.3 Minimale kwaliteitsvereisten: webstek

- De inhoud van de webstek bestaat minimaal uit:
 - Algemene contactinformatie:
 - Adres, telefoonnummer, gegevens hulpverleners (naam, dienst)
 - Minimale informatie voor cliënten:
 - Informatie over de doelgroepen die men wenst te bereiken,
 - Informatie over het hulpaanbod, klachtenprocedure, kostprijs,...
 - Minimale informatie voor professionals
 - Informatie over het instroombeleid
- De vorm van de webstek is gekenmerkt door:
 - Toegankelijke teksten
 - Een overzichtelijke lay-out
 - Groot gebruiksgemak

5.4 Inspirerende literatuur

Gorissen, M. (2005). Jan Mokkenstorm over het internet als hulpmiddel bij intake en evaluatie van behandeling. *Psychopraxis*, 7(2), 69-72.

6. Naar kwaliteitsvereisten voor het NOA-beleid

Het onaangekondigd afwezig zijn van een cliënt op een afspraak heeft verschillende benamingen: NOA (Niet op afspraak komen), Onaangekondigde Afwezigheden (OAA), Non-attendance, No-Show gedrag en fail to attend (FTA).

Het niet komen opdagen op een afspraak kan verschillende oorzaken hebben: het vergeten van de afspraak, zich overslapen, angst voor het contact, enz.

Bij een bepaalde categorie van cliënten komt dit No-Show gedrag vaker voor. Onderzoek toont immers aan dat No-Show gedrag sterk samenhangt met: lager inkomen, lagere socio-economische status, lagere leeftijd, vage klachten en middelenmisbruik.

NOA heeft in de GGZ en in het bijzonder in de context van het psychotherapeutisch proces altijd ook een specifieke betekenis die relevant is in het veranderproces van de cliënt. Afhankelijk van het stadium van de therapie, de aard van de problematiek en de werkaliantie zal de therapeut hier mee aan de slag gaan in functie van de therapiedoelen en het behandelplan. In het EPD dient men desgevallend een neerslag te vinden van de specifieke benadering van dit aspect van de problematiek.

Daarnaast en evenzo is het belangrijk om NOA als dusdanig zoveel mogelijk te beperken omwille van efficiëntie redenen. Vooral in die doelgroepen waarbij op afspraak komen een probleem op zich is, dient het NOA-beleid ontwikkeld te worden.

6.1 Richtlijnen om NOA's te vermijden

- Duidelijke mondelinge en schriftelijke informatie verstrekken aan de cliënt en relevante anderen over:
 - De ziekte (ziektebeeld, behandeling, gevolgen van psychiatrische ziekten, hoe terugval te voorkomen).
 - Wachttijden
 - Het verwachte gedrag van de cliënt
 - De gevolgen van niet op afspraak komen (voor de cliënt, voor de hulpverlener, voor de organisatie)
- Partner/familie/vrienden betrekken bij de behandeling om de rationale duidelijk te maken.
- Oog hebben voor mogelijke oorzaken van No-Show gedrag en hierover praten met de cliënt. Een cliënt met een geschiedenis van misbruik, verwaarlozing, abrupte scheidingen, vernederingen enz. door primaire verzorgers heeft vaak (onbewust) de angst dat een dergelijke situatie zich ook zal voordoen in de relatie met de hulpverlener. Om te vermijden dat ze terug in een dergelijke situatie terecht komen, verbreken ze vaak het contact.
- De cliënt correct bejegenen en vriendelijk behandelen.
- De therapeutische relatie positief beïnvloeden.
- De motivatie van de cliënt verhogen door motiveringsstrategieën te gebruiken.
- De cliënt actief betrekken bij de behandeling, bijvoorbeeld inspraak geven in zijn behandeling, bij het opstellen van het behandelplan of door registratie opdrachten te geven.
- Werken met herinneringen (sms, kaartje sturen). Op Internet is een gevarieerd aanbod terug te vinden van organisaties die een sms gateway aanbieden die automatisch gegenereerde berichten kan versturen (voor een voorbeeld zie www.mobileweb.be). Mogelijks kan een dergelijk programma gekoppeld worden aan de agenda uit het EPD zodat cliënten de dag van op voorhand automatisch op de hoogte worden gehouden van hun afspraak. Meestal wordt enkel de prijs per verzonden bericht aangerekend, een abonnement is vaak gratis. De herinnering is het meest effectief binnen 48u voor de afspraak. Ook al wordt een dergelijk bericht duidelijk automatisch gegenereerd toch geeft het naast een herinnering een cliënt het gevoel 'verwacht' te worden.
- Zorgen voor continuïteit van behandeling.

6.2 Minimale kwaliteitsvereisten: NOA-beleid

- Het CGG analyseert NOA-kencijfers en trekt hieruit conclusies om het aanbod te verbeteren ten opzichte van doelgroepen die men onvoldoende bereikt of doelgroepen waarvoor het aanbod ontoereikend is.

6.3 Inspirerende literatuur

Knoppert- Van der Klein, E., Kölling, P., & Hoogduin, C. (1998). Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw. Cure & Care development.houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Lefforge, N., Donohue, B., & Strada, M. (2007). Improving session attendance in mental health and substance abuse settings: a review of controlled studies. *Behavior Therapy*, 38, 1-22.

Leong, K., Chen, W., Kok, L., Mastura, I., Mimi, O., Sheikh, M., et al. (2006). The use of text messaging to improve attendance in primary care: a randomized controlled trial. *Family Practice*, 23, 699-705.

Meyer, W. (2001). Why they don't come back: a clinical perspective on the no-show client. *Clinical Social Work Journal*, 29(4), 325-339.

Mitchell, A. & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 423-434.

Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy, *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70.

7. De minimale kwaliteitsvereisten samengevat

Ter afsluiting brengen we alle minimale kwaliteitsvereisten samen in onderliggende tabel. Het betreft hier een eerste aanzet die in een volgende fase verder geoperationaliseerd en onderbouwd kunnen worden samen met de centra.

Omgevingsanalyse:

De omgevingsanalyse bestaat uit:

- o Een analyse van het demografisch en socio-economisch profiel van de regio gebruik makend van relevante indicatoren.
- o Een SWOT analyse van het zorg- aanbod in de regio.

Het CGG definieert onder meer op basis van de omgevingsanalyse:

- o De doelgroepen waarop men zijn aanbod zal richten.
- o De doelgroepen waarvoor men geen eigen aanbod voorziet en de samenwerkingspartners naar wie men hen verwijst.

Het VTO-beleid bestaat uit: een strategisch VTO-beleid, een operationeel VTO-beleid en een Persoonlijk OntwikkelingsPlan voor elke medewerker.

Competentiemanagement:

- Het VTO-beleid vermeldt:
 - hoe dit beleid aansluit bij de organisatiedoelen.
 - hoe dit beleid aansluit bij de noden van de doelgroepen.
 - Hoe de verspreiding van de opgedane kennis in de organisatie verloopt.
 - hoe dit VTO-beleid wordt geëvalueerd.
 - hoe de VTO-activiteiten worden geëvalueerd.
 - het VTO-budget en de besteding ervan
- Het therapieaanbod voor specifieke doelgroepen is gebaseerd op de wetenschappelijke kennis over effectieve hulpverlening. Meer bepaald baseert men zich op de richtlijnen van het Trimbos Instituut.

Het diagnostisch proces:

- De therapeut werkt vanuit een methodische cyclus. Dit is vaststelbaar in het intakedossier.
- Er wordt duidelijke mondelinge en schriftelijke informatie gegeven over:
- De ziekte: ziektebeeld, behandeling, gevolgen van psychiatrische ziekten, hoe terugval te voorkomen.
- Mogelijke behandelingen en de voor- en nadelen hiervan.
- Specifieke fenomenen in therapie zoals weerstand, overdracht, afbreken, enz.
- Cliënten worden uitgenodigd tot en geholpen bij een actieve deelname aan beslissingen rond therapiekeuze.
- Het diagnostisch proces en de therapiekeuze wordt gerapporteerd en besproken in het multidisciplinair team.

Behandelplan:

- Er is een behandelplan voor iedere cliënt in behandeling.
- Een behandelplan bevat minimaal de volgende vier elementen: klachten cliënt, hypothese hulpverlener, voorgenomen behandelmethode en beoogd resultaat.
- Het behandelplan wordt voorgelegd aan en besproken in het multidisciplinair team.

Webstek:

- De inhoud van de webstek bestaat minimaal uit:
 - Algemene contactinformatie:
Adres, telefoonnummer, gegevens hulpverleners (naam, dienst)
 - Minimale informatie voor cliënten:
Informatie over de doelgroepen die men wenst te bereiken,
Informatie over het hulpaanbod, klachtenprocedure, kostprijs,...
 - Minimale informatie voor professionals:
Informatie over het instroombeleid
- De vorm van de webstek is gekenmerkt door:
 - Toegankelijke teksten
 - Een overzichtelijke lay-out
 - Groot gebruiksgemak

NOA-beleid:

- Het CGG analyseert NOA-kencijfers en trekt hieruit conclusies om het aanbod te verbeteren ten opzichte van doelgroepen die men onvoldoende bereikt of doelgroepen waarvoor het aanbod ontoereikend is.

Hoofdstuk 6

Pilootstudie in zes CGG

Dit hoofdstuk bespreekt de pilootstudie van de ontwikkelde instrumenten in de praktijk van zes CGG. Achtereenvolgens komt het opzet en het verloop van de test aan bod. Daarna bespreken we de resultaten en de conclusies.

1. Opzet en verloop

In mei 2009 werden 6 CGG uitgenodigd om deel te nemen aan de testfase van dit onderzoek. Bij de keuze van de CGG werd gezorgd voor zo veel mogelijk diversiteit, waarbij drie criteria richtinggevend waren: de grootte van het CGG, de context (stedelijk versus landelijk) en het lidmaatschap van een koepelorganisatie. Na een eerste uitnodiging per brief was er een telefonisch contact om een concrete afspraak te maken. De vestigingen werd gevraagd om twee uur tijd te voorzien voor een focusgroep en hiervoor enkele medewerkers en directieleden uit te nodigen die betrokken zijn bij of interesse hebben in het registratie- en kwaliteitsbeleid.

Deze focusgroepen vonden plaats in de maanden juli-september bij de volgende CGG:

- CGG De Pont, vestiging Mechelen
- CGG Prisma, vestiging Blankenberge
- CGG Passant, vestiging Leuven
- CGG LITP, vestiging Hasselt
- CGG Eclips, vestiging Gent
- CGG VBO, vestiging Leuven

	CGG De Pont	CGG Prisma	CGG Passant	CGG LITP	CGG Eclips	CGG VBO
Directeur	1	1	1	1	1	0
Middenkader	2	2	2	1	2	3
Hulpverlener	2	2	3	5	2	0
Aantal	5	5	6	7	5	3

Tabel 3: Aantal deelnemers aan de focusgroepen naar functie en CGG

Tabel 3 geeft het aantal deelnemers aan de focusgroepen weer per CGG en per functie. In totaal namen 5 directeurs, 12 stafleden en 14 hulpverleners deel. De focusgroepen gingen van start met een korte uiteenzetting over het project. Hierin werd eerst het verloop van het onderzoek toegelicht. Vervolgens werd de KLIC voorgelegd en werd gevraagd om dit in te vullen. De eerste resultaten met de KLIC zouden een licht kunnen werpen op het nut, de duidelijkheid en de differentieerbaarheid van de vragen. Het invullen heeft ook als voordeel dat er naar de onderzoekers toe meer concrete feedback kan worden gegeven over de inhoud.

Na het invullen van het instrument werden volgende vragen voorgelegd:

1. Zou u hiermee aan de slag gaan in uw organisatie?
2. Wat moet er veranderen of verbeteren zodat u er effectief gebruik van zou maken?
3. Wat zou een meerwaarde zijn voor uw centrum?
4. Wat zou een bezwaar zijn voor uw centrum?

Na het groepsgesprek op basis van deze vier richtinggevende vragen, werden de kwaliteitsvereisten voorgelegd. Er werd de nodige tijd voorzien om dit document in te kijken. Dezelfde vragen werden voorgelegd als bij de KLIC.

In de rest van dit hoofdstuk gaan we dieper in op de antwoorden die met deze vragen werden bekomen. Om de resultaten te anonimiseren worden de zes CGG at random aangeduid als CGG 1, CGG 2, CGG 3, CGG 4, CGG 5 en CGG 6. Aangezien de KLIC niet is vrijgegeven, bespreken we hier enkel de kwaliteitsvereisten.

2. De kwaliteitsvereisten

We bespreken hier de resultaten van de analyse omtrent de kwaliteitsvereisten die ook aan de medewerkers van de CGG werden voorgelegd en besproken.

2.1 Relevantie van de inhoud van de kwaliteitsvereisten

Bij de bespreking van de inhoud van de kwaliteitsvereisten komen twee verschillende meningen naar voor. Een eerste groep van CGG benoemt de vereisten als interessant en inspirerend. Ze bieden handvaten en zijn bruikbaar in de praktijk. CGG 4 en 6 vinden de bundeling van informatie handig zodat niet iedereen het warm water moet uitvinden. CGG 1 spreekt over relevante suggesties die de CGG in beweging kunnen zetten. CGG 4 vindt de kwaliteitsvereisten bovendien zinvoller dan het zelfevaluatie-instrument.

Twee CGG beoordelen de kwaliteitsvereisten als te weinig vernieuwend. Een medewerker van CGG 2 is bijvoorbeeld van mening dat ze veel te laat komen:

'er staan weinig vernieuwende ideeën in. Met veel dingen zijn we al bezig. Dit komt 10 jaar te laat'.

Ook CGG 6 vindt dat er weinig vernieuwende dingen instaan en dat sommige thema's heel beperkt zijn uitgewerkt.

Er zijn verschillende meningen over welke thema's vooral nuttig worden bevonden. CGG 4 vindt de kwetsbaarheidindicatoren bij de omgevingsanalyse goed en nuttig. CGG 4 is vooral enthousiast over de informatie in verband met een website. Een ander CGG is dan weer enthousiast over competentie management.

Het is heel handig dat de bronnen telkens staan vermeld. Ook de informatie over de POP (persoonlijke ontwikkelingsplannen) is handig om te gebruiken bij de functioneringsgesprekken.

Het is duidelijk dat de CGG tijdens de toets al prioriteiten begonnen te leggen in de kwaliteitsvereisten. Sommige boden gezien hun kwaliteitsbeleid slechts beperkte meerwaarde, terwijl andere dan weer de nodige veranderingen op gang kunnen brengen.

2.2 Meer uitleg over achterliggende motieven

CGG 6 mist een kader voor deze kwaliteitsvereisten dat duidelijk maakt waar deze thema's vandaan komen en wat het doel er van is. Ook CGG 1 is van mening dat er verduidelijking nodig is waarom juist deze thema's zijn gekozen en waarom ze op deze wijze werden ingevuld. Voor CGG 2 zijn deze kwaliteitsvereisten in deze vorm 'nog niet nuttig'. CGG 2 zou graag enkele thema's verder uitgespit zien bijvoorbeeld het deel over een goede webstek aanvullen met informatie over e-mental health, concrete tips en programma's. Ook het NOA-beleid zou volgens dit CGG meer uitgediept mogen worden en concreter worden gemaakt. Voor CGG 1 mag het stuk over de intake aangevuld worden met informatie over de aanmelding. CGG 4 mist bij het deel omgevingsanalyse een kaart dat het reeds aanwezige hulpaanbod in de regio weergeeft. Bij de webstek had deze focusgroep ook graag aanvullende informatie over hoe het gebruik van de webstek kan worden aangeleerd bij de medewerkers en het breder publiek aangezien tot op heden enkele medewerkers nog nooit op het huidige intranet hebben ingelogd.

Het overlegmodel zou mogen worden uitgebreid met wat te doen bij de zwakste cliënten. Voor CGG 5 zou het deel betreffende het functioneringsgesprek verder mogen worden uitgewerkt:

'voor het beleid is dit te simplistisch. Voor de medewerkers is dit voldoende info'.

CGG 6 blijft op zijn honger zitten omtrent indicatoren. Bij deze thema's zouden enkele indicatoren mogen die deze dingen aantonen. CGG 3 merkt op dat er weinig bevraagd wordt over de doelgroep ouderen. Bijvoorbeeld in de indicatoren voor omgevingsanalyse zijn er geen indicatoren voor deze doelgroep.

2.3 Statuut van de kwaliteitsvereisten

In de meeste CGG wordt onmiddellijk gevreesd voor het verplichtende karakter van de kwaliteitsvereisten.

'Mits ruimte voor overleg zijn het zinvolle uitgangspunten (CGG 4),

ja als het gebruikt wordt als algemeen ideeëngoed, niet als dit als norm wordt gesteld (CGG 5),

als het maar niet te belerend is (CGG 1),

zolang het geen opgelegd protocol is, is het goed. Het is een visie maar niet de waarheid, er zijn dingen waar ik niet mee akkoord ben (CGG 3).

Drie CGG geven als bezwaar aan als het verplicht karakter zou krijgen. Ze formuleren dit als volgt: als het zou getoond worden als enige juiste handleiding (CGG 4), 'als het verplicht zou worden, als knellend harnas (CGG 5), 'als het opgedrongen zou zijn (CGG 6).

CGG 1 pleit ervoor om ook deze thema's duidelijk te kaderen in het EFQM model zodat ook de kwaliteitsvereisten dezelfde logica volgen. CGG 5 haalt aan dat dit een antwoord is op de documentatie die bij de omzendbrief van de overheid zou kunnen worden gegeven. CGG 5 zou het vooral een meerwaarde vinden mocht deze informatie als een dynamisch instrument op een gemeenschappelijke website worden gezet (vb. van de Vlaamse Gemeenschap)

'Deze website zou moeten worden geactualiseerd en worden aangevuld met good practices. Als een soort encyclopedie/ Wikipedia voor CGG. Met een forum erbij waar men van gedachten kan wisselen'.

CGG 6 benadrukt vooral de meerwaarde van dit document voor afstemming, gemeenschappelijkheid tussen de CGG. Zo kan je benchmarken en zien of je mee bent.

'Het is een meerwaarde om sommige thema's voor iedereen gelijk te stellen, zodat duidelijk is "dit is dit en dat is dat". Dit mag voor mij directief zijn'.

2.4 Besluit

De meeste CGG erkennen de meerwaarde van de gekozen thema's, maar er is meer onenigheid over de inhoud. Voor sommige zijn ze inspirerend en bieden ze handvaten om veranderingsprocessen op gang te brengen. Volgens de CGG is er evenwel een verdere operationalisering nodig die mede gedragen wordt door de sector zelf. Ook zou een kwaliteitsproces op sectorniveau hierover op gang gebracht kunnen worden, via bijvoorbeeld een website waarop goede praktijken worden gedeeld. Tegelijkertijd stellen de CGG zich vragen bij het statuut van deze vereisten. In hun overtuiging mogen ze vooral niet verplicht worden opgelegd door de overheid.

Twee CGG zijn heel wat kritischer. Volgens hen zijn deze vereisten te weinig vernieuwend en uitdagend. Ook zijn ze onvoldoende geoperationaliseerd in indicatoren die benchmarking toelaten.

Pluspunten	Minpunten
<ul style="list-style-type: none"> • Inspirerend • Geeft handvaten • Vermelding bronnen • Basis om discussie binnen sector te activeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig vernieuwend • Niet meetbaar

Tabel 4: Ervaren pluspunten en minpunten van de kwaliteitsvereisten

3. Conclusie

De resultaten van de testfase van dit onderzoek geven uiteenlopende meningen weer. Dit geldt zowel voor het belang dat door de CGG gehecht wordt aan zelfevaluatie als voor de acties die in dit kader door de CGG reeds werden ondernomen. De meeste CGG vrezen desalniettemin controle en te veel inmenging van de overheid.

Met betrekking tot de kwaliteitsvereisten stellen we een grote variëteit van meningen vast in de bevraagde CGG. Twee CGG beamen het belang van de onderwerpen maar geven aan hierin zelf al verder staan dan de voorgestelde documenten. In één van deze CGG zouden ze de inhoud van de kwaliteitsvereisten pas nuttig vinden moest er op sommige thema's dieper worden ingegaan. Het andere CGG vraagt om een verdere uitwerking van de thema's en liefst in de richting van een gemeenschappelijk kader en indicatoren. In de andere CGG vonden de leden van de focusgroepen dat de voorgestelde kwaliteitsvereisten handvaten bieden en dat er interessante ideeën inzitten. Deze CGG vonden evenwel dat het gebruik ervan vrijblijvend moet zijn. Moesten de kwaliteitsvereisten niet louter ter inspiratie zijn maar als norm opgelegd worden, dan vinden de CGG dit niet nuttig. Globaal kunnen we besluiten dat de huidige kwaliteitsvereisten een goede basis vormen om binnen de sector de dialoog op gang te brengen over de verdere operationalisering ervan. Ook de uitwisseling van goede praktijken (via bijvoorbeeld een website) zou een sterk faciliterende rol kunnen spelen.

Hoofdstuk 7

Conclusies en aanbevelingen

Dit project wil de operationalisering van het kwaliteitsdecreet in de CGG een nieuwe impuls geven door de bruikbaarheid en kwaliteit van indicatoren te onderzoeken. Het centrale uitgangspunt is om kwaliteitsvol werken op een integrale wijze te benaderen. Niet enkel de kwaliteit van het primaire proces van hulpverlening maar de hele werking van het CGG als organisatie komt op die manier in beeld. Het EFQM-model laat toe om die integrale benadering te structureren. Zo'n integrale benadering vraagt ook voldoende aandacht voor moeilijker meetbare aspecten van het functioneren van de CGG als organisatie.

In een eerste fase bepaalde de stuurgroep van het project de thema's die centraal staan in het kwaliteitsbeleid van de CGG in ruime zin. Vervolgens werden die thema's geplaatst binnen het EFQM-model. Het was een expliciete keuze om het werk van andere lopende projecten, die betrekking hebben op respectievelijk de beleidsindicatoren en het uitkomstenmanagement, niet over te doen. In dit project wordt daarentegen gekozen om via een ruimere benadering van kwaliteit ook te kijken naar de structuuraspecten van de geleverde zorg. Deze structuurkenmerken creëren volgens internationale evidentie de randvoorwaarden voor een kwalitatief beleid. Uit internationaal onderzoek blijkt echter dat deze kenmerken moeilijker te vertalen zijn naar indicatoren. Internationaal zijn er vooral indicatoren beschikbaar die betrekking hebben op het primaire hulpverleningsproces en op de resultaten ervan. Om ook de moeilijk meetbare kenmerken in beeld te brengen werden twee sporen uitgezet: de ontwikkeling van een zelfevaluatie-instrument en kwaliteitsvereisten.

Een eerste spoor is de ontwikkeling van een nieuw zelfevaluatie-instrument. Dit instrument met als naam KLIC is afgestemd op de werking van de CGG en bouwt voort op binnen- en buitenlands onderzoek. De gekozen kwaliteitsthema's worden, op basis van nationale en internationale literatuur, vertaald in één of meerdere stellingen. De KLIC vormt de eerste fase van de PDCA-cyclus. Door kritisch de eigen werking onder de loep te nemen, komen sterktes, zwaktes en prioriteiten bovendrijven. Het wordt aanbevolen om alle medewerkers de mogelijkheid te bieden om dit instrument in te vullen. Op basis van de geaggregeerde scores kan het CGG vervolgens verbeteracties formuleren. De verbeteracties kunnen vervolgens worden voorgelegd aan de Inspectie WVG. Zo kan de Inspectie de ruimere kwaliteitswerking van de CGG opvolgen en waar nodig richting geven.

Het tweede spoor in dit onderzoek is het opstellen van kwaliteitsvereisten. Voor de gekozen thema's wordt weergegeven hoe ze vertaald kunnen worden naar minimale kwaliteitsrichtlijnen. De uitwerking van deze thema's is gebeurd op basis van internationale en meer algemene literatuur enerzijds en voldoende specifieke informatie om bruikbaar te zijn voor CGG anderzijds. De kwaliteitsvereisten bestaan uit een inleidend kader rond het onderwerp, een overzicht van inspirerende literatuur en een voorzet van de onderzoekers tot enkele minimale kwaliteitsvereisten. Dit

schept klaarheid in een veelheid van informatie en vereenvoudigt de communicatie hieromtrent.

In een tweede fase vond van deze beide sporen een pilootstudie plaats bij zes CGG. De resultaten van deze pilootstudie kenmerken zich door een grote diversiteit. Dit geldt zowel voor het belang dat door de CGG wordt gehecht aan zelfevaluatie als voor de acties die in dit kader door de CGG reeds werden ondernomen. Over de kwaliteitsvereisten was er geen eensgezindheid. De meeste CGG erkennen de meerwaarde van de gekozen thema's, maar ze kunnen zich niet allemaal in dezelfde mate terugvinden in de nadere omschrijving van de inhoud. Voor sommige zijn ze inspirerend en bieden ze handvaten om veranderingsprocessen op gang te brengen. Volgens de CGG is er evenwel een verdere operationalisering nodig die mede gedragen wordt door de sector zelf. Ook zou op het niveau van de sector de uitwisseling van goede praktijken rond die thema's op gang gebracht kunnen worden, via bijvoorbeeld een website. Tegelijkertijd stellen de CGG zich vragen bij het statuut van deze vereisten. In hun overtuiging mogen ze niet verplicht worden opgelegd door de overheid. Twee CGG zijn veel kritischer. Volgens hen zijn deze vereisten te weinig vernieuwend en uitdagend. Ook zijn ze onvoldoende geoperationaliseerd in indicatoren die benchmarking toelaten.

Pluspunten	Minpunten
<ul style="list-style-type: none"> • Inspirerend • Geeft handvaten • Vermelding bronnen • Basis om discussie binnen sector te activeren 	<ul style="list-style-type: none"> • Weinig vernieuwend • Onvoldoende meetbaar

Tabel 5: Plus- en minpunten van de kwaliteitsvereisten

Ondanks de uiteenlopende reacties bieden de kwaliteitsvereisten een vertrekpunt voor een verdere operationalisering, waarover de dialoog op sectorniveau kan gevoerd worden. We doelen hier op het stimuleren van de sector om met de aangeleverde informatie aan de slag te gaan om deze minimale kwaliteitsvereisten verder te operationaliseren. Dit kan gebeuren in navolging van de positieve ervaringen die recent werden opgedaan met het behandelplan. De kwaliteitsvereisten geven aan het Agentschap Inspectie de mogelijkheid om de audit in de CGG op een meer uniforme wijze uit te voeren. De CGG zelf weten op welke thema's zij geïnspecteerd zullen worden en hebben een kader waarbinnen ze aan het Agentschap Inspectie kunnen rapporteren.

Voor de kwaliteitsvereisten kunnen ook twee algemene acties stimulerend werken. Een eerste is de organisatie van kwaliteitsdagen voor de CGG-medewerkers. Op deze dagen wordt de communicatie gestimuleerd en goede praktijken uitgewisseld. Een tweede actie is de start van een gemeenschappelijke website voor de CGG. Deze

website kan informatie bevatten voor cliënten en hulpverleners. Voor cliënten is er informatie over behandelingsmogelijkheden, verschillende therapieën en contactprocedures. Voor hulpverleners is er een elektronische versie van de KLIC en kan er informatie gedeeld worden tussen collega's van het uitwisselen van goede praktijken tot het posten van moeilijke casussen. Hier is eveneens een plaats voor de kwaliteitsvereisten.

Tot slot zijn er enkele thema's die in dit onderzoek slechts beperkt aan bod kwamen maar die aanleiding geven tot verder onderzoek. We denken hier aan het functioneren van de Raad van Bestuur in termen van deugdelijk bestuur, de uitwerking van functieprofielen van de verschillende disciplines en de ontwikkeling van vragenlijsten rond medewerker- en cliënttevredenheid.

Literatuurlijst

- Ahaus, K. & Diepman, F. (2005). *Balanced scorecard & INK management Tool*. Deventer: Kluwer.
- Anthony, W., & Huckshorn, K. (2008). *Principled Leadership in mental health systems and programs*. Boston: Boston University.
- Baert, S. (2008). *De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen*. Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent: VVGG.
- Baert, H., De Witte, K., & Sterck, G. (2000). *Vorming, training en opleiding. Handboek voor een kwaliteitsvol VTO-beleid in welzijnsvoorzieningen*. Leuven: Garant.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Euwema, M. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology, 10* (2), 170-180.
- Beenackers, A.A.J.M. (1999). *Handleiding dossiervoering*. Delft: Eburon.
- Beenackers, A.A.J.M. (2003). Maatwerk in de behandelkamer. *Gedrag en gezondheid, 31* (1), 43-53.
- Beersen, N., Kallewaard, M., van Croonenborg, J., van Everdingen, J., & van Barnveld, T. (2007). *Handleiding indicatorontwikkeling*, Utrecht: CBO.
- Borrill, C., Carletta, J., Carter, A., Dawson, J., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., Shapiro, D., & West, M. (2002). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. Report*. London: Aston University University of Glasgow University of Leeds.
- Bral, L. (2009). Indicatoren voor sociaal kapitaal in Vlaanderen. Presentatie op studiedag Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Sociaal kapitaal: van kapitaal belang voor gezondheid? 5 juni 2009.
- Collins, J., & Porras, J. (1991). Organizational vision and visionary organizations. *California Management Review, 34*, 30-52.
- Cuyvers, G. (2006). *Zorgen voor kwaliteit. Handboek kwaliteitsontwikkeling voor non-profit organisaties*. Leuven: Lannoo Campus.
- Dale, B. (2003). *Managing Quality*. Fourth edition. Oxford: Blackwell Publishing.
- Davies, H., & Nutley, S. (2000). Developing learning organizations in the new NHS. *British Medical Journal, 320*, 998-1001.
- De Bruyn, E., Claes, L., & Byttebier P. (2006). *Het diagnostisch proces*. In L. Claes, P. Bijttebier, T. Verduyck, L. Hamelinck, & E. De Bruyn, (Eds). *Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 19-30). Leuven: Acco.
- De Jonge, J., Le Blanc, P., Schaufeli, W., & van der Linden (1998). Veranderingen in werkkenmerken in relatie tot verandering in burnout en arbeidstevredenheid. *Gedrag en Organisatie, 11*(3), 121-134.

- Dekeyser, L., & Baert, H. (1999). *Projectonderwijs: leren en werken in groep*. Leuven: Acco.
- Deming, E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: MIT Press.
- Dorr, D., & Zuidema, J. (2002). *Werken met het INK-managementmodel*. Deventer: Kluwer.
- Drucker, P. (1985). *The effective executive*. New York: Harper & Row.
- Engel, C. (2002). Common Assessment Framework: The state of affairs, *Eipascope*, 1, 35-39.
- Everaert, S., Scheerder, G., De Coster, I. & Van Audenhove, Ch. (2007). *Getrapte zorg voor personen met depressie in de centra geestelijke gezondheidszorg. Analyse, evaluatie en optimalisering van het zorgaanbod*. Leuven: Lucas.
- Glickman, S., Baggett, K., Krubert, C., Peterson, E., & Schulman, K. (2007). Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (6). 341-348.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107, 403-409.
- Hoogduin, K. (2008). Wetenschap is een strenge meesteres. De scientist practitioner als noodzakelijke basis voor verantwoord therapeutisch handelen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 12 (63), 1005-1011.
- Hutschemaekers, G., & van Nijnatten, C. (2008). De scientist practitioner en evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 12 (63), 1025-1032.
- Jackson, S., May, K., & Whitney, K. (1995). Understanding the dynamics of diversity in decision-making teams. In: Guzzo, R., Salas, E., & Associates. *Team effectiveness and Decision Making in Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jaskyte, K. (2004). Transformational Leadership, Organizational Culture, and Innovativeness in Nonprofit Organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 15 (2), 153-168.
- Johnson, D., & Johnson, F. (2008). (Nederlandse bewerking Hans Geluk) *Groepsdynamica theorie en vaardigheden 9^e editie*. Amsterdam: Pearson Education.
- Karasek, R. (1979). Job demands, Job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Klazinga, N. (2000). Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality Assurance of health care services in western European health care systems. *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (3), 183-189.
- Knoppert- Van der Klein, E., Kölling, P., & Hoogduin, C. (1998). Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw. Cure & Care development. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Korsten, A., & Soeters, J. (1999). Kwaliteitszorg in de non-profitsector. *Bestuurskunde. Themanummer Kwaliteitsmanagement*, 8 (6), 232-244.
- Kouzes, J., & Posner, B. (1989). *Leadership is in the eye of the follower*. The 1989 Annual: Developing Human Resources, 233-239.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Meyer, G., & Massagli, M. (2001). The forgotten component of the quality triad: Can we still learn something from 'structure'? *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27, 484-493.
- Minkman, M., Ahaus, K., & Huijsman, R. (2007). Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (2), 90-104.
- Moeller, J. (2001). The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 45-49.
- Nabitz, U., Klazinga, N., & Walburg, J. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (3), 191-201.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57-70.
- Øvretveit, J. (2000). Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13 (2), 74-79.
- Pencheon, D. (2008). *The Good Indicators Guide. Understanding how to use and choose indicators*. Warwick: NHS Institute of Innovation and Improvement.
- Perry, J., & Angle, H. (1981). An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. [*Administrative Science Quarterly*](#), 26 (1), 1-14.
- Posner, B., & Kouzes, J. (1993). Psychometric properties of the leadership practices inventory- Updated. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 191-199.
- Powell, T. (1995). Total Quality Management as Competitive Advantage: A review and Empirical Study. *Strategic Management Journal*, 16 (1), 15-37.
- Reeves, C., & Bednar, D. (1994). Defining Quality: Alternatives and Implications. *The Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Reijnders, E. (2006). *Basisboek Interne Communicatie. Aanpak en achtergronden*. Assen: Van Gorcum.
- Remmerswaal, J. (1998). *Handboek groepsdynamica: een nieuwe inleiding op theorie en praktijk*. Baren: Nelissen B.V.

Roelen, C., Koopmans, P., & Groothoff, J. (2008). Which work factors determine job satisfaction? *Work*, 30 (4), 433-439.

Schaufeli, W. (2001). *De stormachtige geschiedenis van een krachtige metafoor*. In: C. Hoogduin, W. Schaufeli, C. Schaap, A. & Bakker (Eds), *Behandelingsstrategieën bij burn-out* (pp 1-12). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schein, E. (1985). *Organizational culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.

Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline*. New York: Doubleday.

Senge, P. (1994). Building Learning Organizations. In C. Schneier, C. Russell, R. Beatty, L. & Baird (Eds.), *The Training and Development Sourcebook* (pp 379-387). Amherst: Human Resource Development Press.

Staes, P., & Thijs, N. (2005). Report on the State of Affairs of the Common Assessment Framework (CAF) after Five Years. *Eipascope*, 3, 41-49.

Stetler, C., & Faan, R. (2003). Role of the organization in translating research into evidence-based practice. *Outcomes Management*, 7 (3), 97-103.

Thorncroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health services research. *Psychological Medicine*, 29, 761-767.

Vallejo, P., Saura, R., Sunol, R., Kazandijan, V., Ureña, V., & Mauri, J. (2006). A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. *International Journal for Quality in Health Care*, 18 (5), 327-335.

Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen onderzoek, praktijk en beleid*. Leuven: Lannoo Campus.

Van Audenhove, Ch., Hamelinck, L., & Bleyen, K. (2006). Het overlegmodel bij de keuze van psychotherapie. In: L. Claes, P. Bijttebier, T. Vercruyssen, L. Hamelinck, & E. De Bruyn, (Eds). *Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk* (pp. 183-204). Leuven: Acco.

van Buuren-Verwajen, M. (2006). *Slimmer vergaderen en notuleren: met tips en checklists*. Deventer: Kluwer.

Van Dale (2005). *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht: van Dale lexicografie.

Van Delden, P. (1996). *Professionele organisaties. Vernieuwen onder druk*. Amsterdam/ Antwerpen: Uitgeverij Contact.

van den Berg, J.(2004). *POP in Nederland*. Deventer: Kluwer.

van den Broek, L., van der Giessen, R., & van Oers- van Dorst, A. (2000). *Performance Management. Alles over beoordelen, competenties, functioneringsgesprekken, belonen en 360° feedback*. Deventer: Kluwer.

- Vandereycken, W., van Deth, R., Kop, P., Gorissen, M., Kaasenbrood, A., Koekkoek, B., & de Niet, G. (2004). Themanummer: Professie en Prive, *Psychopraxis*, 6, 213-255.
- Van Eekert, S. (2009).
- Van Petegem, P. (1998). *Vormen aan schoolbeleid*, Leuven: Acco.
- Van Roosbroek, S. (2008). *Kwaliteitsmanagement als innovatie in de lokale besturen in Vlaanderen*. Leuven: Steunpunt Bestuurlijke Organisatie Vlaanderen.
- van Weeghel, J., Van Audenhove, C., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liegeois, A., McCulloch, A., Muijen, M., Norcio, B., Ploumbidis, D., Bauduin, D. (2005). The components of good community care for people with severe mental illnesses: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28 (3), 274-81.
- Vindevogel, S., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2008). *Haalbaarheidsonderzoek naar het intersectoraal meten van effectiviteit en efficiëntie in de integrale jeugdhulp*. Onderzoeksrapport. Gent: UGent.
- Voca (2008). *Zelfevaluatieinstrumenten voor de gezondheids- en welzijnssector*. Heverlee: Voca Training & Consult.
- Vranken, R. & Hermans, K. (2008). *Project zorginnovatie in welzijn. Deel II: Zorginnovatie: gebruikersgericht vernieuwen en veranderen*. Leuven: Lucas.
- Walburg, J. (1996). *Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg. Van inspecteren naar Leren*. Deventer: Kluwer.
- Walburg, J. (1999). Kwaliteit en gezondheidszorg. *Bestuurskunde. Themanummer Kwaliteitsmanagement*, 8 (6), 268-280.
- Walburg, J. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen: Elsevier.
- Webster, L., & Kist Hackett, R. (1999). Burnout and leadership in community mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 26 (6), 387-399.
- Wennink, H. (2007). Meten en verbeteren van prestaties in de GGZ. In J. Havenaar, P. van Splunteren, & J. Wennink, Koersen op kwaliteit in de GGz (pp 22-41). Assen: Van Gorcum.
- Wijchers, L., Ardon, A., van Oosterhout, D., & Steeman, D. (1993). *Functioneringsgesprekken*. Deventer: Kluwer.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A., Dollard, M., Demerouti, E., Schaufeli, W., Taris, T., & Schreurs, P. (2007). When do job demands predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (8), 766-786.
- Zabada, C., Asubonteng, P., & Munchus, G. (1998). Obstacles to the application of total quality management in health-care organizations. *Total Quality Management*, 9 (1), 57-66.