

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Inleiding | 3 |
| 1 Voorbereiding en inhoud..... | 4 |
| 1.1 Voorbereiding | 4 |
| 1.2 Inhoud..... | 4 |
| 1.3 Deelnemers..... | 5 |
| 1.4 Timing | 5 |
| 2 Resultaat..... | 6 |
| 2.1 Zicht op de gekozen aanpak voor zelfevaluatie | 6 |
| 2.1.1 Gebruik van een bestaande methodiek of systeem..... | 7 |
| 2.1.2 Kwaliteitsindicatoren..... | 7 |
| 2.2 Aan de slag met kwaliteitsdoelstellingen | 8 |
| 2.2.1 Kwaliteitsdoelstellingen..... | 8 |
| 2.2.2 Stappenplan, evaluatie en bijsturing na evaluatie | 13 |
| 2.3 Volledigheid van de zelfevaluatie..... | 14 |
| 2.4 Geen oefening van directie en staf alleen..... | 14 |
| 2.4.1 Samenspraak met gebruikers | 14 |
| 2.4.2 Samenspraak met personeel | 17 |
| 2.5 Kenbaar maken van de resultaten..... | 18 |
| 2.6 Tekorten en aandachtspunten | 18 |
| 2.6.1 Overzicht van de tekorten | 19 |
| 2.6.2 Overzicht van de aandachtspunten..... | 20 |
| 3 Reacties en evaluaties | 21 |
| 3.1 Reacties op de verslagen | 21 |
| 3.2 Resultaat bevraging deelnemers aan deze inspecties..... | 21 |
| 4 Conclusie..... | 23 |
| 5 Bijlage | 24 |
| 5.1 Belangrijke bepalingen uit de regelgeving | 24 |
| 5.1.1 Artikel 47 | 24 |
| 5.1.2 Artikel 48 | 24 |
| 5.2 Overzicht deelnemers..... | 25 |

INLEIDING

Gaat u binnen uw organisatie aan de slag met kwaliteitsdoelstellingen? Hebt u zich al eens gebogen over de vraag welke gegevens u binnen uw organisatie zal verzamelen en registreren over de kwaliteit van de geboden zorg? Ondernam u reeds een eerste poging om dit proces in een procedure uit te schrijven?

Met deze vragen lanceerde Zorginspectie in juni 2015 een oproep naar alle organisaties binnen de gehandicaptensector om zich vrijwillig op te geven voor een inspectie over het thema zelfevaluatie.

Volgens zowel het Decreet van 17 oktober 2003 als het Besluit van de Vlaamse Regering van 4 februari 2011 wordt van elke organisatie erkend door het VAPH verwacht dat sinds 2014 het proces inzake “zelfevaluatie” is opgestart. Hiermee wordt voortgebouwd op de fundamenten die reeds van toepassing waren binnen het vorige kwaliteitsdecreet en bijhorend besluit, zoals het opmaken van een kwaliteitsplanning, het beoordelen van het kwaliteitshandboek en het werken met corrigerende en preventieve maatregelen.

De nieuwe regelgeving gaat nog een stapje verder en verwacht dat organisaties aan de slag gaan met het verzamelen en registreren van gegevens over de kwaliteit van geboden zorg, dit met oog op het formuleren van kwaliteitsdoelstellingen; deze doelstellingen moeten volgens een uitgezet stappenplan worden gerealiseerd; de gebruikersgerichte processen maar ook de organisatiegerichte processen en middelen moeten aan bod komen; zowel gebruikers als medewerkers moeten bij het proces van zelfevaluatie worden betrokken; en dit alles binnen een zelfevaluatiecyclus van vijf jaar.

Voor u ligt nu het globale eindrapport over deze thematische inspectie, waarin zowel de resultaten uit de inspectiebezoeken gebundeld zijn, naast de resultaten van de feedback die Zorginspectie kreeg op deze inspecties.

Zorginspectie wil deze resultaten gebruiken om het toezicht op zelfevaluatie verder bij te schaven maar ook om een beeld te geven van de goede praktijken die bij de inspecties aan bod kwamen. Op verschillende plaatsen in het rapport worden voorbeelden ter inspiratie aangehaald. Voor gebruikers geeft dit niet alleen een zicht op de manier waarop organisaties met de formele verplichting van het uitvoeren van een zelfevaluatie aan de slag gaan, maar ook een inkijk in de inbreng die zij vanuit hun positie kunnen geven.

Zorginspectie meent met deze aanpak positief te kunnen bijdragen aan het uitbouwen van zelfevaluatie, en niet zozeer adviserend maar wel inspirerend te werk te gaan.

Veel leesplezier!

1 VOORBEREIDING EN INHOUD

1.1 VOORBEREIDING

Binnen het team Gehandicaptenzorg van Zorginspectie werd een werkgroep gevormd om de module “zelfevaluatie” te ontwikkelen. De uitwerking werd afgetoetst met het VAPH.

Een proefmodel werd getoetst op basis van twee proefinspecties bij grote erkende instellingen die vrijwillig hun volledige medewerking gaven aan deze test. Op basis van deze proefondervindingen werd het instrument bijgeschaafd tot de vorm waarmee de inspecties werden verricht.

1.2 INHOUD

De structuur van het inspectie-instrument is een parallel tweeluik. Enerzijds is er de theorie, anderzijds de praktijk.

Doorheen de module zijn de dwarsverbindingen duidelijk gelegd op basis van de wettelijke bepalingen.

De module begint met de toetsing van *de inhoud van de procedure zelfevaluatie* als element van het kwaliteitshandboek. In tien stappen wordt nagegaan of er voldaan werd aan de minimale eisen van de regelgeving:

- Beschrijven van de systematische verzameling en/of registratie van gegevens over kwaliteit van de zorg
- Beschrijven van de systematiek voor het aanwenden van de gegevens bij het formuleren van doelstellingen
- Werken met een stappenplan met tijdsplan om kwaliteitsdoelstellingen te bereiken
- Bepalen van frequentie en wijze van evaluatie van de kwaliteitsdoelstellingen
- Beschrijven van de te ondernemen stappen als een doelstelling niet bereikt wordt
- Voorzien in een evaluatie van alle gebruiksgerichte processen
- Voorzien in een evaluatie van alle organisatiegerichte processen en middelen
- Borgen van een volledige zelfevaluatiecyclus binnen ten hoogste 5 jaar
- Borgen van samenspraak van de gebruikers
- Borgen van samenspraak van het personeel.

Vervolgens wordt de praktijk die gepaard gaat met deze inhoudelijke bepalingen getoetst. Binnen het gehanteerde inspectie-instrument vertaalt dit zich in een aantal rubrieken.

Onder de rubriek *verzamelen en registreren van gegevens over de kwaliteit van zorg* komt de methodiek van de organisatie aan bod. Gevraagd wordt of er van bestaande systemen gebruik wordt gemaakt, of er met kwaliteitsindicatoren wordt gewerkt en welke bronnen er benut worden voor het verzamelen van de data (gebruikers, personeel, stakeholders, dagelijkse werking en zorgvernieuwing).

De volgende rubriek gaat in op het *formuleren van kwaliteitsdoelstellingen*. Subrubrieken zijn daarin het bevragen van een mogelijk onderscheid tussen strategische en operationele doelen, het SMART-formuleren van doelen en de aanwezigheid van elementen van zorgvernieuwing in de geformuleerde doelen.

Er wordt ook nagegaan of deze processen verlopen volgens de beschreven werkwijze in de procedure, vanuit de veronderstelling dat processen doelgericht en doelmatig verlopen en al dusdanig ook zijn vastgelegd.

De opgemaakte *stappenplannen* om doelstellingen te bereiken worden dieper bevraagd op criteria als tijdsplan en toewijzing van verantwoordelijkheden. En ook hier wordt nagegaan of de werkwijze verloopt zoals dat is bepaald in de procedure.

De frequentie en de wijze van *evalueren* worden vervolgens bevraagd, gevolgd door het nazicht of er al dan niet bijsturende maatregelen werden genomen op basis van de evaluatieresultaten. En indien dit het geval was, gebeurde dit dan met respect voor de bepalingen over het stappenplan en het tijdsplan voor de uitvoering conform de procedure.

Het nagaan van de *borging* gebeurt door te kijken of alle facetten van werking wel in de planning voor zelfevaluatie zijn voorzien, of deze cyclus binnen de termijn van 5 jaar blijft en of dit planmatig verloopt.

De praktijk van de *samenspraak met de gebruikers en het personeel* in de zelfevaluatie wordt bevraagd gekoppeld aan ten eerste de vraag of dit ook expliciet beschreven is in de procedure en ten tweede of dit ook gebeurde zoals het werd beschreven.

Tot slot wordt gepeild naar het publiek *bekend maken van de resultaten* van de zelfevaluatie.

1.3 DEELNEMERS

Na de oproep meldden zich exact vijftig organisaties die wilden deelnemen aan de thematische inspectie. Deze groep was zeer divers: zowel grote als kleine organisaties gaven zich op, erkend als Flexibel Aanbod Meerderjarigen (FAM), Multifunctioneel Centrum (MFC voor minderjarigen) of een combinatie van beide. Bij de deelnemers zijn er ook een paar diensten begeleid wonen.

1.4 TIMING

De inspecties gingen door van oktober 2015 tot en met half januari 2016.

1.5 GOEDE PRAKTIJKEN IN DE KIJKER

Doorheen de verschillende rubrieken worden voorbeelden opgesomd van goede praktijken die doorheen de inspecties werden toegelicht. Het is uiteraard niet mogelijk om binnen deze rapportering de hele context te schetsen waarbinnen de voorbeelden zich situeren. Nochtans is die context altijd belangrijk om de afweging te maken of het praktijkvoorbeeld wel of niet voldoet aan de opgelegde regelgeving. Het puur overnemen van een aantal van de voorbeelden zal dus niet volstaan om aan de verschillende verplichtingen inzake zelfevaluatie te voldoen: het blijft van essentieel belang dat een vertaling wordt gemaakt naar de specifieke werking, achtergrond,... waarbinnen het moet dienen.

Desalniettemin kunnen de goede praktijken organisaties op weg zetten om de zelfevaluatie degelijk op te starten of verder uit te breiden, waarbij ook voor de hand liggende oplossingen de sleutel kunnen zijn voor een goede zelfevaluatie.

2 RESULTAAT

Binnen dit hoofdstuk worden de resultaten puntsgewijs overlopen. Waar relevant, worden voorbeelden van goede praktijken ter inspiratie meegegeven.

2.1 ZICHT OP DE GEKOZEN AANPAK VOOR ZELFEVALUATIE

Iedere organisatie is vrij om een eigen aanpak uit te werken om aan zelfevaluatie te doen, zolang als men voldoet aan de opgelegde wettelijke bepalingen hieromtrent. De 50 geïnspecteerde zelfevaluaties worden dan ook zeer divers ingevuld, met een complexe of minder complexe aanpak, uitgebreid of eerder gebald, gecentraliseerd of uitgewerkt per afdeling, gevat in één overzichtstabel of in vele actiefiches, vanuit één algemene procedure of uitgewerkt in vele subfacetten... alle mogelijke vormen en soorten zijn de revue gepasseerd.

Binnen dit brede spectrum zijn toch een aantal rode draden te onderscheiden:

- Heel wat goede praktijken die zijn opgezet in kader van het eerste kwaliteitsdecreet¹, zoals werken met corrigerende en preventieve maatregelen, het zelf organiseren van een vorm van interne audit,... zijn doorgetrokken tot op vandaag en worden geïntegreerd binnen de huidige aanpak van zelfevaluatie.
- Veel organisaties werken met een vorm van beleidsplan dat meerdere jaren bestrijkt (2 à 5 jaar) aangevuld met een vorm van jaarplanning. Kwaliteitsdoelen en verbeterpunten allerhande kunnen dus zowel een langere als kortere termijn bestrijken.
- Een aantal organisaties werkt hoofdzakelijk of aanvullend met beleidsplannen per afdeling, waarbij de afdeling, teams,... de volledige regie en verantwoordelijkheid in handen hebben.
- Zelfevaluatie is geen opdracht die enkel door een kleine "kwaliteitscel" wordt uitgevoerd: vaak wordt een ruimere groep medewerkers betrokken, niet zelden onder de vorm van een "kwaliteitsdag".

Kortom, binnen deze groep die zich weliswaar vrijwillig voor deelname aan deze inspectie opgaf, maakt het werken aan zelfevaluatie in aanzienlijke mate deel uit van het gevoerde beleid. Dit betekent natuurlijk niet dat alle geïnspecteerde organisaties een vlekkeloos parcours rijden. In het vervolg van het rapport wordt puntsgewijs ingegaan op de goede en minder goede praktijken die doorheen de inspecties werden aangetroffen.

Een aantal algemene bedenkingen kunnen nu al worden meegegeven:

- Niet alle verbeteracties worden steeds even goed opgevolgd.
- Sommige werkwijzen zijn zeer complex en wellicht ook zeer tijdsintensief of missen nog onderlinge coherentie.
- Helder formuleren van doelstellingen, het maken van een onderscheid tussen de doelstelling zelf en de aanpak,... is niet altijd evident.
- Het werken met plannen per afdeling kan ook een valkuil zijn: het moet steeds duidelijk blijven waar de organisatie in haar geheel naartoe gaat. De interne opvolging van de realisatie blijkt niet altijd zo evident.

¹ Decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen

2.1.1 Gebruik van een bestaande methodiek of systeem

Bij elke organisatie werd nagegaan of zij met een bepaalde methodiek aan de slag gaat om de zelfevaluatie uit te voeren. Met een "bestaande methodiek" bedoelen we een extern ontwikkelde aanpak die men, al dan niet tegen betaling, binnen de organisatie toepast. Is dit niet het geval, dan stellen we dat de organisatie een eigen aanpak heeft ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld een verderzetting van de evaluatie die in het verleden gebeurde in kader van de beoordeling van het kwaliteitssysteem.

| | ja | nee | NB |
|--|----|-----|----|
| De organisatie maakt gebruik van een bestaande methodiek of systeem voor de zelfevaluatie | 19 | 28 | 3 |

| Gebuchte systeem of methodiek | |
|-------------------------------|---|
| Balanced Scorecard | 4 |
| EFQM | 5 |
| Prose | 9 |
| andere | 8 |

40% van de organisaties (n=47) werkt de zelfevaluatie uit aan de hand van een bestaande methodiek of systeem. Prose wordt het vaakst vernoemd, gevolgd door EFQM en Balanced Scorecard. Er wordt ook melding gemaakt van uiteenlopende andere systemen zoals Zorgonline, projectmanagement, Business Model, leidraad voor kwaliteitsmanagement van Ruud Bourmanne, interne audit door TrustNet, PDCA-cirkel, Van Delden, model voorgesteld door VOCA,...

Organisaties zoeken ook naar een aanpak op maat van de eigen werking: we noteerden een 8-tal situaties waarbij de organisatie (delen van) meerdere methodes combineert om zo tot een werkwijze te komen waarin de organisatie zich herkent. Maar dit geldt evenzeer voor organisaties die niet kiezen voor een bestaande vorm van zelfevaluatie: "afgestemd op de eigen werking" is zowat de rode draad doorheen de motivaties om een eigen methodiek naar voor te schuiven.

2.1.2 Kwaliteitsindicatoren

Eén derde van de organisaties werkt met eigen kwaliteitsindicatoren. Deze conclusie moet gelezen worden in functie van de invulling die voor deze vraag werd afgesproken: 16 organisaties werken met gegevens die zij zelf als indicatoren benoemen.

| | JA | NEE | NB |
|---|----|-----|----|
| De organisatie werkt met eigen kwaliteitsindicatoren | 16 | 34 | |

De indicatoren die werden voorgelegd zijn zeer divers, zowel naar inhoud (soms beperkt tot financiële zaken) als naar mate waarin met indicatoren wordt gewerkt (soms beperkt tot 1 element). Soms is er nog maar sprake van een eerste aanzet tot het werken met indicatoren, zeker in die gevallen waar er aan de naar voor geschoven indicator nog geen enkele norm is gekoppeld (4 van de 16 organisaties die zeggen met indicatoren te werken). Anderzijds zijn er ook een 10-tal organisaties waarbij men aan de slag gaat met de zelf verzamelde kerngegevens zonder deze zelf als indicatoren te benoemen.

Op dit moment is het werken met kwaliteitsindicatoren nog niet verplicht². Toch kunnen we stellen dat de helft van de organisaties in meerdere of mindere mate met indicatoren aan de slag gaat. Deze blijven beperkt tot één of een paar deelaspecten van de werking.

Voorbeelden van kwaliteitsindicatoren ter inspiratie:

- Medewerkerstevredenheid van 90% realiseren
- Gesprek met familie en bewoner over het ondersteuningsplan is altijd doorgegaan
- Verslag van overleg wordt binnen de 3 maanden na bespreking aan de familie bezorgd
- Begeleider investeert 80% van zijn tijd in rechtstreekse ondersteuning van cliënten
- 80% van de bewoners heeft een bepaalde BMI
- Alle intake dossiers moeten volledig zijn
- Het aantal medicatiefouten moet zich binnen een bepaalde vork situeren (gebaseerd op een gemiddelde van de laatste 3 jaren)
- 80% van het personeel moet vorming volgen om van een geslaagd VTO-beleid te kunnen spreken
- Aantal fixaties 's nachts (streefdoel is een afbouw met 66% over een periode van 3 jaar)
- Functioneringsgesprekken één keer per 3 jaar met een vastgelegde norm op 90%
- Aantal personeelsleden dat 8 op 10 scoort bij beoordeling over evenwicht tussen werk en gezin

2.2 AAN DE SLAG MET KWALITEITSDOELSTELLINGEN

2.2.1 Kwaliteitsdoelstellingen

Alle geïnspecteerde organisaties formuleren kwaliteitsdoelstellingen. Bijna driekwart (74%) maakt het onderscheid tussen strategische (lange termijn) doelstellingen en operationele doelstellingen (korte termijn). Slechts in 62% van de gevallen (31/50) is er effectief sprake van een link tussen strategische en operationele doelstellingen. Dit betekent dus dat bij ruim een derde van de organisaties werk moet gemaakt worden van een meer coherente samenhang en een beter gestructureerd geheel van plannen, acties, doelstellingen enz.

| | Ja | Nee | NB | nvt |
|---|----|-----|----|-----|
| Er worden kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd | 50 | 0 | | |
| Er wordt een onderscheid gemaakt tussen strategische en operationele doelstellingen | 37 | 13 | | |
| De geformuleerde operationele doelstellingen zijn gelinkt aan de strategische doelstellingen van de organisatie | 31 | 4 | 2 | |
| De kwaliteitsdoelstellingen zijn SMART geformuleerd | 40 | 10 | | |
| Bij het formuleren van de doelstellingen komen elementen van zorgvernieuwing tot uiting | 49 | 0 | 1 | |
| Het formuleren van de kwaliteitsdoelstellingen gebeurt op de wijze zoals beschreven in de procedure | 45 | 1 | 2 | 2 |

² BVR van 4 februari 2011 betreffende de algemene erkenningsvoorwaarden en kwaliteitszorg van voorzieningen voor opvang, behandeling en begeleiding van personen met een handicap, artikel 49: De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, bepaalt de aspecten van zorg uit de lijst, opgesteld door de Vlaamse Regering in uitvoering van artikel 6,§2, van het decreet van 17 oktober 2003, die door de voorzieningen in de zelfevaluatie moeten opgenomen worden. De Vlaamse minister, bevoegd voor de bijstand aan personen, bepaalt de indicatoren die bij de zelfevaluatie van de aspecten van zorg gehanteerd worden.

80% van de organisaties werkt met doelstellingen die voldoende SMART geformuleerd zijn; bij één op vijf van de geïnspecteerde organisaties moet dus aandacht gaan naar het specifiekere formuleren van de te bereiken doelstelling.

Gezien de huidige evoluties binnen gehandicaptenzorg en de sectorale regelgeving, werd systematisch nagegaan of er binnen de geformuleerde doelstellingen aandacht gaat naar zorgvernieuwing: dit blijkt bij alle organisaties in meerdere of mindere mate het geval.

Quasi alle organisaties voeren met hun aanpak hun eigen vooropgestelde procedure inzake het formuleren van doelstellingen uit.

Het werken met doelstellingen is niet nieuw en ondertussen een duidelijk verworven praktijk binnen de organisaties: reeds in het kader van het eerste kwaliteitsdecreet³ was elke organisatie verplicht – toen nog jaarlijks – om een kwaliteitsplanning op te maken. Vanuit de huidige regelgeving wordt een stapje verder gegaan en wordt verwacht dat de organisaties gegevens verzamelen over de kwaliteit van de zorg en deze aanwenden om doelstellingen te formuleren.

Hoewel er maximaal naar gestreefd werd om het formuleren van doelstellingen vanuit deze nieuwe invalshoek te bekijken, kan op basis van onze momenteel beschikbare gegevens geen eensluidende conclusie worden getrokken over de mate waarin de doelstellingen die aan bod kwamen tijdens de inspectiebezoeken, hun oorsprong vinden in de door de organisatie opgezette gegevensverzameling. Dit is zeker een leerpunt voor ons inspectie-instrument en mee te nemen bij toekomstige inspecties.

Bij opstart van deze opdrachten was het voor Zorginspectie ook wat koffiedik kijken wat we konden verwachten op vlak van gegevensverzameling. Het verzamelen van gegevens over de kwaliteit van zorg is een verplichte stap, maar kent geen verdere wettelijke invulling. Zoals hoger aangehaald, zijn er momenteel evenmin kwaliteitsindicatoren vervat in de regelgeving. Daarom kozen we ervoor om te vertrekken vanuit de praktijk van elke organisatie. We beoogden niet om een inventaris te maken van alle mogelijke informatie die een organisatie registreert, maar wel van wat men bijhoudt met oog op zicht krijgen op de kwaliteit van de zorg of waarop men zich baseert om de eigen kwaliteit van zorg te analyseren of met andere woorden: de gegevens waarmee men in kader van de zelfevaluatie aan de slag gaat.

Focus lag hierbij in eerste instantie op de invalshoeken gebruikers en zorgvernieuwing. Een aantal registraties zijn bovendien sowieso al verplicht vanuit de regelgeving⁴, zoals de klachtenregistratie, registratie van grensoverschrijdend gedrag, van gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen,... wat maakt dat deze logischerwijs zouden moeten aangewend worden in kader van zelfevaluatie. De informatie die aan bod kwam kan als volgt worden gegroepeerd:

| Gegevens vanuit invalshoek gebruikers | |
|---|----|
| gebruikersdossiers (of elementen uit de gebruikersdossiers) | 40 |
| medicatiebeleid- en of fouten | 29 |
| registratie vrijheidsbeperkende maatregelen | 30 |
| tevredenheidsmeting | 47 |
| klachten | 49 |
| meldingen grensoverschrijdend gedrag | 43 |
| vormen van collectieve inspraak | 35 |
| andere | 6 |

³ Zie voetnoot 1

⁴ BVR van 4 februari 2011, artikel 33 e.v., artikel 42

| Gegevens vanuit invalshoek zorgvernieuwing | |
|--|----|
| registraties FAM/MFC | 35 |
| bepalingen FAM/MFC | 35 |
| concentrische cirkels van zorg | 25 |
| overleg met reguliere diensten | 36 |

Volgens interne afspraak worden deze gegevensbronnen slechts genoteerd in het inspectieverslag indien de voorziening kan aantonen dat men de gegevens betreft in het proces van de zelfevaluatie. Dat verklaart bijvoorbeeld het cijfer 43 in plaats van de te verwachten 50 bij de registratie van meldingen grensoverschrijdend gedrag: we stelden bij een 7-tal organisaties vast dat men weliswaar een registratiesysteem voor het bijhouden van incidenten heeft ontwikkeld, maar er gebeurt geen verdere analyse van het beschikbare cijfermateriaal.

Het mag ook duidelijk zijn dat er zowel kwantitatieve als eerder kwalitatieve gegevens worden gebruikt om met de zelfevaluatie aan de slag te gaan. Er zijn ook verschillende benaderingen te onderscheiden in de manier waarop gegevens worden verzameld: hetzij eerder systematisch en op permanente basis (genre registratie van klachten, registratie medicatiefouten, gebruik vrijheidsbeperkende maatregelen) hetzij op één moment met een specifiek doel (genre tevredenheidsmeting, personeelspeiling, denkdag met bepaalde groep medewerkers, screenen van bepaalde documenten met oog op bundelen van gegevens...).

Een exhaustieve registratie en gegevensverzameling is echter geen garantie op een kwaliteitsvolle zelfevaluatie: elke organisatie moet bovenop de vanzelfsprekende bronnen het materiaal bundelen dat relevant is voor de eigen werking. Proportionaliteit is hiertoe de sleutel.

Voorbeelden van gegevensverzameling ter inspiratie:

INVALSHOEK GEBRUIKERS

- Registratie van klachten, ontevredenheden en deze bundelen in overzichten
- Overzicht voor alle leefgroepen van aantal keren dat er tot afzondering werd overgegaan
- Oplijsting van de aanwezigheid van de gebruiker bij de bespreking van het zorgplan en indien niet aanwezig, of er achteraf een bespreking is gebeurd
- Aantal ongevallen en bijna ongevallen met gebruikers
- Inventarisatie van alle thema's die aan bod kwamen tijdens collectief overleg
- Tevredenheidsmeting
- De tweejaarlijkse Personal Outcome Scale-bevraging screenen op patronen die een algemene aanpak vergen
- Specifieke bevraging van de gebruiker bij de bespreking van het handelingsplan over het algemene begeleidingsproces, evaluatie van de dienst begeleid wonen en evaluatie van de bespreking van het handelingsplan
- Bundeling van bepaalde gegevens uit gebruikersdossiers als onderdeel van het "onderzoeksrapport zelfevaluatie"
- Het geïnformatiseerd systeem van gebruikersdossiers wordt aangewend als gegevensbron voor de evaluatie van verschillende processen, bijvoorbeeld registratie van afzonderingsmaatregelen
- Aantal cliënten dat gebruik maakt van ergo/kine/logo

INVALSHOEK PERSONEEL

- Registratie van aantal medewerkers dat een evaluatie- en functioneringsgesprek kreeg

INVALSHOEK DAGELIJKSE WERKING

- Interne audit van de eigen procedures
- Via rapporteren periodieke evaluatie worden relevante gegevens verzameld die kunnen aanleiding geven tot verbeteracties
- Aantal pannes met de bus
- Aantal keren dat de bus te vroeg of te laat is
- Aantal keren dat permanentie wordt opgebeld

INVALSHOEK STAKEHOLDERS

- Bevraging van de stakeholders via een netwerkcafé (wat zijn de sterke en zwakke punten van de organisatie, wat verwachten de stakeholders van de organisatie,...)
- Inventaris van de onderwerpen die de stakeholders in hun overleg hebben behandeld

INVALSHOEK ZORGVERNIEUWING

- Aantal initiatieven met andere partners
- Aantal zorggebruikers buiten de klassieke erkenning
- Aantal cliënten dat nood heeft aan een ruimere ondersteuning
- Aantal overlegmomenten met externe diensten

Voorbeelden van kwaliteitsdoelstellingen die voortvloeien uit gegevensverzameling, ter inspiratie:

| INVALSHOEK GEBRUIKERS | |
|---|---|
| GEGEVENSVERZAMELING | DOELSTELLING |
| registratie van o.a. medicatiefouten | medisch luik bewaken |
| registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen | project rond agressiebeheersing |
| tevredenheidsmeting | herwerking ondersteuningsplan meer op maat van de gebruiker |
| deelname aan een studiedag over medicatiebeleid | aanpak eigen medicatiepolitiek |

| INVALSHOEK PERSONEEL | |
|---|--|
| GEGEVENSVERZAMELING | DOELSTELLING |
| personeelspeiling bij alle 45+ | aanwezigheidsbeleid: beleid ontwikkelen rond ziekteverzuimindicatoren |
| bevraging personeel over het mee-eten met de bewoners in de leefgroep als pedagogische taak | een eetsituatie creëren waarbij elke bewoner zich goed voelt |
| bevragen van de werkdruk in verschillende leefgroepen | aanpak uitwerken om werkdruk in leefgroepen met zwaar zorgbehoevende personen te verminderen |
| functioneringsgesprekken | project arbeidsinnovatie: realiseren haalbare jobs |
| bevraging van de medewerkers via focusgroepen | versterken van de communicatie bottom up |

| INVALSHOEK ZORGVERNIEUWING | |
|--|--|
| GEGEVENSVERZAMELING | DOELSTELLING |
| dienstjaarplan met vijf haalbare opdrachten | in functie van FAM uitwerken hoe dagactiviteiten en woonwerking verder kunnen afgestemd worden op vraaggestuurd werken |
| gegevens rond concentrische cirkels van zorg worden verzameld, concreet gemaakt door contacten met ouders, andere familie, vrienden,... in kaart te brengen. | beduidend verhogen van de inclusiegraad en intenser betrekken van ouders, netwerk,...bij de ondersteuning van de gebruiker |
| registraties en bepalingen van FAM/MFC | aanpassen van het facturatiesysteem |
| | reorganisatie van de dagbesteding om met bestaande personele middelen meer gebruikers te bereiken |
| | afbouwen residentiële werking ten voordele van de ambulante |
| denkdag met oog op gestructureerd aanbrengen van ideeën | voorbereiding omschakeling naar FAM |
| bevraging van ouders, medewerkers en relevante organisaties in functie van het uitbouwen van een volwaardige MFC-werking die flexibel kan inspelen op de ondersteuningsnoden | actief inzetten op het aanbieden van mobiele en ambulante begeleiding en outreach |

| INVALSHOEK STAKEHOLDERS | |
|--------------------------------------|--|
| GEGEVENSVERZAMELING | DOELSTELLING |
| vaststelling vanuit inspectieverslag | uitwerken inventaris van persoonlijke goederen |

| INVALSHOEK DAGELIJKSE WERKING | |
|---|---|
| GEGEVENSVERZAMELING | DOELSTELLING |
| gegevens over infrastructuur | oplossing vinden voor ruimtegebrek door personeelstoename |
| meting van inkomsten uit giften, projecten, materiële steun | genereren van bijkomende financiële middelen |

2.2.2 Stappenplan, evaluatie en bijsturing na evaluatie

Eens de kwaliteitsdoelstellingen geformuleerd zijn, is de logische uitdaging uiteraard om deze in de praktijk te gaan realiseren. Er wordt verwacht dat hiervoor een tijdspad wordt opgesteld, dat op gezette tijdstippen nagegaan wordt of de doelstelling bereikt is en dat hiervoor desgevallend wordt bijgestuurd door het nemen van corrigerende maatregelen. Met andere woorden: na opmaken van het plan, moeten de resterende stappen van de plan-do-check-act cirkel worden doorlopen.

| | Ja | Nee | NB | nvt |
|--|----|-----|----|-----|
| Er is een stappenplan met tijdspad voor het realiseren van de kwaliteitsdoelstellingen | 46 | 4 | | |
| Bij het formuleren van het stappenplan worden verantwoordelijkheden toegewezen | 44 | 2 | | |
| Het werken met een stappenplan met tijdspad om kwaliteitsdoelstellingen te bereiken is voldoende omschreven in de procedure zelfevaluatie | 45 | 5 | | |
| Het opstellen van het stappenplan gebeurt op wijze zoals beschreven in het kwaliteitshandboek | 43 | 1 | | 6 |
| De frequentie en wijze van evalueren van de kwaliteitsdoelstelling is voldoende omschreven in de procedure zelfevaluatie | 48 | 2 | | |
| De evaluatie gebeurt op de wijze en volgens de frequentie zoals beschreven in de procedure | 42 | 5 | | 3 |
| Er werden corrigerende maatregelen genomen of overwogen nadat vastgesteld werd dat kwaliteitsdoelstellingen niet gerealiseerd werden | 45 | 2 | | 3 |
| De genomen corrigerende maatregelen bevatten een stappenplan met tijdspad | 42 | 3 | 5 | |
| De te ondernemen stappen die worden gezet als een doelstelling niet bereikt wordt, zijn voldoende beschreven in de procedure | 38 | 12 | | |
| De wijze waarop corrigerende maatregelen beslist worden en in een stappenplan omgezet, is conform de wijze beschreven in het kwaliteitshandboek | 36 | | 5 | 9 |

Het uittekenen van een stappenplan om de doelstellingen te realiseren kan worden aangetoond bij 92% van de organisaties (46/50). 90% van de geïnspecteerde organisaties stuurt bij na evaluatie om de geformuleerde doelen alsnog te realiseren (45/50). 93% volgt daarvoor een stappenplan (42/45).

Ook het toepassen van de eigen vooropgezette werkwijze scoort goed voor de drie facetten “do”, “check” en “act”: het opstellen van het stappenplan gebeurt grotendeels zoals beschreven in het kwaliteitshandboek (43/44), net als het evalueren van de doelstellingen (42/47) en het nemen van maatregelen ter bijsturing indien een doelstelling niet wordt bereikt (36/36).

De procedure zelf is doorgaans voldoende uitgewerkt voor wat betreft het opmaken van een stappenplan en het evalueren van de doelstelling. Enkel voor de beschrijving van de te ondernemen stappen als een doelstelling niet bereikt wordt, moet een kwart van de organisaties haar procedure verder verduidelijken (12/50).

Op basis van deze gegevens kan nog geen uitspraak gedaan worden over de doeltreffendheid (de mate waarin doelstellingen worden gerealiseerd), maar eerder over de systematiek die men hanteert op de weg naar het realiseren van de doelstellingen. Een organisatie kan immers perfect de eigen procedures toepassen, zonder dat het beoogde niveau van kwaliteit van zorg, vertaald in een bepaalde doelstelling, wordt bereikt. Ook dit is een leerpunt voor ons inspectie-instrument en mee te nemen bij toekomstige inspecties.

2.3 VOLLEDIGHEID VAN DE ZELFEVALUATIE

Op twee gevallen na, was bij alle organisaties voorzien om alle facetten van de werking mee te nemen in de zelfevaluatie. Bij één organisatie werden de eigen procedures bovenop de verplichte over het hoofd gezien, bij een andere gebeurde de zelfevaluatie volledig los van de documenten en procedures.

| | Ja | Nee | NB | nvt |
|---|----|-----|----|-----|
| Alle facetten van de werking zijn gepland voor evaluatie | 48 | 2 | | |
| De volledige zelfevaluatiecyclus wordt doorlopen binnen de 5 jaar | 49 | 1 | | |
| De voorziene planning wordt in de praktijk gerealiseerd | 49 | 1 | | |

Vanuit de regelgeving⁵ wordt verwacht dat een volledige zelfevaluatiecyclus wordt doorlopen binnen een periode van maximum 5 jaar. Deze bepaling is nog geen vijf jaar van kracht, derhalve werd nagekeken of de afspraken en de eerste toepassing ervan in de praktijk momenteel voldoende garanties bieden om de opgelegde termijn te respecteren. Er stelt zich geen probleem op dit vlak.

2.4 GEEN OEFENING VAN DIRECTIE EN STAF ALLEEN

2.4.1 Samenspraak met gebruikers

Van elke organisatie wordt verwacht dat zij de zelfevaluatie uitvoert in samenspraak met de gebruikers⁶. Sinds lange tijd is het organiseren van collectieve inspraak van de gebruikers, mede onder impuls van de inspraakbesluiten⁷, een wijdverspreide praktijk binnen de gehandicaptensector. Net zoals dat het geval is bij de kwaliteitsdoelstellingen (zie hoger) wordt nu vanuit de huidige regelgeving een stapje verder gegaan met deze inspraak. Er wordt verwacht dat de zelfevaluatie, die minstens een evaluatie bevat van de gebruikersgerichte processen, de organisatiegerichte processen en de middelen, gebeurt in samenspraak met de gebruikers.

| | Ja | Nee | NB | nvt |
|---|----|-----|----|-----|
| De gebruikers hebben inspraak in de zelfevaluatie | 33 | 17 | | |
| De participatie van gebruikers wordt geborgd in de procedure zelfevaluatie | 17 | 33 | | |
| De inspraak van de gebruikers verloopt zoals beschreven in het kwaliteitshandboek | 16 | 1 | | 33 |

Eén derde van de organisaties scoort een tekort op dit punt. In deze gevallen luidt de conclusie dus dat de gebruikers geen inspraak hebben in het proces van de zelfevaluatie. Deze conclusie mag echter niet gelezen worden als “de gebruikers hebben geen inspraak”. Het gaat hier evengoed om organisaties die een degelijk collectief overleg met de gebruikers hebben uitgebouwd, alleen kreeg dit collectief overleg nog geen rol binnen de zelfevaluatie toebedeeld. Deze score doet dus enerzijds geen uitspraak over de inspraak van gebruikers in het algemeen, maar staat er anderzijds ook niet volledig los van: een organisatie waarbij het uitbouwen van collectieve inspraak sowieso een moeizaam verloop kent, zal dit als bijkomend probleem ervaren op het moment dat het erop aankomt om gebruikers bij het proces van de zelfevaluatie te betrekken. Het rechtstreeks betrekken van de gebruikers zelf, bijvoorbeeld bij sommige groepen minderjarigen, kan een zinvolle oplossing zijn.

⁵ BVR van 4 februari 2011, artikel 48

⁶ BVR van 4 februari 2011, artikel 47

⁷ BVR van 15 december 1993 tot vaststelling van algemene erkenningsvoorwaarden van voorzieningen

Wat werd als onvoldoende beschouwd? Het gaat hierbij bijvoorbeeld om organisaties die enkel voorbeelden kunnen geven van gegevensverzameling zonder meer (zoals deelname van gebruikers aan een tevredenheidsonderzoek, trekken van een rapport uit de maandelijkse bevraging van de cliënten tijdens de bewoners- en deelnemersvergaderingen,...), louter informeren over bijvoorbeeld het actuele beleidsplan of enkel voorbeelden kunnen geven van bespreking van topics die sowieso al is opgelegd vanuit bestaande regelgeving (bijvoorbeeld charter en protocol, de klachtenprocedure,...).

De volgende stap is nog niet gezet, zoals samen met de gebruikers maatregelen bepalen naar aanleiding van het resultaat van de tevredenheidsmeting, maatregelen afspreken op basis van het rapport over de bewonersvergadering of de mogelijkheid voorzien dat vanuit de gebruikers een inbreng wordt gedaan in het beleidsplan.

De samenspraak met gebruikers in de zelfevaluatie bestaat voor 66% van de gevallen in de praktijk. Twee derden van de organisaties kunnen minstens één voorbeeld aanhalen van een vorm van samenspraak met gebruikers in kader van de zelfevaluatie. Maar toch is ook hier nog een duidelijke marge voor verbetering:

- slechts bij een paar organisaties zijn gebruikers bij zowat alle aspecten van de zelfevaluatie betrokken.
- de samenspraak wordt meestal ingevuld door ofwel aan gebruikers de mogelijkheid te geven om een actiepoint aan te brengen, op te nemen in het groter geheel, ofwel wordt men betrokken bij (een deel van) de uitwerking van een concreet actiepoint. Hoewel dit zeker een waardevolle manier van werken kan zijn die in kader van deze inspecties als voldoende werd aanvaard, blijft het vaak de organisatie die afbakt aan welk actiepoint kan worden geparticipeerd of tot hoever de inspraak strekt. De valkuil hierbij kan ook zijn dat men weliswaar actiepunten kan aanbrengen, maar dat dit eerder een theoretische optie is die in de praktijk moeilijk kan worden aangetoond.
- het betrekken van gebruikers bij de zelfevaluatie gebeurt bij veel organisaties eerder ad hoc en dus vrij beperkt binnen het geheel van de werking.

Toch kunnen we hier besluiten dat de praktijk hier beter scoort dan de uitgeschreven procedure: bij 33 van de 50 organisaties is deze manier van werken (nog) niet in de procedure zelfevaluatie vastgelegd. Wie hiervoor wel een voldoende adequate werkwijze heeft voorzien, past deze ook consequent toe (16/17 organisaties). Ook hier is dit geen appreciatie van de inspraak van gebruikers in het algemeen.

Voorbeelden ter inspiratie:

- Resultaat van de tevredenheidsmeting wordt doorgenomen met de gebruikersraad, die betrokken wordt bij het formuleren van corrigerende maatregelen.
- Gebruikers nemen deel aan werkgroep rond medicatiebeleid, rond grensoverschrijdend gedrag, zorgvernieuwing, seksualiteit en privacy,...
- De cliëntenraad werd aantoonbaar betrokken bij het uitwerken van de richtlijnen over het middelengebruik bij cliënten.
- Verbeterproject voor ouders van cliënten met ASS werd uitgewerkt samen met de ouders, wat resulteerde in een praatgroep die ondertussen door de ouders zelf gedragen wordt.
- Verbeterproject inzake agressiebeheersing, waarbij aantoonbaar rekening wordt gehouden met de inbreng van bewoners en familieleden.
- Het thema van de tevredenheidsmeting wordt bepaald door de gebruikersraad.
- De gebruikersraad heeft de volledige regie over het tevredenheidsonderzoek (aanpak, keuze van het thema,...).

- Opstarten van een internetforum voor zowel personeel als gebruikers die op een aantal stellingen kunnen reageren om zo strategische doelen te bepalen, gevolgd door een strategisch café waar eveneens gebruikers aan deelnamen, om “wegwijzers” te bepalen. De uiteindelijke weerhouden strategische en operationele doelen vastgelegd voor de komende vijf jaar, vloeien hieruit voort.
- Betrekken van gebruikers bij concrete projecten zoals rouwverwerking, verbeteren van communicatie met gebruikers,...
- De gebruikersraad maakt om de vijf jaar een SWOT-analyse op van de organisatie.
- Het reorganisatieproces rond de dagwerking wordt stapsgewijs overlegd met de gebruikersraad en het finale voorstel wordt voor advies voorgelegd.
- Actieve deelname van wettelijk vertegenwoordigers in de jaarplangroepen.
- Verhogen van betrokkenheid van ouders binnen het collectief overleg zodat ze mee kunnen wegen op het beleid is opgenomen binnen een project: het plan van aanpak werd uitgewerkt met de gebruikersraad.
- Een vertegenwoordiger van de gebruikersraad neemt deel aan de zelfevaluatiedag.
- Cliënten worden uitgenodigd om kritisch na te denken over de werking van de dienst: met hun kanttekeningen wordt rekening gehouden of meegenomen in de zelfevaluatie.
- Vooraleer de procedure rond IDO definitief aan te passen, is er een ad hoc bevraging bij het netwerk van alle bewoners zodat met hun opmerkingen rekening kan gehouden worden.
- Aan de hand van een samen opgestelde vragenlijst, worden alle vormen van collectief overleg door het collectief overleg zelf geëvalueerd, met een aantal concrete verbeterpunten tot gevolg.
- Een belangrijke organisatorische verandering zoals de keuze om met een groepsstructuur te werken, wordt aantoonbaar in samenspraak met de gebruikersraad genomen.
- Een delegatie van het collectief overleg denkt mee over het concept voor de hele realisatie van het nieuwe infrastructuurproject.
- Deelname van gebruikers aan werkgroepen die verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van acties gelinkt aan het halen van bepaalde doelstellingen (bijvoorbeeld werkgroepen dagbesteding, woonbegeleiding, gespecialiseerde ondersteuning,...).
- Drie van de vaste leden van de gebruikersraad maken deel uit van de raad van bestuur, één is lid van het directiecomité met adviserende bevoegdheid. Bovendien maken ze deel uit van werkgroepen die nieuwe processen ontwikkelen of bestaande veranderen.
- Voorzitter van de gebruikersraad is lid van de kwaliteitscel (dit is het centrale orgaan binnen de zelfevaluatie).
- De gebruikersraad kan rechtstreeks doelstellingen formuleren en doet dit ook, bijvoorbeeld de doelstelling “maaltijdzorg”.
- De mate waarin de gebruikersraad volwaardig participeert in het beleid van de organisatie wordt nauwgezet gemonitord: “de gebruiker heeft invloed op het beleid” wordt als kritische succesfactor geformuleerd.
- De organisatie staat steeds open voor suggesties, opmerkingen, en kanttekeningen van het collectief overlegorgaan. De bemerking van ouders over het werken aan communicatie tussen scholen en leefgroepen op vlak van activiteiten werd meegenomen als kwaliteitsdoelstelling.
- Gebruikers krijgen inspraak via adviesgroepen, bijvoorbeeld adviesgroep geïntegreerde werking, adviesgroep “Op weg naar een MFC”.

- De evaluatie door de cliënten op het collectief overleg is gekoppeld aan vast te bevragen items (infrastructuur, feesten, personeel, vakanties en reizen, voeding, verzorging, kledij). Hier kunnen rapporten van worden voorgelegd.
- Bij een aantal beleidsdoelstellingen is de gebruikersraad betrokken bij alle essentiële stappen in het proces, bijvoorbeeld: duurzame mobiliteit, hoe kan de campus verkeersveiliger?

2.4.2 Samenspraak met personeel

Samenspraak met de medewerkers blijkt een courante praktijk: alle organisaties scoorden hier goed. De invulling van de samenspraak is zeer divers en voor een deel gebonden aan de grootte en complexiteit van de organisatie, maar gaat wel verder dan informeren van medewerkers of medewerkers betrekken bij gegevensverzameling.

| | Ja | Nee | NB | nvt |
|---|----|-----|----|-----|
| Het personeel heeft inspraak in de zelfevaluatie | 49 | | 1 | |
| De participatie van het personeel wordt geborgd in de procedure zelfevaluatie | 42 | 8 | | |
| De inspraak van personeel verloopt zoals beschreven in het kwaliteitshandboek | 42 | | | 8 |

Voorbeelden van informeren ter inspiratie:

- Belangrijke documenten in het zelfevaluatieproces worden teruggekoppeld op relevante overlegorganen (strategisch beleidsplan, jaaractieplan,...).
- Balanced scorecard wordt teruggekoppeld naar de teams.
- Iedereen wordt op de hoogte gehouden van alle lopende verbeteracties via teamoverleg.

Voorbeelden van gegevensverzameling ter inspiratie:

- Medewerkers over alle geledingen van de organisatie voeren interne audits uit.
- Elke vijf jaar wordt bij een representatieve groep van medewerkers een quickscan afgenomen over de negen domeinen die binnen het EFQM-model voorzien zijn.

Voorbeelden van samenspraak met medewerkers ter inspiratie:

- Interne overlegorganen zijn verantwoordelijk voor de realisatie van kwaliteitsdoelstellingen.
- Medewerkers van alle geledingen zijn betrokken bij de realisatie van de kwaliteitsdoelstellingen.
- Volledige team neemt deel aan de belangrijke vergaderingen in kader van de zelfevaluatie (evaluatie, planning, globale beoordeling,...).
- Organisatie van een beleidsdag met een groep ruimer dan de stuurgroep kwaliteit
- Plannen worden besproken op de teamvergaderingen van de diverse teams en ieder krijgt gelegenheid tot feedback
- Medewerkers maken deel uit van vaste werkgroepen waar ook een aantal processen moeten geëvalueerd worden.
- Op teamdagen worden alle medewerkers verwacht om na te denken rond bepaalde thema's; sommige processen worden sowieso geëvalueerd op een teamdag.
- Personeelsleden zijn aantoonbaar betrokken bij de zelfevaluatie door middel van ad hoc werkgroepen en door het gebruik van dienstjaarplannen in de verschillende leefgroepen.
- Elke medewerker moet jaarlijks samen met zijn team of dienst meewerken aan de zelfevaluatie van zijn werking en een rapport hiervan afleveren.
- Sommige medewerkers zijn individueel verantwoordelijk voor aspecten van zelfevaluatie en de realisatie van doelstellingen.

- Medewerkers worden via uiteenlopende bevragingen uitgenodigd om feedback te geven bij de werking van de dienst.
- Interview met de proceseigenaars als vast onderdeel van de zelfevaluatie.
- Via de werkgroep zelfevaluatie worden geselecteerde stellingen besproken met vertegenwoordigers uit alle afdelingen en disciplines.
- Werken met een kwaliteitscel waarin alle afdelingen vertegenwoordigd zijn en zo rechtstreeks betrokken bij opmaak en opvolging van zelfevaluatie en beleidsplan.
- Elke dienst werkt zijn eigen beleidsplan uit en is verantwoordelijk voor de opvolging en evaluatie ervan.
- Opstarten van een internet forum voor zowel personeel als gebruikers die op een aantal stellingen kunnen reageren om zo strategische doelen te bepalen, gevolgd door een strategisch café waar eveneens gebruikers aan deelnamen, om “wegwijzers” te bepalen. De uiteindelijke weerhouden strategische en operationele doelen vastgelegd voor de komende vijf jaar, vloeien hieruit voort.
- Het zelfevaluatierapport en de vijfjarenplanning worden aan elke medewerker via mail voor feedback bezorgd.

2.5 KENBAAR MAKEN VAN DE RESULTATEN

De resultaten van de zelfevaluatie worden reeds in ruime mate kenbaar gemaakt: slechts één organisatie leverde nog geen inspanningen op dit vlak. Verschillende kanalen voor kenbaar maken van de resultaten worden gecombineerd, zoals uit de cijfers in de tabel kunnen worden afgeleid.

| Manier van kenbaar maken van de resultaten | |
|--|----|
| iedereen via publicatie op de website | 7 |
| alle gebruikers individueel | 9 |
| collectief overlegorgaan gebruikers | 32 |
| alle personeelsleden individueel | 22 |
| personeelsleden via team- of personeelsvergadering | 45 |
| personeelsleden via ondernemingsraad/comité of syndicaal overleg | 20 |
| raad van bestuur/Algemene vergadering | 41 |
| externe stakeholders | 14 |

De resultaten worden het meest verspreid naar de groep van medewerkers (45/50). Hoewel (het resultaat van) de zelfevaluatie een beleidsinstrument is en hoort te zijn, zijn nog niet alle inrichtende machten erbij betrokken (41/50). Het collectief overlegorgaan van de gebruikers sluit de top drie (32/50).

Het publiek kenbaar maken van de resultaten zelfevaluatie via een website bijvoorbeeld is duidelijk een weinig verspreide praktijk (7/50).

2.6 TEKORTEN EN AANDACHTSPUNTEN

In bovenstaande paragrafen werd punt per punt aangegeven hoe de verschillende organisaties scoren op de bevroegde punten inzake zelfevaluatie.

Het gericht werken met doelstellingen en het betrekken van de medewerkers bij de zelfevaluatie komen duidelijk naar voor als de sterke punten van vele organisaties.

Een andere manier van voorstellen van de verbeterpunten, is door middel van een overzicht van de tekorten en aandachtspunten die over de 50 inspecties heen werden vastgesteld.

2.6.1 Overzicht van de tekorten

Twee van de drie meest genoteerde tekorten hebben betrekking om de procedure zelfevaluatie die onvoldoende is uitgewerkt, hetzij omdat de participatie van gebruikers en/of personeel niet beschreven is in de procedure, hetzij omdat een ander element ontbreekt (manier van gegevens verzamelen – doelstellingen formuleren – werken met een stappenplan – frequentie en wijze van evalueren – bijsturing). Beide kunnen ook samen voorkomen. Slechts in een kwart van de geïnspecteerde organisaties (13/50) luidt de conclusie dat de procedure voldoet aan de minimale eisen van het decreet. Dit betekent ook dat de eigenlijke praktijk doorgaans beter scoort dan de procedure uit het kwaliteitshandboek. Hoewel beiden idealiter op mekaar aansluiten, is dit toch een vrij geruststellende conclusie.

| Tekort | Aantal keer vastgesteld |
|--|-------------------------|
| In de werkwijze voor zelfevaluatie wordt participatie van gebruikers en/of personeel niet geborgd (BVR van 04/02/2011, artikel 47) | 32 |
| Gebruikers hebben geen inspraak in het proces van zelfevaluatie (BVR van 04/02/2011, artikel 47) | 17 |
| In de beschrijving van de werkwijze voor zelfevaluatie ontbreken één of meerdere verplichte elementen (Decreet van 17/10/2003, artikel 5 § 3) | 15 |
| De praktijk van de zelfevaluatie stemt op een of meerdere punten niet overeen met de beschreven werkwijze in de procedure zelfevaluatie (BVR van 04/02/2011, artikel 46 § 2) | 7 |
| Er is geen stappenplan met tijdsplan voor het realiseren van de kwaliteitsdoelstellingen (Decreet van 17/10/2003, artikel 5, §3) | 4 |
| De maximale periode van 5 jaar voor een volledige zelfevaluatiecyclus is niet geborgd (BVR van 04/02/2011, artikel 48) | 2 |
| Meerdere elementen van de werking zijn niet voorzien in de planning van de zelfevaluatie (Decreet van 17/10/2003, artikel 5 § 3) | 2 |
| Hoewel één of meerdere kwaliteitsdoelstellingen niet gerealiseerd zijn, werden geen corrigerende maatregelen genomen (Decreet van 17/10/2003, artikel 5 § 3) | 2 |
| De maximale periode van 5 jaar voor de volledige zelfevaluatiecyclus wordt niet gerealiseerd (BVR van 04/02/2011, artikel 47) | 1 |

Het tweede tekort dat het meest in het oog springt, stelt dat gebruikers geen inspraak hebben in het proces van de zelfevaluatie. Het wat en hoe wordt uitgebreid toegelicht in rubriek 3.4.1.

Bij 7 organisaties tot slot werd vastgesteld dat de praktijk afwijkt van de eigen vooropgestelde werkwijze. In vijf gevallen heeft dit te maken met een niet conforme praktijk voor wat betreft het evalueren van de doelstellingen. Binnen het gebruikte inspectie-instrument peilden een vijftal vragen naar de overeenstemming tussen praktijk en theorie, maar werd ervoor gekozen om dit in slechts één tekort mee te nemen. Bij twee organisaties werd op twee punten een gebrek aan overeenstemming vastgesteld. Dat betekent dus ook dat er geen enkele organisatie op vlak van praktijk door de mand is gevallen.

2.6.2 Overzicht van de aandachtspunten

Over alle inspecties heen, werden ruim 100 aandachtspunten genoteerd. De meest voorkomende aandachtspunten kunnen als volgt worden samengevat⁸:

| Aandachtspunten | Aantal keer vastgesteld |
|---|-------------------------|
| Meer onderscheid maken tussen de strategische doelstellingen (lange termijn) en de operationele doelstellingen (korte termijn), deze beter aan elkaar linken,... | 23 |
| Verbeteren van samenspraak met gebruikers. Het betreft voorzieningen die wel een of enkele vormen van samenspraak met gebruikers georganiseerd hebben, maar dit eerder op ad hoc basis doen | 16 |
| Het toepassen van het SMART principe bij de uitwerking van de kwaliteitsdoelstellingen is voor verbetering vatbaar | 10 |
| Bijsturing nodig op vlak van werken met corrigerende maatregelen (zowel inzake het niet beschrijven van een vastgestelde praktijk of noodzaak tot aanpassen van de praktijk zelf) | 10 |
| Binnen het proces van zelfevaluatie wordt geen rekening gehouden wordt met registraties van grensoverschrijdend gedrag en/of vrijheidsbeperkende maatregelen | 8 |

Een van de meest genoteerde aandachtspunten (16/50) heeft betrekking op het verbeterpotentieel dat er nog is inzake het organiseren van samenspraak met de gebruiker over zelfevaluatie. Drie andere veel voorkomende verbeterpunten (23 en twee keer 10) vragen aandacht voor de samenhang en systematiek binnen het werken met doelstellingen, de bijsturing ervan,...

Er wordt ook 8 keer aandacht gevraagd voor het verder analyseren van de verzamelde gegevens over grensoverschrijdend gedrag en/of vrijheidsbeperkende maatregelen.

⁸ De letterlijke formulering is niet steeds overgenomen, maar gebundeld op inhoud.

3 REACTIES EN EVALUATIES

3.1 REACTIES OP DE VERSLAGEN

Zoals gebruikelijk bij elk inspectiebezoek, konden de geïnspecteerde organisaties na ontvangst van het ontwerpverslag gebruik maken van de reactiemogelijkheid op het verslag. Op een totaal van 50 deelnemers kwam er van 11 organisaties (= 22%) een reactie op het verslag dat hen werd bezorgd.

De reacties kunnen ruwweg opgedeeld worden onder de noemers “inhoudelijk” en “correctie van cijfers, namen, telefoonnummers,…”

Drie inhoudelijke reacties gaan over de borging van de samenspraak van gebruikers en personeel. Uit de toelichting van deze organisaties valt af te leiden dat er verwarring bestaat over wat die “borging” nu precies betekent.

Een inhoudelijke bemerking gaat ook over het gebruik van indicatoren. Ook hier weer blijkt er enige onduidelijkheid over te bestaan.

De andere bemerkingen zijn dus correcties, herformulering of lichte precisering.

3.2 RESULTAAT BEVRAGING DEELNEMERS AAN DEZE INSPECTIES

Na afloop van de inspectie, kreeg elke organisatie de kans om haar appreciatie te geven over de inhoud en verloop van het inspectiebezoek over zelfevaluatie. Er werd per vraag gebruik gemaakt van een tienpuntenschaal. Elke organisatie kon ook de nodige toelichting bij de antwoorden noteren.

De verwerking van de resultaten op basis van 31 antwoordformulieren geeft volgend beeld:

| | Gemiddelde score |
|---|------------------|
| Er is op voorhand voldoende informatie bezorgd over het inspectiebezoek “zelfevaluatie” | 8,45 |
| <i>Hoe belangrijk vindt u het om op voorhand informatie te krijgen over een inspectiebezoek?</i> | 8,77 |
| Het verloop, de inhoud,... van het inspectiebezoek strookte met de informatie die op voorhand werd bezorgd | 8,48 |
| Het was duidelijk op welke manier mijn organisatie zich op het inspectiebezoek kon voorbereiden | 7,97 |
| <i>Hoe belangrijk vindt u het om te weten op welke manier u zich op een inspectiebezoek kan voorbereiden?</i> | 8,58 |
| <i>Hoe belangrijk vindt u het om op voorhand zicht te hebben op het gehanteerde modelverslag?</i> | 8,41 |
| Het inspectiebezoek beantwoordde aan wat mijn organisatie verwacht over een inspectiebezoek dat gaat over “zelfevaluatie” | 8,10 |
| Het inspectiebezoek draagt bij tot een betere zelfevaluatie | 8,16 |
| Het inspectieverslag is duidelijk | 8,30 |
| Het is duidelijk wat de eventuele verbeterpunten binnen mijn organisatie zijn | 8,17 |

Eén vraag haalde nipt geen gemiddelde score van 8 op 10, alle andere vragen die peilen naar de ervaring met het inspectiebezoek halen een score van 8 of meer.

Zorginspectie beschouwt dit als een goed resultaat, maar ziet toch volgende mogelijkheden om haar werking verder te verbeteren:

- Op voorhand informeren over komende inspecties is belangrijk voor voorzieningen en wordt door hen gewaardeerd. Mogelijk moet daarbij nog meer aandacht besteed worden aan de scope van de inspectieopdracht, zodat ontgoochelingen omdat meer advies en minder inspectie verwacht wordt voorkomen kunnen worden.
- Anderzijds mogen we zeker niet blind zijn voor de verwachting die op dit vlak leeft. Van bij de lancering van de oproep tot deelname aan de thematische inspectie zelfevaluatie schoven we daarom naar voor dat we door middel van deze eerste ronde zicht willen krijgen op onder meer de goede praktijken binnen de verschillende organisaties. Op die manier kan Zorginspectie positief bijdragen aan het uitbouwen van de zelfevaluatie zonder in de plaats te treden van de voorziening.
Dit proberen we voor de eerste keer concreet te maken door het opnemen van goede praktijken in deze globale rapportering over de 50 uitgevoerde inspecties rond “zelfevaluatie”.
- Het gebruik van specifieke terminologie in de verslagen verdient de nodige aandacht, zodat discussies over vaststellingen vermeden kunnen worden (bijvoorbeeld de term borging van de inspraak, term corrigerende maatregel die in een andere context werd gebruikt,...). Dit laatste is ten andere ook de meest relevante conclusie die uit de (weinig) reactienota's gehaald kan worden.

4 CONCLUSIE

Het globale resultaat van de inspecties inzake “zelfevaluatie” bij 50 organisaties die zich hiervoor vrijwillig opgaven, is globaal genomen positief.

Organisaties bouwen zeer diverse manieren uit om de zelfevaluatie in te vullen en dat is goed: er is immers niet één weg die leidt naar dé zelfevaluatie. Belangrijk is dat een organisatie een werkwijze uittekent die bij haar eigen noden en mogelijkheden aansluit. En dat kwam duidelijk naar boven: organisaties zoeken naar een manier van uitvoeren van de zelfevaluatie die maximaal aansluit bij de eigen werking. Hiervoor werken ze een eigen aanpak uit, voortbouwend op de goede praktijken opgezet in kader van het eerste kwaliteitsdecreet, al dan niet geïnspireerd op een bestaande methodiek.

Het werken met kwaliteitsdoelstellingen en het opvolgen ervan is doorgaans goed uitgebouwd. Dat neemt niet weg dat er zeker nog ruimte is voor het beter onderscheiden maar ook aan mekaar koppelen van strategische (lange termijn) doelstellingen en operationele (korte termijn) doelstellingen, het helder formuleren van doelstellingen, enzovoort.

Het vatten van de eigen werking van de organisatie onder de vorm van geregistreerde gegevens over de kwaliteit van zorg is, de uitzondering daar gelaten, op dit moment nog een leerproces. Het verzamelen van gegevens schiet nog wat alle kanten uit en leidt, zelfs bij verplichte registraties zoals klachtenregistratie of registratie van grensoverschrijdend gedrag, nog niet altijd tot een analyse in kader van de zelfevaluatie. Proportionaliteit is hiervoor een belangrijk principe. Het werken met kwaliteitsindicatoren kan sturend werken; zowat de helft van de organisaties werken trouwens al dan niet bewust reeds met (een eerste vorm van) kwaliteitsindicatoren.

Daar waar de inspraak van de medewerkers in de zelfevaluatie globaal genomen goed scoort, kan de samenspraak met de gebruikers op vlak van zelfevaluatie beter, vaak ook daar waar de inspraak in kader van de thematische inspectie een voldoende kreeg.

Ook voor Zorginspectie blijft er heel wat werk op de plank en is het inspecteren van “de” zelfevaluatie een continu leerproces. Het blijft een uitdaging om verder te kijken dan de procedures die de organisatie binnen haar zelfevaluatie en werking in het algemeen toepast, en dus te kijken naar het bereikte niveau van de kwaliteit van zorg binnen de organisaties en de sector in zijn geheel.

Dieper ingaan op de mate waarin de doelstellingen die een organisatie formuleert hun oorsprong vinden in de door de organisatie opgezette gegevensverzameling is een punt dat bij toekomstige inspecties meer aan bod moet komen.

De zeer uiteenlopende verschijningsvormen van zelfevaluatie houden het inspecteren boeiend, maar blijven een goede interne afstemming van de beoordeling vergen.

Er blijven dus voor alle betrokken partijen nog uitdagingen over om de zelfevaluatie verder vorm te geven.

5 BIJLAGE

5.1 BELANGRIJKE BEPALINGEN UIT DE REGELGEVING

De wettelijke basis voor het toezicht is bepaald in het BVR van 4 februari 2011. Onder hoofdstuk 9. Kwaliteitszorg, afdeling 2. Zelfevaluatie, bepalen twee artikels het volgende :

5.1.1 artikel 47

De zelfevaluatie die de voorziening uitvoert, bevat minstens :

een evaluatie van de gebruikersgerichte processen;

een evaluatie van de organisatiegerichte processen en ingezette middelen.

Die zelfevaluatie gebeurt in samenspraak met de gebruikers en de medewerkers.

Bij de evaluatie, vermeld in punt 1° en 2°, wordt in het bijzonder aandacht geschonken aan de doeltreffendheid en doelmatigheid van de processen.

Onder doeltreffendheid wordt verstaan, de mate waarin de doelstellingen gerealiseerd worden. Onder doelmatigheid wordt verstaan, de mate waarin de resultaten zich verhouden tot de middelen. Met middelen worden onder meer bedoeld: personeel, financiën, gebouwen en inrichting, uitrusting, technieken en methoden.

5.1.2 Artikel 48

Bij elk van de evaluaties, vermeld in artikel 47, worden de vijf stappen die omschreven worden in artikel 5, §3, tweede lid, 1° tot en met 5°, van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorziening doorlopen, telkens gedurende een periode van maximaal vijf jaar.

Deze stappen zijn (zie decreet van 17 oktober 2003) :

1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;

2° hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;

3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, 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.

5.2 OVERZICHT DEELNEMERS

| | |
|---|----------------------|
| Dagcentrum 't Veldzicht | Sint-Kruis |
| Albe | Kapellen |
| Begeleid Wonen Pajottenland | |
| Begeleid Wonen Tienen | Tienen |
| Begeleidingscentrum Spermalie – Het Anker | Brugge |
| Blijdorp | Buggenhout |
| Borgerstein | Sint-Katelijne-Waver |
| Christoforusgemeenschap | Munte |
| Dagcentrum Kasteel | Turnhout |
| Dagcentrum Sint-Niklaas | Sint-Niklaas |
| De Berken | Overijse |
| De Branding | Heule |
| De Bron | Beveren |
| De Klaproos | Beveren |
| De Klokke | Sint-Niklaas |
| De Meander | Dilsen-Stokkem |
| De Poel | Schepdaal |
| De Wal – Dagcentrum en Home | Gent |
| De Witte Mol | Mol |
| Den Leeuweric | Turnhout |
| Duinhelm | Oostende |
| Eigen Thuis | Grimbergen |
| Het Giels Bos | Gierle |
| Heuvelheem | Kruishoutem |
| Home Marjorie | Heist-op-den-berg |
| Huis in de Stad | Tienen |
| Intesa | Borgloon |
| KOCA Minderjarigen | Antwerpen |
| Orthopedagogisch Centrum Woluwe | Brussel |
| Mané | Maasmechelen |
| Maria Ter Engelen | Klerken |
| Capelderij | Buggenhout |
| Sint-Gregorius | Gentbrugge |
| Marguerite-Marie Delacroix | Tienen |
| Sint-Vincentius | Geraardsbergen |
| De Beweging | Gentbrugge |
| Engelbewaarder | Zedelgem |
| Sint-Idesbald | Roeselare |
| OpWeg | Herentals |
| Sint-Oda | Overpelt |
| 't Venster | Emelgem |
| Ter Heide | Genk |
| Ter Muiden | Oedelem |

Huize Tordale
Vesta
De Rozenkrans
VOC Rozenweelde
Beleid Wonen De Luifel
Zonnelied
Zonnestraal

Torhout
Belsele
Oostduinkerke
Zedelgem
Tielt
Roosdaal
Lennik