

Het meten van de kwaliteit van hulpverlening door personen met een verstandelijke beperking

Een hefboom voor vraaggerichte zorg

Tekst:

Wim Stinkens, onderzoeker & lector, departement Gezondheid en Welzijn, AP Hogeschool Antwerpen
Anki Van Heden, onderzoeker & lector, departement Gezondheid en Welzijn, AP Hogeschool
Antwerpen

Gefinancierd door:

© 2018 AP Hogeschool Antwerpen
research@ap.be | www.ap.be

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, op elektronische of welke wijze ook zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUD

Inleiding		4
1	Kwaliteitszorg meetsystemen	5
2	Tevredenheidsmetingen zijn geen kwaliteit van zorg-metingen	6
3	Het Zorg-in onderzoek	7
4	Kritische blik	10
Literatuur		11

Inleiding

Het meten van kwaliteit van de ondersteuning en de bijsturing ervan zijn inherent aan het proces van kwalitatieve hulpverlening. Wanneer organisaties hun bekommernis operationaliseren rondom de kwaliteitsverbetering van hun dienstverlening, dan voeren zij vaak een tevredenheidsmeting uit bij hun gebruikers. Het voorbije decennium zijn tevredenheidsmetingen in de hulpverleningssector voor personen met een beperking op grote schaal geconcipeerd en uitgevoerd. Dit soort meting geeft echter een beperkte indicatie voor de kwaliteit van de zorg die geboden wordt. In dit artikel kijken we kritisch naar tevredenheidsmetingen en beschrijven we hoe de kwaliteit van zorg, zoals gepercipieerd door de cliënt, gemeten kan worden in het perspectief van een optimalisering van de hulpverlening. Hierbij willen we organisaties inspireren die zoekende zijn naar een dergelijk instrument.

We stellen eerst enkele kwaliteitszorg meetsystemen voor, waaronder de tevredenheidsmeting die in de non profitsector vaak gebruikt wordt. Vervolgens staan we stil bij het instrument dat wij vanuit het PWO Zorg-in project aan de AP Hogeschool hebben ontwikkeld.

1 Kwaliteitszorg meetsystemen

Een bijzondere methode waarmee de profitsector soms de kwaliteit van dienstverlening nagaat is door het inzetten van een **'mystery shopper'**. Een persoon neemt de rol in van een 'undercover'-gebruiker, ervaart de dienstverlening als dusdanig en rapporteert hierover achteraf. De conclusies van deze persoon kunnen waardevol zijn maar zijn vaak slechts gebaseerd op een momentopname en dus ontoereikend om de kwaliteit van dienstverlening grondig te beoordelen. Een recente PANO documentaire op televisie aangaande de kwaliteit van zorg in een woonzorgcentrum vanuit het perspectief van een undercover journalist legt de vinger op de wonde van slechte dienst- en hulpverlening in die bepaalde situatie en context. Tegelijk moeten we waakzaam zijn voor generalisaties vanuit één exemplarisch verhaal.

KPI's of Key Performance indicatoren zijn reeds in gebruik in bepaalde organisaties in Nederland of gesuggereerd door Andriesen (2014) voor de ouderenzorg in ons land. KPI's zijn kritisch gekozen prestatie-indicatoren, veelal gebruikt in profit-organisaties, waarmee zij hun prestaties of het succes van een actie meten, om vervolgens nieuwe doelen na te streven. KPI's worden geformuleerd bij elk strategisch thema en omvatten vier elementen: het operationeel doel (objectieven), de metingen, het streefdoel en de initiatieven die ontwikkeld moet worden om de objectieven te halen (Desmidt & Heene, 2013). Het invoeren van KPI's is kenmerkend voor performance management, lees een op resultaat gericht organisatiebeleid waarbij organisaties vooral de focus leggen op financiële resultaten. De kwantitatieve benadering via deze indicatoren doet Andriesen (2014) vermoeden dat de praktijk ervan beperkt blijft tot het plichtmatig produceren van indrukwekkende excell's in de bestanden van het managementteam hoger aan de top. Dieper in de organisatie werken deze indicatoren niet echt door of beschouwt men dit als top-down instrument, een van de vele tijdrovende administratief verplichte nummers, die de handen weghoudt van waar het echt toe doet, de zorg om de cliënt. Het resultaatgericht werken waarvoor het performance management staat, is in de welzijnssector steeds een richtinggevend uitgangspunt. Resultaten zullen hier eerder dan uitsluitend in financiële grootheden, geformuleerd worden in functie van de maatschappelijke opdracht en in termen van kwaliteit van ondersteuning (QOL) en werkbaar werk.

Organisaties in de non-profit inspireren zich geregeld op de **Balanced Scorecard** (Norton & Kaplan, 2006) om de zelfevaluatie van de organisatie uit te voeren (Zorginspectie, 2016). De Balanced Scorecard biedt 4 dimensies waarop men de werking kan onderzoeken en evalueren: 1) cliëntenperspectief: welke kwaliteit en welke dienstverlening willen we in lijn met visie en missie en de maatschappelijke opdracht verwerkelijken, 2) resultatenperspectief: wat moeten we bereiken in onze maatschappelijke rol en binnen de krijtlijnen van de decreetgever, 3) intern processenperspectief: in welke processen horen we uit te blinken en hoe kunnen we door innovatie aan waarde creatie doen, 4) leer- en groeiperspectief: hoe groot is de slagkracht van de organisatie in innovatie en leren in perspectief van HR (Desmidt & Heene, 2013). Het in beeld brengen van de door de cliënt gepercipieerde kwaliteit van ondersteuning (zie dimensie 1) geeft aanleiding om in gesprek te gaan met alle actoren rond visie, strategie en na te streven doelstellingen. Het geeft tegelijk aan in welke mate de cliënt de beoogde kwaliteit van hulpverlening ervaart. Het geeft de hulpverleners en bij uitbreiding de organisatie handvatten in de bijsturing van het beleid. Vaak wordt dit door de organisatie uitgevoerd aan de hand van een tevredenheidsmeting bij de cliënten. Uit een tevredenheidsmeting kan men echter niet de perceptie van de cliënt op de kwaliteit van aangeboden zorg concluderen. Hier gaan we dieper op in.

2 Tevredenheidsmetingen zijn geen kwaliteit van zorg-metingen

Veelal worden voor kwaliteitsmetingen een tevredenheidsvragenlijst gehanteerd die opgebouwd wordt vanuit doelstellingen die door de organisatie als belangrijke pijlers voor kwaliteit worden beschouwd. De indicatoren die hiervan worden afgeleid vertaalt men vervolgens vaak in vragen die ingebed worden in een ordinale meetschaal met gradaties van zeer goed tot zeer slecht (helemaal akkoord tot helemaal niet akkoord). Het instrument wordt intern ontwikkeld of er wordt een instrument gehanteerd van een gelijkaardige organisatie.

Ook in de AP Hogeschool te Antwerpen, binnen de opleiding Bach. Orthopedagogie, werken we regelmatig mee in functie van bachelor proeven aan tevredenheidsmetingen in de sector van personen met een beperking. Wat ons daarbij opvalt is dat voorzieningen vaak verwonderd lijken te zijn over de steeds weer positieve uitkomsten van dit soort meting. Men lijkt immers te verwachten dat gebruikers kritischer voor de dag zullen komen. Gebruiker X in organisatie Y klaagt er geregeld over dat zij de bus naar haar werkplaats in de namiddag niet op tijd haalt vanuit het dagcentrum omdat, in haar perceptie, de maaltijden er 's middags te lang uitlopen. Er zit immers een grote groep cliënten samen in de refter en nogal wat mensen vragen extra ondersteuning. Toch beantwoordt zij de vraag *'Ik vind dat het middagmaal in de refter goed verloopt'* met *'helemaal akkoord'*. Tijdens het gestructureerd interview vult ze haar antwoord aan: *"Het eten is lekker en ik vind het heel gezellig aan tafel want ik zit aan dezelfde tafel als mijn vrienden"*. Hoe komt het dat gebruikers wanneer ze met elkaar praten soms schertsend doen over het zorgaanbod, maar wanneer ze bevraagd worden toch positief antwoorden? Omdat de organisatie in de meting kwaliteitsindicatoren opneemt die niet dadelijk dé indicatoren zijn voor de gebruiker. Indicatoren die de organisatie zelf als belangrijk vindt zijn dit niet altijd voor de gebruiker. Ook bekijkt men vaak de resultaten per indicator op zichzelf terwijl het noodzakelijk is om indicatoren steeds in hun context te analyseren. Men zou kunnen concluderen dat gebruikers tevreden zijn dat ze een groen pleintje hebben in de buurt van het stedelijke dagcentrum voor tussentijdse pauzes (*'Ik ga graag naar "het Woutersplein" : 23 x helemaal akkoord, N = 30*). Deze conclusie staat echter haaks op de onrust welke snelle fietsers en brommers, die het pleintje als een sluike weg gebruiken, veroorzaken bij gebruikers met een verstandelijke beperking die er rustig op een bankje willen verpozen.

Een instrument voor tevredenheidsmeting wordt vaak ingezet om de kwaliteit van zorg- en dienstverlening te meten, hoewel het niet steeds een valide weg is naar kwaliteitsmeting. Zoals hierboven geïllustreerd sluit een kwaliteitsmeting niet altijd aan bij de beleving van de cliënt. Daarom hebben binnen het Zorg- in onderzoek een nieuw instrument ontwikkeld.

3 Het Zorg-in onderzoek

Binnen het praktijkgericht wetenschappelijk onderzoeksproject Zorg-in, aan de AP Hogeschool Antwerpen¹, onderzoeken we momenteel de invloed van het organisatieklimaat op de werkbaarheid van de functie van hulpverlener en kwaliteit van hulpverlening binnen de sector van volwassen personen met een beperking. Dit onderzoek sluit aan op de implementatie van het decreet Persoonsvolgende Financiering (2016) in de dagelijkse praktijk in deze sector, dé hefboom om de vraaggestuurde ondersteuning vorm te geven. Cliënten kunnen vanaf nu zelf kiezen welke ondersteuning zij met het hun toegekende budget (‘rugzak’) inkopen bij welke ‘vergunde zorgaanbieder’ of organisatie (Casteleyn, 2016). Het vraaggestuurd hulpverleners van vandaag krijgt vorm in organisaties die zich sociaal ondernemend in de markt zetten. Minister Vandeurzen stelt dat het reeds aanwezige sociale kapitaal in deze krachtige sector een nieuwe dynamische beweging moet ontwikkelen. Hij vraagt meer bepaald professionals om nog meer zorgvragen te beantwoorden met dezelfde middelen, wat volgens hem kan door nieuwe initiatieven en zorgvernieuwingsprojecten (Vandeurzen, 2010). De professional komt hierdoor terecht in een complexe en nieuwe context met verschillende spanningsvelden: de verwachting om het budget van de cliënt zo efficiënt mogelijk te hanteren en tegelijk kwalitatieve zorg aan te bieden vormen een uitdaging hierin. Het omgaan met deze nieuwe realiteit vraagt van medewerkers en organisaties het anders hanteren van inzet en middelen. Het is dus meer dan ooit van belang dat organisaties de monitoring van de kwaliteit van hun dienst- en hulpverlening procesmatig inbedden in hun werking. De PVF plaatst hun gebruikers in een nieuwe, meer autonome positie.

Het opzet van het onderzoek is een embedded multiple-case designstudy met entiteiten uit twee organisaties binnen het VAPH. We richten ons specifiek tot woon- en dagondersteuning aan volwassen personen met een beperking. De onderzoeksunits in iedere case bestaan uit een sample van hulpverleners, leidinggevendenden, cliënten/netwerkleiden en de studie van artefacten. Er wordt gewerkt met een triangulatie van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Het is hierbij belangrijk om de gepercipieerde kwaliteit van ondersteuning door de gebruikers valide en betrouwbaar te meten.

Omdat we doorheen onze literatuur- en veldstudie geen instrument hebben opgespoord, hebben we een instrument ontwikkeld om de kwaliteit van hulpverlening bij gebruikers met een verstandelijke beperking te bevragen, meer bepaald wat betreft de kwaliteit van het rechtstreeks hulpverlenend handelen van hun begeleider op vlak van het ondersteunen van het dagelijkse leven, wonen, werken en vrije tijd. De focus ligt dus op de perceptie van de cliënt op het handelen van de begeleider naar zichzelf toe. Het is een semi-gestructureerd interview van cliënten met een verstandelijke beperking. Aan de hand hiervan brengen we hun perceptie op de kwaliteit van hulpverlening in beeld. We stellen dit instrument hier concreet voor, omdat het mogelijk is organisaties kan ondersteunen bij het vormgeven van hun kwaliteitsmeting.

Het interviewinstrument is opgebouwd vanuit 4 hoofdtopics :

1. Ondersteuningsvragen die de cliënt (respondent) aan de hulpverlener stelt.
Deze vraag geeft de onderzoekers bij de analyse een kader voor interpretatie van de verdere data.
2. Alle doelgerichte handelen ook de informele, niet intentionele of eerder spontane handelingen van de hulpverlener naar de cliënt (respondent) toe.
Deze vraag schetst het repertorium aan handelwijzen van de hulpverlener, zoals gepercipieerd door de cliënt.

¹ www.ap.be

3. Effectiviteit van hulpverleningsmethoden en reden van effectiviteit.
Deze vraag geeft de perceptie weer van de kwaliteit van deze handelwijzen en de motivatie ervan.
4. Graad van effectiviteit.
Deze vraag geeft een beeld van de graad van kwaliteit van de hulpverlening zoals gepercipieerd door de cliënt.

Deze topics worden vertaald in heldere en zo concreet mogelijke vragen op maat van de respondent. Het aantal woorden in de vraagzin wordt beperkt. De interviewer moet de vraag stellen in de taal die de respondent zelf hanteert. Ook wordt er gewerkt met gestructureerde vragensets, waarbij toelichting in eenvoudige bewoordingen zijn opgenomen. De Zorg-in bevraging vertrekt doorheen het hele interview telkens vanuit de door de respondent toepasselijke items uit de eerste topic rondom de ondersteuningsnood van de respondent. Deze omvat een set aan items van ondersteuningsvragen binnen verschillende ondersteuningsdomeinen, waarbij de interviewer die items inbrengt die relevant zijn voor de betreffende respondent en waarbij de respondent zijn/haar ondersteuningsnood kan toelichten. Aan ieder item koppelt de interviewer onmiddellijk de volgende topics (vragen) om de bevraging ervaringsgericht en contextgericht te laten verlopen. Topic 2 rondom aangeboden hulpverlening omvat eveneens een set aan items van begeleidingshandelingen. Deze set inspireert (niet suggereert) de respondent om het hulpverleningsgedrag dat hij/zij ervaart verder te verkennen en te verwoorden.

Een respondent/cliënt wordt hier niet vergezeld van een 'proxy'. Bij de samenstelling van de onderzoeksgroep gingen we uit van het criterium dat respondenten voldoende cognitieve en verbale capaciteiten moeten hebben om voor zichzelf te kunnen spreken. Proxy's nemen altijd hun eigen perspectief mee en beïnvloeden hiermee de betrouwbaarheid van het onderzoek (Schuurman, Speet & Kersten, 2004). Alternatieve ondersteuningsvormen, zoals de topiclijst vertaald in een lijst met pictogrammen, kunnen gebruikt worden om de respondent te ondersteunen maar zijn niet nodig gebleken. Een audiofoon is noodzakelijk voor het opmaken van een transcript in een latere fase. Beeldopnamen (visuele informatie rondom lichaamstaal) dragen bij aan het verhogen van de nauwkeurigheid van de analyse achteraf. We hebben deze methode niet ingezet uit bezorgdheid om een veilige conditie voor deze respondenten te verstoren.

In de aanloop tot het interview worden respondenten voorbereid op het interview: de topiclijst wordt met hen op voorhand doorgenomen, zodat zij kennis hebben aangaande de thematiek van het interview. De cliënt-respondent moet immers goed geïnformeerd zijn over de bedoeling van het interview, de onderwerpen die ter sprake komen, de plaats en duur van het interview, wie de vragensteller is, wat er met de informatie die men geeft gebeurt, wat er door de resultaten van het onderzoek kan veranderen (Schuurman, Speet & Kersten, 2004).

De relatie tussen cliënt en vragensteller kan de participatie van de cliënt sterk beïnvloeden. Het is dus belangrijk goed na te denken over wie het instrument gaat hanteren. Het is wenselijk dat het instrument wordt afgenomen door iemand die niet direct bij de zorg- en dienstverlening aan de cliënt is betrokken. De interviewer Zorg-in is een medewerker van de betreffende organisatie, vertrouwd in de relatie en de communicatie met de respondenten, maar niet in hulpverleningsrelatie tot de respondenten zodat de respondenten vrijuit konden spreken.

De bevraging duurt ongeveer 1 uur, wat in de wetenschappelijke literatuur wordt aangegeven als een limiet voor vele respondenten, dus ook bij dit soort interviews. Naargelang de concentratie van de respondent kon het interview methodisch tussentijds onderbroken worden, wat ook nodig bleek bij enkele respondenten. De interviewer dient zich op te stellen als een neutraal persoon en waakt ervoor geen

suggestieve input te brengen. De interviewer stelt zich daarbij ook erkennend op. De medewerking van de respondent wordt gezien en gewaardeerd en ook gefaciliteerd door de vraagstelling te herhalen of in andere woorden te formuleren. Meer bruikbare en heldere richtlijnen rondom de attitude van de interviewer naar personen met een verstandelijke beperking zijn te vinden bij Schuurman, Speet en Kersten (2004). Hoe dan ook is het klimaat dat de interviewer schept tijdens het interview voor deze personen erg belangrijk. Een ontvankelijke en veilige sfeer met neutrale, invoelende waardering voor elke inbreng faciliteert de positie van deze respondenten waardoor hun inbreng toeneemt, de neiging tot verzinnen afneemt en ze sociale wenselijkheid kunnen loslaten.

Bij Zorg-in hebben we een pilot uitgevoerd waardoor de topiclijst kon worden getoetst en goedgekeurd en de bevragsprocedure kon worden bijgestuurd. De bijstellingen die werden doorgevoerd hadden verband met de bevragsprocedure die nog beter moest afgestemd worden op maat van de cognitieve en communicatieve kenmerken van iedere respondent met een verstandelijke beperking. Deze respondenten hebben veel tijd nodig om een vraag te beantwoorden, dus stiltemomenten zijn nuttig. Men moet waakzaam zijn om deze respondenten niet te onderbreken en verdiepingsvragen zijn op hun plaats. Het interviewschema moet kunnen losgelaten worden om het gedachtenspoor van de respondent te kunnen volgen.

4 Kritische blik

Nederland is naast de VS en Engeland één van de zeldzame landen waar cliëntervaringen in de zorg systematisch en gestandaardiseerd gemeten worden. De overheid heeft er immers al langer dan bij ons het zorgstelsel vraaggestuurd en marktgericht ingericht. De overheid blijft ook daar verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van goede zorg en houdt toezicht op de prestaties van de aanbieders. De Consumer Quality Index (CQ-index of CQI) is een instrument dat daaraan tegemoet komt. De ontwikkeling van dit instrument was in Nederland een reactie op de onvergelykbaarheid van de gebruikte vragenlijsten, waarin veelal uitsluitend naar de tevredenheid van cliënten wordt gevraagd. Vragen naar concrete ervaringen van zorggebruikers leveren beter bruikbare informatie op voor kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering dan meer subjectieve vragen naar tevredenheid (Delnoi & Hendriks, 2008). CQI meetinstrumenten meten wat zorggebruikers belangrijke kwaliteitsaspecten van zorg vinden. De *ervaringsvragenlijst* behandelt enerzijds de thema's inspraak en overleg, bejegening, informatie, professionaliteit van de zorgverlening, activiteiten en beschikbaarheid van personeel. De *belangvragenlijst* dient anderzijds als extra check voor het vaststellen van de validiteit van het meetinstrument (gaan de vragenlijsten daadwerkelijk over aspecten die bewoners/cliënten belangrijk vinden). De bevraging bestaat uit een mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek met schaalvragen (Jungen & Bokhorst, 2013). Er zijn meetinstrumenten ontworpen op niveau van specifieke patiënten- en cliëntengroepen. Binnen de gehandicaptenzorg zijn er vragenlijsten ontworpen voor personen met een lichamelijke beperking, zintuigelijke beperking, (licht) verstandelijke beperking en een vragenlijst voor hun vertegenwoordigers (Brandt, Zuidgeest & Sixma, 2007).

Wanneer we het Zorg-in cliënt bevragingsinstrument toetsen aan de CQ-index dekt het instrument alle factoren, waarbij de factoren inspraak en overleg echter nog beter uit de verf mogen komen. Echter het Zorg-in instrument legt de focus op de perceptie van het rechtstreekse handelen van de begeleider.

Om een totaalbeeld te krijgen van de sterke en zwakke punten van een hulpverleningsproces is het essentieel om verschillende informatiebronnen te combineren. De analyse van het gepercipieerde hulpverleningsaanbod door de cliënt (gemeten door bv het Zorg-in instrument) wordt echter nog inzichtelijker wanneer aan deze ervaren hulpverlening vervolgens ook objectieve kengetallen gekoppeld worden door de organisatie. Bv een kengetal dat iets zegt over de hulpverleningsperceptie van een te lange wachttijd op een aanbod biedt pas een richtlijn naar actie wanneer we daarbij ook meten hoe lang deze wachttijd in werkelijkheid is geweest, voor welk specifiek aanbod, en wat er tijdens deze wachttijd precies aan hulpverleningstekort werd gepercipieerd. Integratie van perceptie en objectieve kengetallen horen het beleid te sturen op weg naar kwaliteit. Het is de manier om kwaliteitsverhogend te werken voor zowel de bewoners als het personeel. Door gerichte indicatoren te gebruiken kan een organisatie meer focussen op de personeels- en bewonersaspecten die er echt toe doen.

Ook hebben gebruikers niet altijd het exclusieve perspectief op wat goede kwaliteit van diensten is. Men zal dus ook nog andere stakeholders in de bevraging moeten insluiten, zoals het netwerk van de cliënt, medewerkers, externe partners, de subsidiërende overheidsdienst en externe auditoren.

Metten van de kwaliteit is geen vrijblijvende oefening. Het moet ertoe leiden dat een organisatie kritisch naar de eigen processen gaat kijken, visie gaat ontwikkelen of bijstellen en doelstellingen herformuleren. Het meten van kwaliteit als stilstaan bij de realiteit van hulpverlening is een belangrijke opstap naar werkbaar werk en kwaliteitsvolle hulpverlening. Het Zorg-in instrument voor cliëntbevraging kan daartoe een bruikbaar middel zijn.

5 Literatuur

- Andriesen, M. (2014). *Metten van kwaliteit leidt tot bewustwording*. Geraadpleegd van <http://www.actualcare.be/nl/nl-care/meten-van-kwaliteit-leidt-tot-bewustwording/>
- Brandt, H., Zuidgeest, M. & Sixma, H. (2007). *Pilot ontwikkeling CQ-index Gehandicaptenzorg: meten van de kwaliteit van de gehandicaptenzorg vanuit het cliëntenperspectief*. Geraadpleegd van www.nivel.nl
- Casteleyn, D. (2016). *Persoonsvolgende financiering voor mensen met een handicap. Economische logica dwingt voorzieningen tot keuzes*. Geraadpleegd op 21 december 2017 via Delnoij, D. & Hendriks, M. (2008). *De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg*. Geraadpleegd van <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03082141>
- Desmidt, S. & Heene, A. (2013). *Strategisch management. Een handboek voor de publieke sector*. Tiel: Lannoo nv.
- Jungen, M. & Bokhojrst, m. (2013). *Consumer Quality Index (CQI) : Uitgebreide toelichting van het meetinstrument*. Geraadpleegd van <https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net>
- Norton, D. & Kaplan, R. (2006). *Op kop met de balanced scorecard*. Amsterdam/ Antwerpen: Business Contact.
- Schuurman, M., Speet, M., Kersten, M. (2004). *Onderzoek met mensen met een verstandelijke beperking*. Geraadpleegd op 13 september 2016 via www.kennispleingehandicaptenzorg.nl
- Van Deurzen, J. (2010). *Perspectief 2020. Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap*. Geraadpleegd op 25 oktober 2017 via www.jovandeurzen.be
- Verstraeten, A. (2010). *Human Resource Management en Performantie*. Brugge: die Keure Publishing Group .
- Zorginspectie. (2016). *Zelfevaluatie: verankering van kwaliteit?* . Brussel: Zorginspectie.

