

Vlaams kwaliteitsmodel FlaQuM



Duurzaam werken aan kwaliteit
in de algemene ziekenhuizen

KU LEUVEN

Fla**QuM**

COLOFON

Redactie:

Prof. dr. Kris Vanhaecht, Fien Claessens, Astrid Van Wilder, Dr. Jonas Brouwers en Prof. dr. Dirk De Ridder

Met medewerking van:

Dr. Deborah Seys, Dr. Bianca Cox, Dr. Anneke Jans, Dr. Eva-Marie Castro, Dr. Luk Bruyneel, Dr. Ellen Coeckelberghs, Prof. dr. Kristof Eeckloo

Eindredactie:

Lieve Dhaene en Jens De Wulf

D/2021/12067/3

ISBN 9789491323409

©2021 Zorgnet-Icuro en LIGB, KU Leuven

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Citeren als:

Vanhaecht, K., Claessens, F., Van Wilder, A., Brouwers, J., De Ridder D. (2021). Vlaams kwaliteitsmodel FlaQuM. Duurzaam werken aan kwaliteit in de algemene ziekenhuizen. Brussel, Zorgnet-Icuro.

Meer informatie: www.flaqum.org

Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1
1040 Brussel
post@zorgneticuro.be
www.zorgneticuro.be



Vlaams kwaliteitsmodel FlaQuM

Duurzaam werken aan kwaliteit in de algemene ziekenhuizen

INHOUD

WOORD VOORAF	5
INLEIDING	6
1. FLAQUM BELEIDSMODEL	8
1.1 De actuele status van het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen	8
1.2 De stem van internationale experts.....	9
1.3 Analyse kosten en opbrengsten van kwaliteit.....	9
1.4 Analyse MZG-data	10
1.5 Discrete choice experimenten	11
2. FLAQUM VISIEMODEL.....	13
3. FLAQUM COCREATIEMODEL.....	16
3.1 Zes <i>drivers</i>	16
3.2 Negentien bouwstenen	17
4. IN ACHT FASEN MET FLAQUM SAMEN NAAR DUURZAME KWALITEIT	21
BIJLAGE:.....	23
FlaQuM cocreatiemodel: 6 <i>drivers</i> – 19 bouwstenen – 104 actievelden	23
REFERENTIES.....	29

WOORD VOORAF

Het afgelopen decennium investeerden de Vlaamse ziekenhuizen sterk in kwaliteit en patiëntveiligheid. Dat deden ze door internationale accrediteringen te behalen, kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen én er over te communiceren, mee te werken aan inspectiebezoeken en interne verbeterprojecten op te zetten.

Na verloop van tijd werd echter ook duidelijk dat er nood was om het kwaliteitsbeleid te evalueren en zelfs te herdenken. Een aantal ziekenhuizen stelde zich vragen over de meerwaarde en de haalbaarheid van een volgende accreditatie-audit.

Om hieraan tegemoet te komen richtte Zorgnet-Icuro in april 2019 de leerstoel Future of Hospital Quality op aan het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid (LIGB), onder leiding van de professoren Dirk De Ridder en Kris Vanhaecht. Het doel van de leerstoel is helder: een wetenschappelijke evaluatie maken van de geleverde kwaliteitsinspanningen door de ziekenhuizen en kijken hoe een duurzaam kwaliteitsbeleid er in de toekomst kan uitzien.

Deze publicatie stelt het eerste resultaat voor van deze leerstoel: FlaQuM, het Flanders Quality Model. Dat model biedt zorgorganisaties een gestructureerd raamwerk waarmee ze hun toekomstig kwaliteitsbeleid verder kunnen vormgeven. FlaQuM wil de goede dingen uit de Vlaamse en internationale ervaringen bij elkaar brengen. Het omvat een visie-, cocreatie- en beleidsmodel met een leidraad voor zorgorganisaties. Het visie- en cocreatiemodel kan gebruikt worden om het kwaliteitsbeleid van een verpleegafdeling, medische dienst, zorgprogramma, cluster, ziekenhuis of netwerk verder vorm te geven. Zo kunnen verpleegkundigen, paramedici, ondersteunend personeel, artsen, directies, ziekenhuizen, netwerken en vertegenwoordigers van patiënten met elkaar in gesprek gaan. Het biedt ziekenhuizen openheid en vrijheid, maar tegelijk structuur en een vergelijkingsbasis.

Zorgnet-Icuro gaat in gesprek met de overheden over hoe FlaQuM geïntegreerd kan worden in het huidige inspectie- en kwaliteitsbeleid. Verder zal, in samenwerking met alle academische centra, ingezet worden op het organiseren van opleidingen over FlaQuM. Die opleidingen moeten medewerkers uit de Vlaamse ziekenhuizen de nodige kennis geven over de achtergrond, de opbouw en het gebruik van de verschillende onderdelen van het model. Via een aantal pilootprojecten onder wetenschappelijke begeleiding en supervisie zal FlaQuM verder verdiept worden. Hiermee wil Zorgnet-Icuro belangrijke stappen zetten in de ontwikkeling van een dynamisch en duurzaam kwaliteitsbeleid voor de ziekenhuizen.

Margot Cloet,
Gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

INLEIDING

In deze publicatie stellen we het FlaQuM: Flanders Quality Model voor. Het is ondertussen een beschermde naam met als ondertitel Towards Sustainable Quality of Care; samen naar duurzame kwaliteit van zorg. Het model is het resultaat van de door Zorgnet-Icuro opgerichte leerstoel Future of Hospital Quality aan het Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid (LIGB).

Bij de ontwikkeling van het model is expliciet niet vertrokken van een wit blad. Het was de betrachting een antwoord te formuleren op de vragen van de sector over de toekomst van het kwaliteitsbeleid op basis van de uitwisseling van expertise uit zowel binnen- als buitenland, onze historiek in kader van accreditering, inspectie en publieke rapportering, onze eigen Vlaamse kwaliteitscontext en de middelen die we hiervoor ter beschikking hebben.

De leerstoel kon rekenen op de input van een uitgebreide klankbordgroep van Vlaamse experts uit de ziekenhuizen, overheid, universiteiten en patiëntenorganisaties. Daarnaast was er een groep van internationale adviseurs die de ontwikkeling van het FlaQuM-model heeft ondersteund. Het LIGB kon onderdelen van het FlaQuM-model ontwikkelen en testen dankzij de ondersteuning van de Sint-Trudo Leerstoel Naar een duurzaam kwaliteitsbeleid. De ontwikkeling van de verschillende modellen werd ondersteund via drie doctoraatstrajecten van Jonas Brouwers, Astrid Van Wilder en Fien Claessens.



FlaQuM bestaat uit drie delen: **een visiemodel**, een cocreatiemodel en een beleidsmodel. Het visiemodel helpt om als individueel ziekenhuis, of misschien onmiddellijk als netwerk, een koers te kiezen waarop men wil inzetten en kijken hoe kwaliteit past binnen zowel de strategie, als bij de waarden en normen. Hierbij wordt niet alleen rekening gehouden met de externe klant, de patiënt en zijn omgeving, maar ook met de interne klant: de medewerkers. Het **cocreatiemodel**, een managementmodel, bepaalt hoe die visie op kwaliteit zal voortbouwen in de eigen organisatie via *drivers*, bouwstenen en actievelden. Hierin staat beschreven hoe men zichzelf kan evalueren, projecten kan opbouwen en borgen in de eigen organisatie, maar ook in partnerorganisaties. Ten slotte is er het **beleidsmodel**. Dat model zorgt voor de nodige begeleiding om keuzes te maken over transparantie, maar ook over maatschappelijke verantwoording en Vlaamse kwaliteitsprioriteiten.

Externe partners kunnen om hulp gevraagd worden om die keuzes te toetsen en na te gaan of de kwaliteit echt verankerd is in heel de organisatie. Samengevat: zowel visie- als cocreatiemodel is dus bedoeld om het eigen interne kwaliteitsbeleid binnen of tussen organisatie(s) vorm te geven. Het beleidsmodel biedt een aantal antwoorden op de vele externe vragen die er zijn over bijvoorbeeld de rol van de overheden, inspecties, accrediteringsorganen en kennisinstituten.



Het Flanders Quality Model moet ons helpen om samen te evolueren naar duurzame kwaliteit, rekening houdend met de internationale adviezen maar ook met de lokale ervaring. Voor updates over FlaQuM verwijzen we naar www.flaqum.org

Prof. Kris Vanhaecht
Prof. Dirk De Ridder
Titularissen Leerstoel *Future of Hospital Quality*

1. FLAQUM BELEIDSMODEL

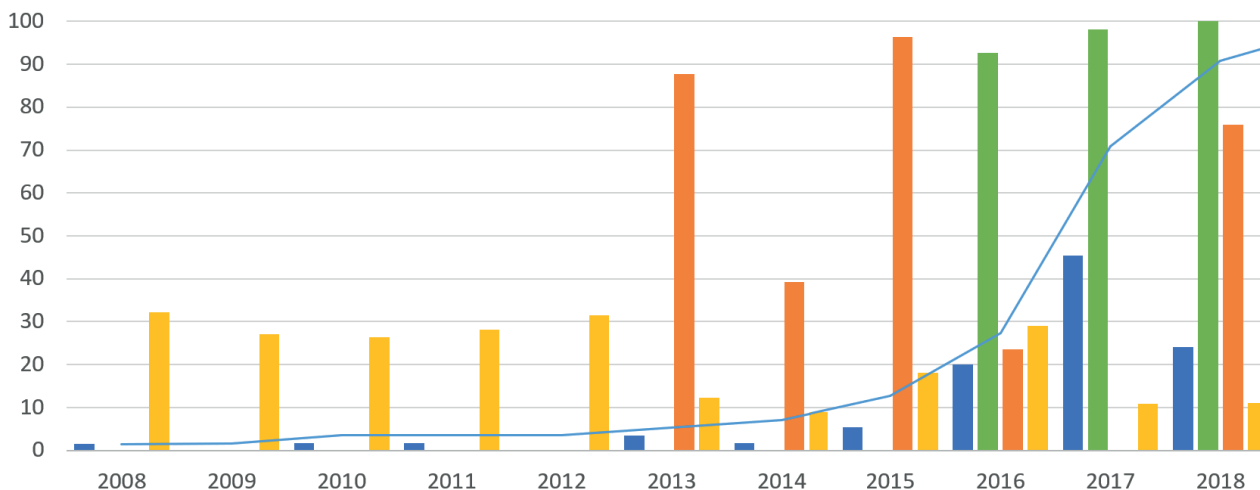
Het **beleidsmodel** helpt keuzes te maken in transparantie en maatschappelijke verantwoording. Externe partners helpen hierbij om te toetsen of de kwaliteit duurzaam verankerd is in de hele organisatie.

Het kwaliteitsmodel is gebouwd op ervaring, expertise, de historiek van onze ervaringen, de context (federaal en Vlaamse overheid) en de middelen die ons ter beschikking zijn gesteld. Op naar een duurzaam kwaliteitsmodel. Het FlaQuM beleidsmodel heeft vijf pijlers:

1. De actuele status van het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen
2. De stem van internationale experts
3. Analyse kosten en opbrengsten van kwaliteit
4. Analyse MZG-data (2008-2018)
5. *Discrete choice* experimenten

1.1 De actuele status van het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse ziekenhuizen

We gingen na welke externe kwaliteitsinitiatieven de Vlaamse ziekenhuizen verwezenlijkten sinds 2008¹. Vooral vanaf 2016 nam het aantal initiatieven sterk toe, met een piek in 2017.



■ Accreditation Audit ■ Public Reporting ■ Inspection: compliance monitoring ■ Inspections: other — Accreditation

Aantal ZH met 1 accreditatie = 44
Aantal ZH met 2 cycli = 5, met 3 cycli = 1, met 4 cycli = 2

Evolutie kwaliteitsinitiatieven in de Vlaamse ziekenhuizen, 2008-2019

De dunne blauwe lijn in bovenstaande figuur toont hoeveel ziekenhuizen sinds 2008 minimum 1 accreditering behaalden. Het gaat om bijna alle Vlaamse ziekenhuizen. Het betreft voor de overgrote meerderheid ziekenhuizen met 1 accreditering (44 in totaal); slechts 5 ziekenhuizen doorliepen 2 cycli, 1 ziekenhuis doorliep 3 cycli en 2 ziekenhuizen doorliepen 4 cycli. In totaal behaalden 8 ziekenhuizen meer dan 1 accreditering.

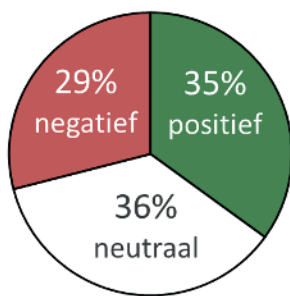
Astrid Van Wilder, PhD-student:

“Ons onderzoek toont aan dat de Vlaamse ziekenhuizen al een hele weg afgelegd hebben. Die ervaring en expertise mag niet verloren gaan en moeten we meenemen om ons kwaliteitsbeleid duurzaam te maken.”

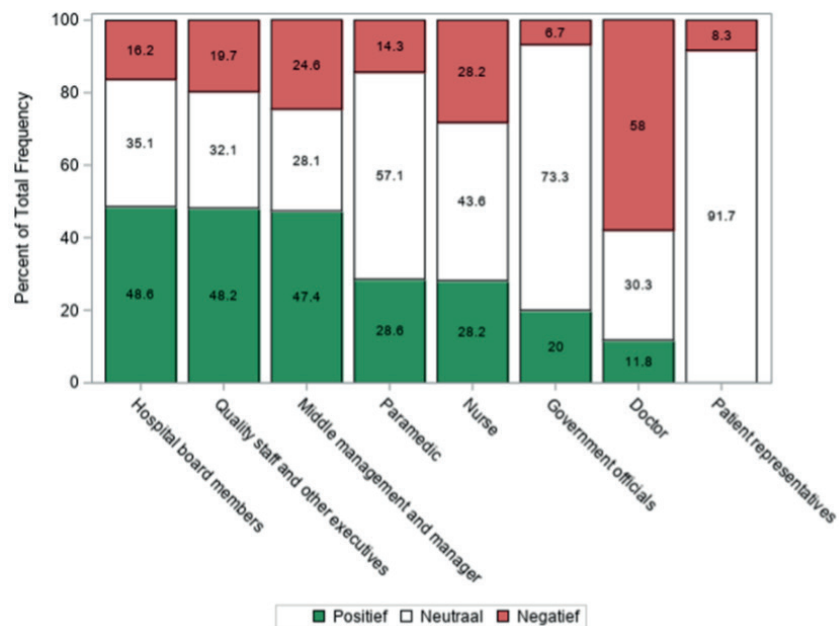
¹ Van Wilder et. al. 2021. Geaccepteerd ter publicatie in *BMC Health Services Research*.

Vanaf 2016 nam het aantal verschillende kwaliteitsinitiatieven dus exponentieel toe. Daardoor zagen de ziekenhuizen soms door de bomen het bos niet meer. We willen bekijken hoe we kunnen rationaliseren en eigenaarschap kunnen geven aan de ziekenhuizen om hiermee aan de slag gaan.

Uit een bevraging van 450 Vlaamse stakeholders blijkt dat - in tegenstelling tot wat we horen in de pers - niet iedereen de huidige accreditering als negatief beoordeelt: 35% staat er positief tegenover, 36% neutraal en 29% negatief. Bij de verschillende stakeholders tekenen zich echter markante verschillen af. Bestuurders, management en kwaliteits- en andere stafmedewerkers tonen zich overwegend positief en/of neutraal ten opzichte van accreditering. Bij verpleegkundigen en paramedici heeft ongeveer een derde een positieve houding, terwijl 60% van de artsen accreditering negatief beoordeelt. De meerderheid van de patiëntvertegenwoordigers heeft een neutrale houding. Die verschillen binnen en tussen deze groepen is een belangrijk gegeven. Het betekent dat je binnen dezelfde organisatie rekening moet houden met verschillende stakeholders, verschillende meningen over en verschillende visies op accreditering. Dit gegeven vormt zeker een uitdaging voor de toekomst.



Bevraging stakeholders: houding t.o.v. accreditering



1.2 De stem van internationale experts

We deden ook een uitgebreid beroep op internationaal gerenommeerde experts op het vlak van kwaliteit². We voerden met hen uitgebreide interviews³. Die leverden verschillende scenario's op voor de richting die wordt uitgegaan met het nieuwe kwaliteitsbeleid. Deze groep van kwaliteitstenoren heeft geholpen om keuzes te maken en prioriteiten te stellen in de topics die we in de toekomst verder zullen onderzoeken. De experts stoffeerden ook het raamwerk voor de financiële analyse en de *discrete choice* experimenten.

1.3 Analyse kosten en opbrengsten van kwaliteit.

De berekening maken van de kost of opbrengst van kwaliteit is geen sinecure. Wat is de eigenlijke kost van accreditering? De kost van kwaliteit? Wat zijn de vergoedingen voor kwaliteit in de huidige financiering? Het onderzoek van de Leerstoel hierover is *work in progress*. We gaan na via welke posten kwaliteit momenteel vergoed wordt in het Budget Financiële Middelen (BFM) en hoe we dit in de toekomst op een logische wijze willen structureren. Daarnaast bekijken we de evolutie binnen en tussen de ziekenhuizen met betrekking tot inkomsten uit *Pay for Quality/Performance* (P4P). In samenwerking met de federale overheid bevroegen we de ziekenhuizen hierover.

² Zie voetnoot 1.

³ Brouwers et al., 2021. Ingediend ter publicatie.

Meer dan 80 Belgische ziekenhuizen zijn bereid om daarover hun data over P4P te delen. Tot slot bekijken we welke financiële inspanningen de ziekenhuizen hebben geleverd om hun accreditatie te behalen. Dat is een behoorlijk moeilijke oefening, omdat de manier waarop ziekenhuizen kosten van accreditering versleutelen in hun eigen boekhouding significant kan verschillen. Het is een hele uitdaging om alles op een correcte manier te interpreteren. Van zodra er meer informatie beschikbaar is over deze financiële oefening, zal dit met de sector gedeeld worden.

Jonas Brouwers, PhD student:

“Een kwaliteitssysteem uitbouwen kost uiteraard geld. Ook dat onderzoeken we binnen de leerstoel van Zorgnet-Icuro en weldra kunnen we ook deze informatie meenemen in de gesprekken tussen alle actoren. Het correct inzetten van de middelen is cruciaal.”

1.4 Analyse MZG-data

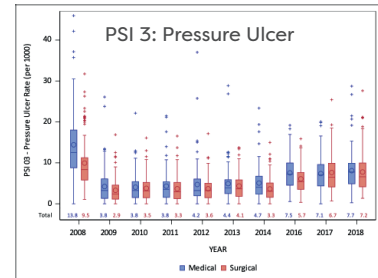
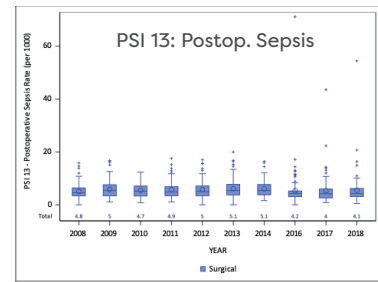
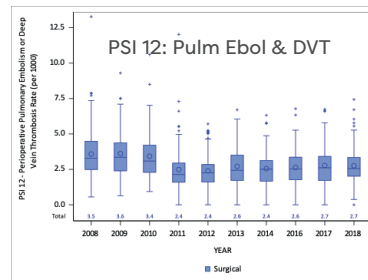
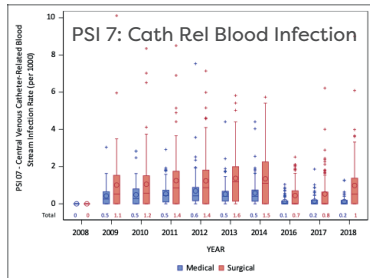
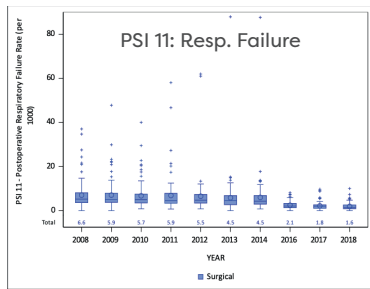
Voor ons onderzoek kregen we van de federale overheid toegang tot de minimale ziekenhuisgegevensdata van 109 Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen voor de periode 2008-2018. Het gaat om data van meer dan 18 miljoen klassieke hospitalisaties.

<ul style="list-style-type: none"> - Gegevens van 109 Belgische algemene en universitaire ziekenhuizen tussen 2008 en 2018 <ul style="list-style-type: none"> - Bevat 18 113 045 klassieke hospitalisaties. - Bevat 5 396 893 opnames binnen 62 DRG's die 80% van de mortaliteit verklaren. 		
<p>Eerste resultaten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VITAL FEW: Mortaliteit (HSMR), heropnames (HSRR), verblijfsduur (LOS) - 15 adverse outcomes (Patient Safety Indicators – PSI): 		
Mortaliteit in lage-mortaliteits DRGs (PSI 2)	Decubitus (PSI 3)	Achtergebleven chirurgische items (PSI 5)
Iatrogene pneumothorax (PSI 6)	Centrale Veneuze Catheter-gerelateerde bloedstroominfectie (CLABSI) (PSI 7)	Val in het ziekenhuis met heupfractuur (PSI 8)
Perioperatieve bloeding (PSI 9) [chirurgische populatie]	Postoperatief acuut nierletsel (PSI 10) [chirurgische populatie]	Postoperatief respiratoir falen (PSI 11) [chirurgische populatie]
Perioperatief longembool en diep veneuze thrombose (PSI 12) [chirurgische populatie]	Postoperatieve sepsis (PSI 13)	Postoperatieve wondopening (PSI 14) [chirurgische populatie]
Nosocomiale pneumonie	Shock/Cardiaal arrest	Bovenste Gastro-intestinale bloeding
<ul style="list-style-type: none"> - Failure to rescue [chirurgische populatie] 		

Trend- en variatieanalyse op basis van MZG

Als we bijvoorbeeld naar de mortaliteit kijken in 5,396 miljoen opnames binnen 62 *diagnosis related groups* (DRG), kunnen we 80% van de mortaliteit die we detecteren in die ziekenhuizen over die looptijd verklaren. Op basis daarvan kunnen we de *Hospital Standardized Mortality Ratio* (HSMR) berekenen alsook de heropnames en de verblijfsduur. Bovendien hebben we ook 15 *adverse outcomes* en indicatoren als de *failure to rescue* kunnen analyseren. Dat zijn gevalideerde indicatoren, gestandaardiseerde internationale algoritmes die gemaakt zijn door het *Agency for Healthcare Research and Quality*, de zogenoemde AHRQ-indicatoren, die ook al gebruikt werden in een Belgische studie in 2006⁴. Enkele voorbeelden zijn de mortaliteit in lage mortaliteits-DRG's, postoperatieve sepsis, gevallen in ziekenhuisheupfractuur, postoperatieve wondproblemen etc.

⁴ Van den Heede et al., 2006; Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ).



Evolutie voor enkele voorbeeldindicatoren op basis van een analyse van de MZG

Welke evolutie zien we in die indicatoren voor de periode 2008-2018? Of met andere woorden: wat was de impact van de kwaliteitsinitiatieven op die indicatoren? Realiseerden die überhaupt een meetbare impact? Bovenstaande figuur geeft de evolutie weer voor enkele specifieke indicatoren. Die tonen niet allemaal een betere trend of evolutie. Die indicatoren kunnen ook per ziekenhuis gegenereerd worden en vergeleken met het Vlaamse gemiddelde om de aandachtspunten te bepalen. De oefening kan ook op een globaal niveau gedaan worden. De overheid zou hiermee de ziekenhuizen kunnen wijzen op de werkpunten en op basis hiervan gezondheidsdoelstellingen formuleren. De resultaten van deze MZG-gegevens zijn een belangrijke bron van informatie waarop we blijvend moeten inzetten. De voorgestelde indicatoren zijn *non-negotiable* en internationaal gevalideerd. Ze vertellen ons wat we in het verleden hebben kunnen realiseren en waarop we moeten focussen in de toekomst. Ziekenhuizen die met FlaQuM aan de slag gaan, zullen met deze indicatoren werken en samen leren hoe ze die stap voor stap kunnen verbeteren en integreren in hun huidige kwaliteitsbeleid.

1.5 Discrete choice experimenten

De vijfde pijler van het beleidsmodel betreft vijf *discrete choice* experimenten (DCE). Een *discrete choice* experiment is een wetenschappelijke methodiek om een keuze te maken wanneer je meerdere opties of combinaties van opties hebt. Je krijgt casussen voorgelegd waarin bepaalde componenten (attributen) met verschillende vormen (levels) worden voorgelegd en waarbij je je voorkeur duidelijk moet maken⁵. Bijvoorbeeld: je wil gaan eten in een pizzeria en je hebt zin in een pizza hawaiï aan de toog. Bij aankomst blijkt er geen pizza hawaiï te zijn, enkel margarita of prosciutto. Bovendien blijkt er aan de toog geen plaats te zijn; maar wel op het terras of in de zaal. Door dit soort van dilemma's aan mensen voor te leggen in een DCE en hen te vragen welke voorkeur van combinaties ze verkiezen, kan door een statistische techniek bepaald worden wat je echte voorkeur zou zijn in een dergelijke situatie.

In onze DCE laten we de stakeholders keuzes maken over vijf kwaliteitsscenario's en gingen we op een wetenschappelijke wijze na welke adviezen een grote groep van Vlaamse stakeholders zou geven aan onze overheid.

Aan het DCE namen 450 stakeholders deel, die elk ca. 45 minuten de tijd namen om een vragenlijst in te vullen. Van de deelnemers was 40% leidinggevende of stafmedewerker, 37% waren klinici, verpleegkundigen en artsen, 16% zat in het bestuur of directie en 3% kwam uit de overheid. De deelnemende patiënten, numeriek het minst in aantal, werden afgevaardigd door het Vlaams Patiëntenplatform dat in naam van de patiëntenverenigingen heeft geantwoord. Deelnemers kwamen zowel uit algemene als universitaire ziekenhuizen met verschillende ervaringen in aantal accreditaties. De grootste groep had meer dan 10 jaar werkervaring.

⁵ Brouwers et al, 2021. Ingediend ter publicatie.

De *discrete choice* experimenten gingen uit van vijf scenario's. Er werd een scenario voorgesteld voor kwaliteitscontrole, kwaliteitsverbetering, inspectie, incidenten en transparantie. Voor elk scenario werd er gewerkt met verschillende attributen en levels.

Voor het scenario 'kwaliteitscontrole' zijn er vijf attributen:

1. controle door
2. controle aangekondigd of niet
3. controle op niveau van
4. verbetertraject op basis van
5. transparantie van de resultaten

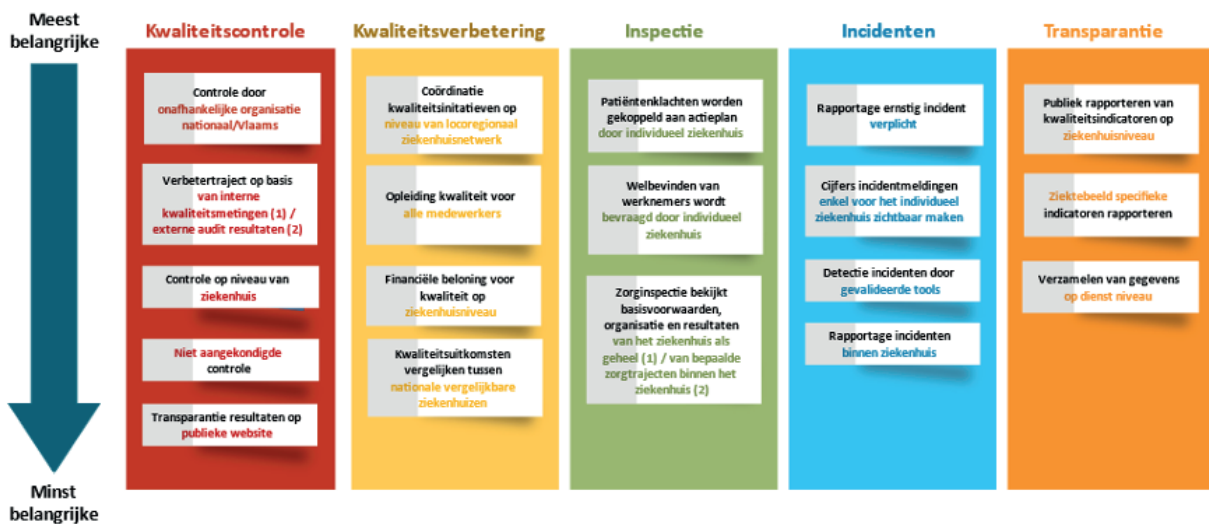
Dan zijn er de levels. Hier gaat het over de verfijningen van de attributen:

1. gebeurt de controle door het ziekenhuis zelf of de overheid
2. is de controle al dan niet aangekondigd
3. is de controle op niveau van het ziekenhuis of het netwerk
4. gebeurt het verbetertraject op niveau van klachten of een audit
5. zijn de resultaten transparant, alleen intern of ook publiek

Op basis van dit onderzoek konden we de voorkeur van de 450 stakeholders voor elk van de vijf scenario's statistisch analyseren. Daaruit blijkt dat de sector zich wel degelijk uitspreekt voor:

- een onafhankelijke organisatie op nationaal of Vlaams niveau die mee komt kijken over de schouder
- verbetertrajecten op basis van zowel interne als externe kwaliteitsmetingen
- controle op niveau van het ziekenhuis en niet op niveau van het ziektebeeld, netwerk of een medische dienst
- De controle hoeft niet aangekondigd te zijn; rapportage op een publieke website vormt geen probleem

Deze resultaten zijn verrassend positief. Ze tonen aan dat de ziekenhuizen wel degelijk gemotiveerd zijn om hard te blijven werken aan hun kwaliteit alsook er transparant over te rapporteren.



Algemene conclusies discrete choice experimenten

Prof. Dirk De Ridder, titularis Leerstoel Future of Hospital Quality:

“Het uitvoeren van het discrete choice experiment was een huzarenstukje. We konden rekenen op de medewerking van vele Vlaamse experts. Hierdoor kunnen we nu een wetenschappelijk onderbouwd beleidsadvies geven.”

In het scenario van de kwaliteitsverbetering kan de coördinatie van kwaliteitsinitiatieven op het niveau van het locoregionaal ziekenhuisnetwerk uitgevoerd worden. Je kan kwaliteitsmedewerkers binnen hun netwerk samenbrengen om projecten te maken en te delen met elkaar, wat het bovendien ook wat goedkoper maakt. Opleiding van kwaliteit is noodzakelijk voor alle medewerkers. De logistieke medewerker, de poetsvrouw, het diensthoofd en iedereen die daar tussenin zit, moet een basiskennis hebben van kwaliteit.

De financiële beloning (*pay for performance*) moet gebeuren op het niveau van het ziekenhuis, niet op dat van het netwerk. Op dat niveau kan er immers iets veranderd worden. De kwaliteitsuitkomsten moeten vergeleken worden tussen nationaal vergelijkbare ziekenhuizen. De initiatieven van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) kaderen hier bijvoorbeeld in.

In het scenario van de inspectie moeten de patiëntenklachten gekoppeld worden aan een actieplan op het niveau van een individueel ziekenhuis. Het welbevinden van de medewerkers moet bevestigd worden op ziekenhuisniveau. De zorginspectie die de basisvoorwaarden, organisatie en resultaten van een ziekenhuis als een geheel of van bepaalde zorgtrajecten wil opvolgen, is van harte welkom.

In het scenario van de incidenten is rapportering van ernstige incidenten verplicht. Men wil cijfers van incidentmeldingen enkel voor het individuele ziekenhuis intern zichtbaar maken. Opnieuw vanuit de filosofie: het is daar dat de verandering zich moet voltrekken. De detectie van incidenten moet gebeuren via gevalideerde tools. De rapportage van incidenten moet binnen het ziekenhuis verlopen op een transparante manier, zodanig dat die ook op een duidelijke manier kunnen worden aangepakt.

In het scenario van de transparantie mogen kwaliteitsindicatoren publiek gerapporteerd worden op ziekenhuisniveau. Er mogen ook ziektebeeldspecifieke indicatoren gerapporteerd worden en de verzameling van de gegevens gebeurt op dienstniveau, niet op het niveau van de individuele zorgverstrekker. De tijd is voorbij dat een individuele zorgverstrekker verantwoordelijk is voor het al dan niet leveren van kwaliteit op een dienst. Altijd en overal in onze Vlaamse ziekenhuizen is het een inspanning van het team. Daarom is het dienstniveau een veel relevanter niveau om kwaliteit te gaan bekijken en te verzamelen dan op het niveau van een individuele zorgverstrekker.

Op basis van dit overzicht van de geschiedenis van het kwaliteitsbeleid, de internationale adviezen, de financiële analyse en analyse van de minimale ziekenhuisgegevens en op basis van de vijf *discrete choice* experimenten zullen wij adviezen formuleren voor de Vlaamse overheid voor hun toekomstige aanpak van het kwaliteitsbeleid.

2. FLAQUM VISIEMODEL

Het **visiemodel** helpt de koers te kiezen waarop wordt ingezet. Deze koers moet passen binnen de strategie, waarden en normen. Het visiemodel houdt rekening met zowel de interne als externe klant.

Het visiemodel stemt tot nadenken over het stellen van prioriteiten. Waar gaat kwaliteit over? Twintig jaar geleden publiceerde het *Institute of Medicine* (IOM) het boek “*Crossing the quality chasm*” met een voorstelling van de zes dimensies van kwaliteit: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid van behandeling. Maar er zijn de voorbije jaren internationaal meer en meer vragen gekomen om vaker rekening te houden met de context van de gezondheidszorg en met wat er in de samenleving gebeurt. Samen met Dr. Peter Lachman (voormalig CEO ISQua) en prof. Paul Batalden (Dartmouth University & IHI), twee tenoren die mee aan de wieg stonden van vele grote kwaliteitsprojecten tijdens de afgelopen decennia, gingen we de uitdaging aan om na te denken over een update van de zes klassieke dimensies van kwaliteit. Op basis daarvan is er een multidimensionaal visiemodel ontwikkeld dat we integreerden in het FlaQuM Visiemodel⁶.

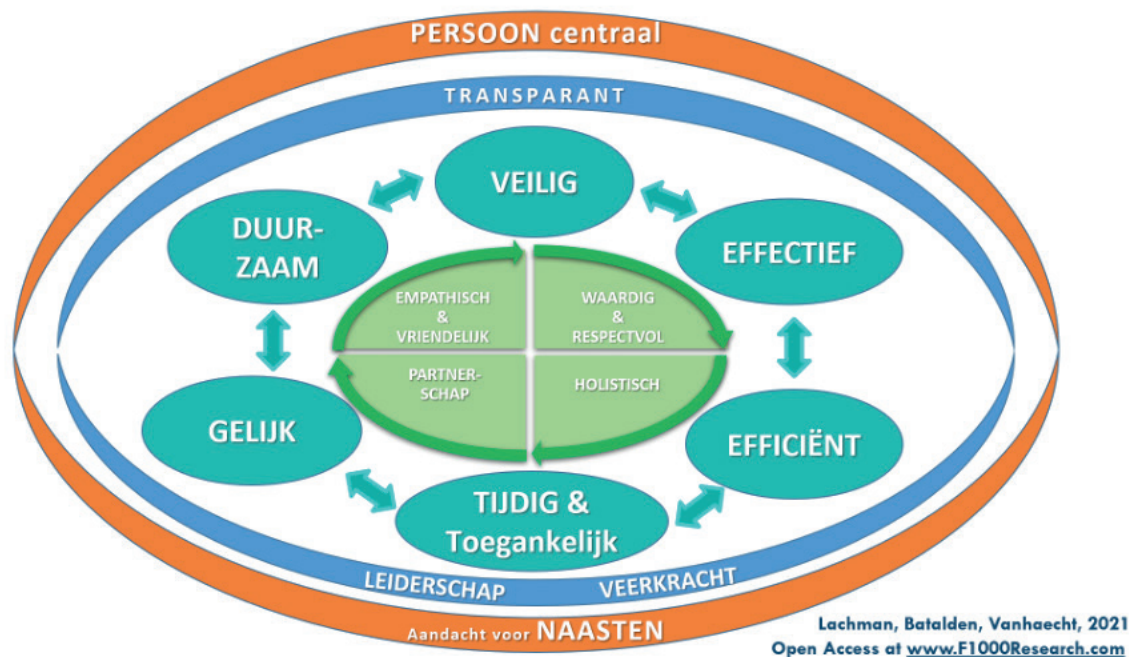
⁶ Het model ontwikkeld in samenwerking met Lachman en Batalden is open access gepubliceerd en kan je nalezen op <https://f1000research.com/>. Binnenkort ook in het Nederlands beschikbaar.

Prof. Dr. Kris Vanhaecht, titularis Leerstoel Future of Hospital Quality:

“Samen stilstaan bij ons huidig denken over kwaliteit is geen eenvoudige oefening. Het FlaQuM Visiemodel werd ontwikkeld in samenwerking met internationale experts. Het moet onze organisaties helpen om deze denkoefening op een gestructureerde wijze uit te voeren.”

We startten voor de update en de aanpassingen vanuit de zes originele dimensies van kwaliteit. Ons uitgangspunt: de dimensie “patiëntgerichtheid”, m.a.w. “de persoon centraal” dient de overkoepelende dimensie te worden met drie belangrijke aandachtspunten. “Persoon centraal” gaat niet alleen over de patiënt, voor de zorgorganisatie de “externe klant”, maar ook over de andere persoon, zijnde onze “interne klant”, onze medewerker. Dat betekent dat in het visiemodel expliciet de aandacht voor de medewerkers wordt meegenomen. Het gaat nog ruimer dan dat. Er moet niet alleen aandacht zijn voor de individuele patiënt, maar ook voor de naaste, de mantelzorger, de familie en vrienden van de patiënt, cliënt of bewoner. Daarnaast krijgt ook duurzaamheid een plaats in het model. Anno 2021 is duurzaamheid, in al zijn verschillende dimensies van belang. We moeten de ecologische voetafdruk van ziekenhuizen (materiaalgebruik, afvalbeleid, energiebeleid...) bekijken en die vertalen zowel op macroniveau voor onze sector, op mesoniveau binnen elke organisatie en op microniveau, bijvoorbeeld in de individuele arts-patiëntrelatie.

Samengevat: er zijn zes technische dimensies van kwaliteit (veiligheid, effectiviteit, tijdigheid, efficiëntie, gelijkheid en duurzaamheid) en de overkoepelende dimensies “persoon centraal” en “aandacht voor naasten”.



Het multidimensionaal visiemodel

Het is onze overtuiging dat we pas naar een volgend niveau van kwaliteitsbeleid kunnen gaan indien we ook bewust stilstaan bij de basis van goede zorg, het hart van de zorg. De vier basiswaarden voor goede zorg zijn in het midden van het model beschreven in vier kwadranten (zie figuur). Ze zijn telkens van toepassing op zowel de patiënten, de naasten als de medewerkers.

Een eerste basiswaarde is het waardig en respectvol omgaan met zowel de patiënt en naasten als met elkaar als zorgverleners, en dat zowel in goede tijden als bij patiëntveiligheidsincidenten.

Een tweede is het op een holistische wijze naar patiënten en hun omgeving kijken (lichamelijk, mentaal, sociaal, spiritueel...) en holistisch met elkaar omgaan binnen de organisatie.

Een derde basiswaarde is partnerschap. Partnerschap betekent een gedeelde besluitvorming met patiënten en naasten, het samen nadenken over het zorgtraject; het betekent ook het meenemen van alle medewerkers in het denken rond kwaliteit, verbeterprojecten en de met kwaliteit verbonden opleiding. Alle stakeholders meenemen in het verhaal.

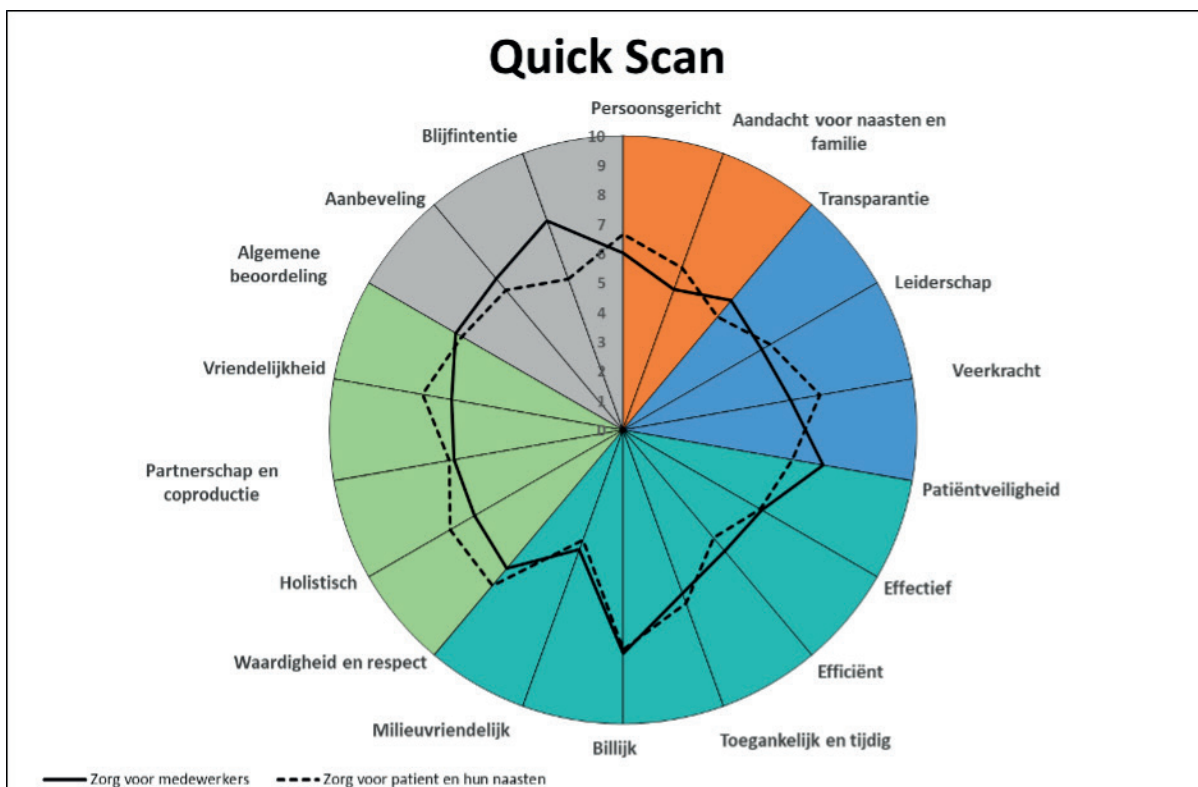
De vierde basiswaarde is empathie en vriendelijkheid, opnieuw niet alleen naar patiënten en naasten toe, maar ook binnen het multidisciplinaire, (inter)professionele team.

Wanneer we kwaliteit van naderbij bekijken, zowel vanuit die vier basiswaarden voor goede zorg als vanuit de technische dimensies, vraagt dat leiderschap, klinisch leiderschap van elk van ons. Leiderschap moet niet alleen van het management komen, maar van elke zorgverlener, elke mantelzorg, en ook van patiënten en hun vertegenwoordigers. Daarnaast zullen we rekening moeten houden met ieders veerkracht. Zowel de veerkracht van patiënten en naasten maar ook met die van onze medewerkers.

Ten slotte vraagt het multidimensionaal visiemodel aandacht voor transparantie. Transparantie over zowel de technische dimensies (veiligheid, efficiëntie, effectiviteit, tijdigheid, gelijkheid en duurzaamheid), de overkoepelende dimensie rond persoonscentrale zorg en aandacht voor naasten, alsook transparantie over de vier basiswaarden voor goede zorg. Die transparantie zal nodig zijn op micro-, meso- als op macroniveau.

Het is onze overtuiging dat dit model - al getest in een aantal organisaties in binnen- en buitenland - helpt om samen met de verschillende stakeholders na te denken over de toekomst van het kwaliteitsbeleid. Aan de hand van dit model kan men zelf nagaan waar de eigen organisatie staat, welke de afgelegde weg is en wat de aandachtspunten zijn. Rekening houdend met het traject dat al werd afgelegd kunnen prioriteiten worden bepaald. Hiervoor willen we in de toekomst een aantal *tools* aanbieden.

Op basis van dit model is een Quicksan ontwikkeld, die momenteel in een validatiefase zit⁷. Met deze vragenlijsten kunnen patiënten, naasten en medewerkers bevestigd worden over de verschillende dimensies en basiswaarden uit het visiemodel. Het is een spiegelinstrument waarbij men zowel patiënten en naasten kan bevragen alsook medewerkers over de aandacht voor patiënten en naasten. Maar ook andersom. Hoe voelen patiënten bijvoorbeeld aan op welke manier medewerkers met elkaar omgaan? Het resultaat is een kernanalyse tussen de score die patiënten geven over een bepaald onderdeel en de score van de medewerkers. Dit instrument helpt om samen met de stakeholders aan de slag te gaan met prioriteitenbepaling.



Voorbeeld van feedback aan organisaties op basis van de resultaten van de FlaQuM Quicksan

⁷ Claessens et al, 2021, in voorbereiding.

De prioriteiten kunnen ingebracht worden in een invulmatrix⁸. Die invulmatrix omvat de verschillende onderdelen van het model, de technische dimensies, de overkoepelende dimensie en de basiswaarden. Dit helpt om te bekijken hoe de prioriteiten kunnen worden waargemaakt in de organisatie op niveau van de patiënt en naasten, de zorgverlener en ook op het niveau van de gehele organisatie.

3. FLAQUM COCREATIEMODEL

Het cocreatiemodel helpt ons via meerdere *drivers*, bouwstenen en actievelen, maar ook door zelfevaluatie en projecten, het kwaliteitsbeleid te creëren en borgen in de eigen organisatie. Al dan niet in samenwerking met partnerorganisaties.

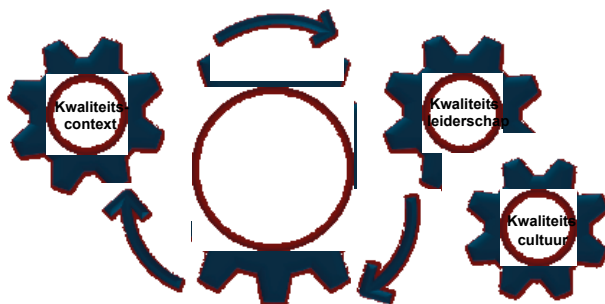
Het visiemodel vormt het startpunt voor het FlaQuM Cocreatiemodel. Ze sluiten beide naadloos op elkaar aan. We starten met het bepalen van de visie. Daarna bekijken we samen met de stakeholders hoe we die visie aan de hand van het cocreatiemodel kunnen waarmaken en duurzaam maken in de organisatie. Het cocreatiemodel is geen checklist van to do's of standaarden, maar veeleer een *roadmap*. In de ene organisatie zal die *roadmap* wat rechtlijniger zijn, in de andere zal die wat meer bochten hebben.

Het cocreatiemodel houdt rekening met de mogelijkheden van een organisatie om te werken rond kwaliteit: wat waren de investeringen van de afgelopen jaren? Wat werd er al geïmplementeerd? Hoeveel middelen kunnen er ingezet worden? Onafhankelijk van waar ze precies staan, kunnen alle organisaties aan de slag met het cocreatiemodel. Zoeken naar duurzaamheid is daarbij de uitdaging.

Het cocreatiemodel is ontwikkeld op basis van de brede literatuur en toonaangevende kwaliteitsmodellen van internationale gerenommeerde instituten. Via interviews werd het advies ingewonnen van een schare internationale experts⁹. Daarnaast brachten we ook expliciet het advies en de ervaring in uit de Vlaamse context. Via interviews werd de input verwerkt van een twintigtal ziekenhuizen, zowel universitaire als grote niet-universitaire ziekenhuizen, middelgrote en kleine ziekenhuizen verspreid over de Vlaamse ziekenhuisnetwerken. We zochten naar de positieve zaken die we in de toekomst zeker moeten behouden, en naar de punten die in functie van een duurzaam kwaliteitsbeleid moeten worden hertekend¹⁰. Zo ontwikkelden we het FlaQuM cocreatiemodel en zorgden we ervoor dat het *evidence based* werd opgebouwd.

3.1 Zes drivers

Het cocreatiemodel bestaat uit zes *drivers* die de zogenaamde “kwaliteitsmotor” in beweging zetten en dienen te houden. De drie basis*drivers* van het cocreatiemodel zijn de elementen waarmee elke organisatie aan de slag kan gaan om zelf te bepalen hoe ze hun kwaliteitsbeleid op basis van het visiemodel willen implementeren. De basis*drivers* van het model zijn kwaliteitsontwerp, kwaliteitsopvolging en kwaliteitsverbetering. Het is belangrijk om die drie elementen goed met elkaar te verbinden.



De zes drivers van het FlaQuM Cocreatiemodel

⁸ De invulmatrix vindt u eveneens op <https://f1000research.com/>

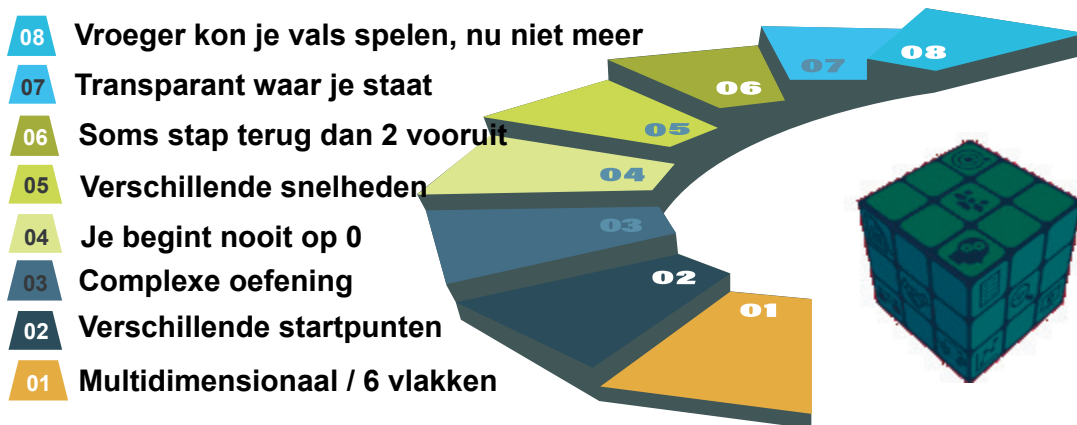
⁹ Zie voetnoot 2.

¹⁰ Claessens et al, 2021. Ingediend ter publicatie.

Kwaliteitsontwerp en -planning baseren we op de oefeningen van het FlaQuM Visiemodel, waarin de prioriteiten rond kwaliteit werden vastgelegd. Nadien is er opvolging en verbetering.

Ons doel is een duurzaam kwaliteitsbeleid te creëren door de kwaliteitscultuur binnen de organisatie aan te zwengelen, te verhogen en te borgen. Kwaliteitscultuur is de vierde *driver*. We weten dat we daarvoor een tussenschakel nodig hebben en dat is kwaliteitsleiderschap, de vijfde *driver*. Er moet ook rekening gehouden worden met de mogelijkheden van de organisatie, binnen een specifieke context (netwerk, omgeving, internationaal). Die kwaliteitscontext vormt de overkoepelende zesde *driver*.

Het cocreatiemodel heeft dus zes *drivers* en kan vergeleken worden met een Rubiks kubus. De kenmerken van de kubus kunnen symbool staan voor de eigenschappen van het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitsdenken. Een Rubiks kubus heeft zes vlakken en is multidimensionaal. Hij heeft verschillende startpunten, het is een complexe oefening, niemand start vanaf nul. Je werkt met verschillende snelheden en soms moet er een stapje teruggezet worden om er twee vooruit te gaan. Kwaliteit is meer en meer transparant waardoor valsspelen steeds moeilijker wordt. Zo kunnen we de zes vlakken van de Rubiks kubus voorstellen als de zes *drivers* van het cocreatiemodel.



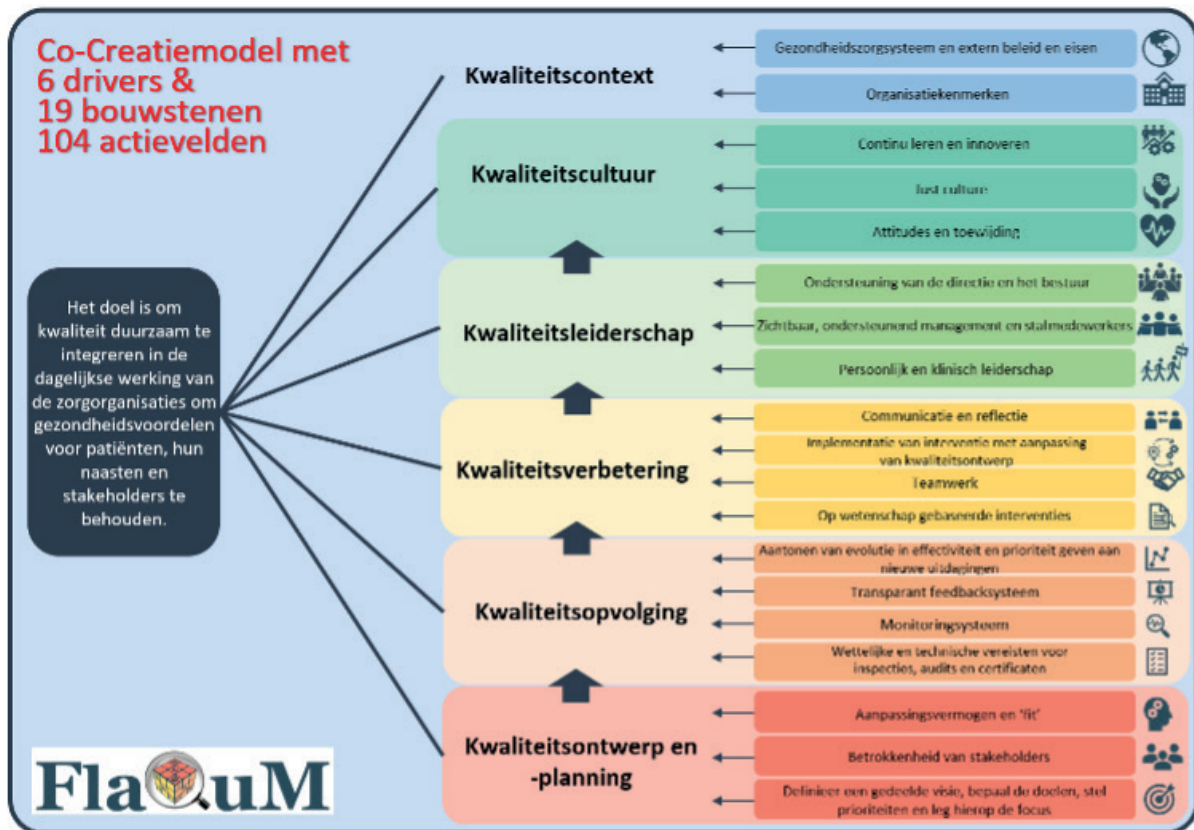
De kenmerken van een Rubikskubus zijn analoog met het werken aan kwaliteit

3.2 Negentien bouwstenen

Op elk van de zes vlakken van de Rubiks kubus waarmee het cocreatiemodel wordt voorgesteld, staan ook een aantal figuren, in totaal negentien. Ze staan symbool voor de negentien bouwstenen van het cocreatiemodel.

Het cocreatiemodel heeft de vorm van een *roadmap*. Er wordt onderaan gestart en naar boven toe gewerkt. Van kwaliteitsontwerp en -planning gaat het naar kwaliteitsopvolging, en dan naar kwaliteitsverbetering. Er is leiderschap nodig om rekening te houden met de cultuur die beïnvloed wordt. Elk van deze vijf *drivers* wordt beïnvloed door de zesde *driver*: het overkoepelend kader, de context.

Per *driver* zijn er twee tot vier bouwstenen. In de onderste *driver*, kwaliteitsontwerp en -planning, staat het visiemodel en het cocreatiemodel nadrukkelijk met elkaar in relatie. De beginbouwsteen van de plannings*driver* gaat over gedeelde visie, doelstellingen bepalen, prioriteiten stellen en hierop focussen binnen de organisatie. De prioriteiten worden bepaald op basis van het multidimensionaal visiemodel en de resultaten van de FlaQuM Quickscan.



Het cocreatiemodel weergegeven als een roadmap met 6 drivers en 19 bouwstenen

Er wordt verder naar boven gewerkt door alle stakeholders te betrekken en de actuele status van de organisatie te bekijken. Bij kwaliteitsopvolging wordt er bekeken welke wettelijke en technische vereisten mee moeten worden genomen. Voor klinische diensten maar ook voor technische en ondersteunende diensten kan er een monitoringsysteem gemaakt worden. Uiteraard is een transparant feedbacksysteem hierbij belangrijk, met longitudinale opvolging en *benchmarking*. Op basis daarvan kan de evolutie aangetoond worden in effectiviteit en kunnen prioriteiten bepaald worden voor nieuwe uitdagingen. Die helpen om verbeteracties te definiëren die zijn gebaseerd op wetenschappelijke interventies. Teamwerk is daarbij van belang, maar ook de implementatiestrategieën om ons kwaliteitsontwerp stap voor stap aan te passen.

Communicatie en reflectie met alle medewerkers in de hele organisatie loopt doorheen dit alles. Zo wordt het cocreatiemodel verder opgebouwd. De *roadmap* helpt organisaties te bouwen aan een duurzaam kwaliteitsbeleid. Daarvoor is leiderschap nodig, niet alleen vanuit het bestuur en de directie of vanuit het ondersteunend management en de stafmedewerkers. Kwaliteitsleiderschap begint met persoonlijk en klinisch leiderschap van elke medewerker.

In de kwaliteitscultuur, de vijfde *driver*, gaat het om attitudes en toewijding. Hier wordt de link gemaakt met het hart van het visiemodel (waardigheid en respect, transparantie, holistische benadering, *partnership*, empathie en vriendelijkheid). Het gaat om "just culture", het op een juiste en verantwoordelijke manier omgaan met elkaar, ook als het fout loopt. Het continu leren en innoveren staat centraal. Alle bovenstaande zaken staan uiteraard in relatie met de context van de eigen organisatie en het gezondheidssysteem alsook het extern beleid.

Fien Claessens, PhD Student:

"De roadmap met zijn 19 bouwstenen en 104 actievelen is gebaseerd op literatuur alsook interviews met nationale en internationale experts. Hierdoor nemen we hun ervaring en expertise uit het verleden mee in ons toekomstig model. Elk van de 104 actievelen is trouwens onderbouwd met actuele literatuur. Dat maakt het cocreatiemodel uniek."

104 ACTIEVELDEN

In het cocreatiemodel zijn er voor elk van de negentien bouwstenen ook een aantal actievelen gedefinieerd. Momenteel zijn dat er 104¹¹. De actievelen zijn geen afvinklijstjes met to do's of standaarden. Ze helpen organisaties wel om concreet met de *roadmap* aan de slag te gaan.

We zullen die samen met de sector verder verfijnen naar meetbare indicatoren of verder te definiëren acties. Ieder beschreven actievel is onderbouwd door minimum drie recente publicaties, gepubliceerd in internationale tijdschriften of *white papers*.



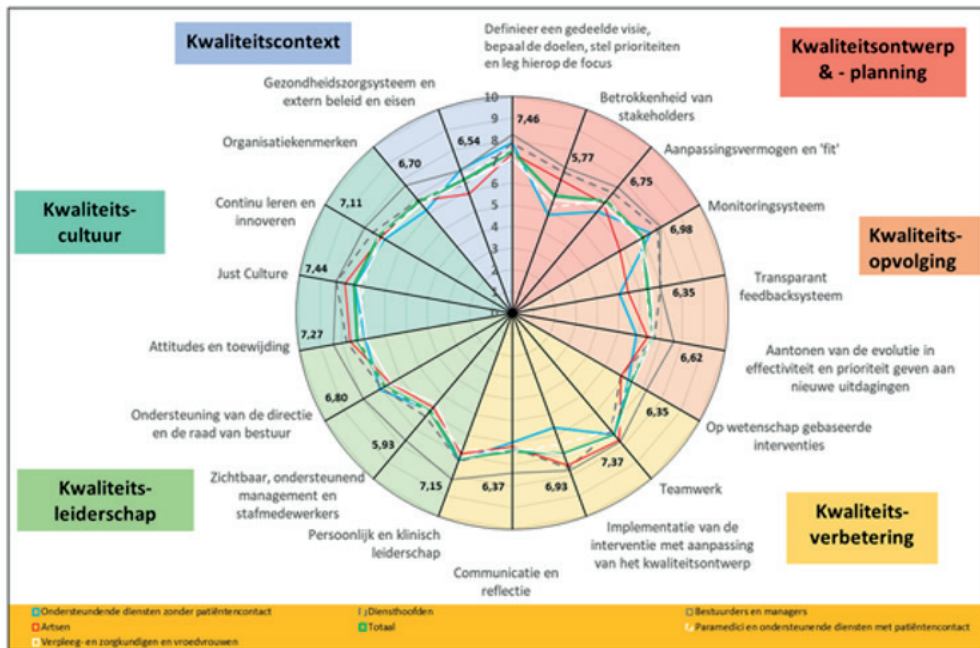
Gap analyse zelfevaluatiestool

ZELFEVALUATIETOOL

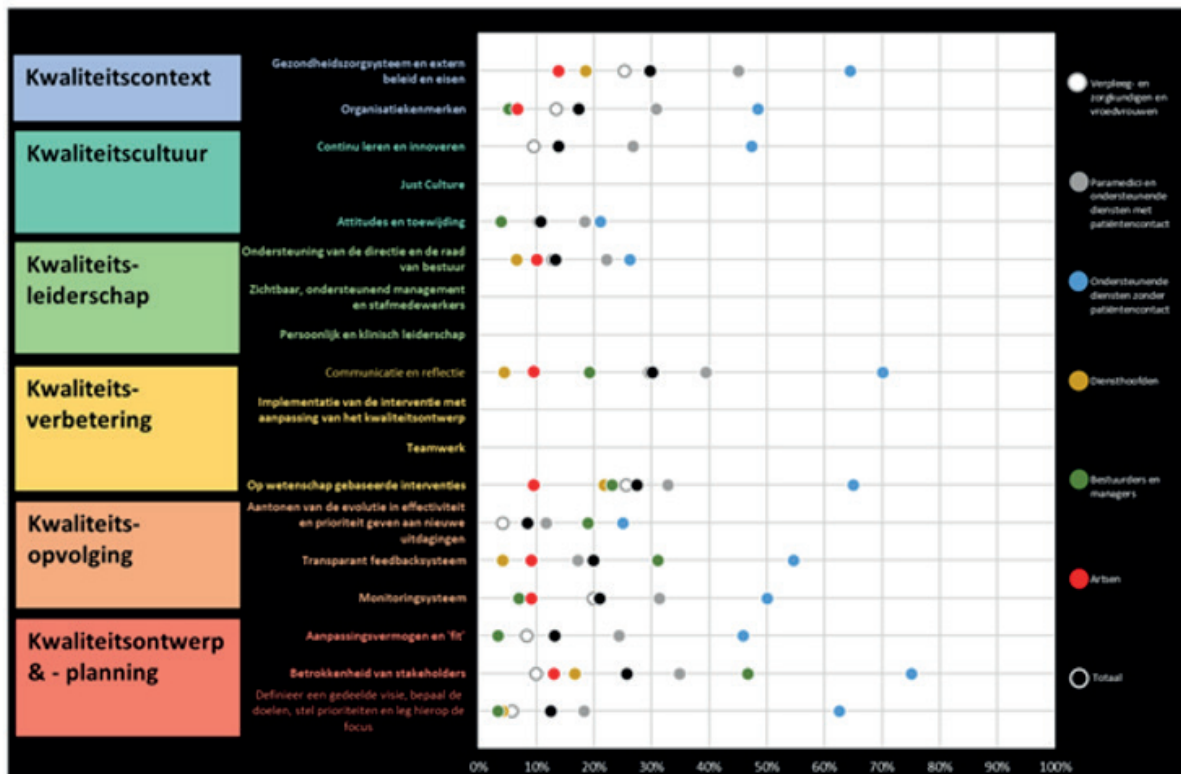
Momenteel is er ook een FlaQuM Zelfevaluatiestool in ontwikkeling. De eerste versie daarvan is getest in december 2020, de tweede versie wordt momenteel verder verfijnd. Aan de eerste test participeerden 250 personen, van bestuurders tot onderhoudspersoneel. Aan de hand van de zelfevaluatiestool kan men samen met het team of alle medewerkers nagaan hoe goed een individu alsook de organisatie scoort op de 19 bouwstenen van het cocreatiemodel.

Het resultaat van de *tool* is een soort "gap analyse" met een score waarbij men kan nagaan of de ideeën tussen de verschillende stakeholders over een bepaalde bouwsteen ver uit elkaar liggen en hierop gefocust moet worden of iedereen op dezelfde lijn zit. Op enkele van de vragen is het antwoord "hier heb ik geen zicht op" mogelijk. Het percentage dat voor die keuzemogelijkheid opteert is een interessant resultaat. In de testfase is gebleken dat het niet alleen ondersteunende diensten zijn (blauwe) die geen zicht hebben op bepaalde zaken, maar dat ook bijvoorbeeld het bestuur en management (groene) op een aantal zaken onvoldoende zicht hebben (zie figuur).

¹¹ Voor de volledige lijst van de actievelen, zie bijlage.



Gap analyse zelfevaluatietool



Percentages verschillende stakeholders voor de antwoordcategorie "hier heb ik geen zicht op"

4. IN ACHT FASEN MET FLAQUM SAMEN NAAR DUURZAME KWALITEIT



In FlaQuM zijn het visie- en het cocreatiemodel met elkaar vervlochten. We starten met het ontwikkelen van een visie op basis van het multidimensionale visiemodel. Op basis daarvan kan de Rubiks kubus gemodelleerd worden. Hoe scoren we op de zes *drivers* en de negentien bouwstenen? Uitdagingen kunnen geformuleerd worden en op basis van die uitdagingen wordt vervolgens een actieplan gemaakt. Op termijn streven we ernaar om kwaliteit steeds verder uit te werken en verder duurzaam te maken. We starten echter niet van een wit blad.

In heel wat organisaties, zeker in de Vlaamse ziekenhuizen, zijn de nodige structuren en processen reeds aanwezig en zijn voor verschillende *drivers* van kwaliteit een heel aantal vlakken al deels of volledig ingevuld. Maar we menen dat elke organisatie - hoever die ook staat in haar kwaliteitsbeleid op dit moment - moet streven naar duurzame kwaliteit en daarin nog verder kan groeien.

Hoe gaan we samen met Vlaamse zorgorganisaties verder aan de slag? Hiervoor stellen we een FlaQuM stappenmodel voor in acht fasen. Starten doen we met het visiemodel door de FlaQuM Quickscan te gebruiken om de huidige toestand te bekijken vanuit patiënten, naasten en medewerkers. Op basis van de *feedback* op deze bevraging kan u met de verschillende stakeholders binnen uw organisatie en misschien binnen uw netwerk nadenken over het belang van kwaliteit en welke prioriteiten gesteld moeten worden.

Het visiemodel en de daarbij horende invulmatrix kunnen worden gebruikt om die prioriteiten te definiëren. Dat is het startpunt van het cocreatiemodel, de *roadmap*, om met de zes *drivers*, negentien bouwstenen en 104 actievelden aan de slag te gaan. Via de *zelfevaluatietool* kan u binnen uw teams nagaan hoe men denkt over de huidige aanpak rond kwaliteit. Op basis daarvan bepaalt u de concrete uitdagingen voor uw organisatie. Dit kan u uitwerken op organisatieniveau, op netwerkniveau of op het niveau van een dienst of een afdeling.

We moeten in de komende jaren blijven samenwerken op internationaal niveau om ons te laten inspireren zodat we projecten kunnen testen in de zevende fase en die vervolgens te implementeren. Blijvende opvolging van onze kwaliteit aan de hand van onze eigen ervaring en expertise met indicatoren en *benchmarking*, maar ook kennis uit de internationale gemeenschap zal belangrijk blijven om transparant de technische dimensies van het visiemodel en de basiswaarden voor goede zorg te blijven opvolgen.

8. Projecten opvolgen

Volg de projecten continu op aan de hand van indicatoren (zie driver 'kwaliteitscontrole' Co-Creatiemodel).

7. Projecten testen en implementeren

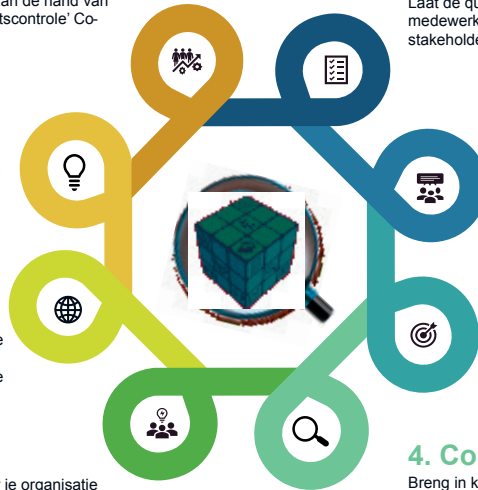
Definieer organisatiespecifieke projecten waarbij je meerdere uitdagingen in één project aangaat. Test en implementeer deze in de organisatie.

6. (Inter)nationale best practices

Breng in kaart welke best practices uit de literatuur, uit andere projecten of uit andere organisaties passen in de huidige cultuur en structuur van de organisatie.

5. Uitdagingen

Formuleer de uitdagingen voor je organisatie op basis van de resultaten uit de voorgaande stappen.



1. Visiemodel-Quickscan

Laat de quickscan individueel invullen door patiënten en medewerkers. Herhaal de quickscan bij verschillende stakeholders op systematische wijze binnen de organisatie.

2. Stakeholders

Ga in gesprek met je verschillende stakeholders.

3. Visiemodel

Vul het visiemodel voor je organisatie in, dit betekent dat je zowel aandacht besteedt aan technische waarden als aan de basiswaarden. Bepaal je doelstellingen op basis van dit visiemodel.

4. Co-Creatiemodel – Z.E.T.

Breng in kaart hoe je scoort op het co-creatiemodel aan de hand van een organisatiebrede vragenlijst voor werknemers en gebruik het CCM als roadmap.

BIJLAGE

FlaQuM cocreatiemodel: 6 *drivers* – 19 bouwstenen – 104 actievelen

PL: KWALITEITSONTWERP- EN PLANNING	
PL.1 Definieer een gedeelde visie, bepaal de doelen, stel prioriteiten en leg hierop de focus	PL.1.1 Een gedeelde visie op kwaliteit wordt gedefinieerd vanuit een multidimensionaal perspectief en deze visie komt tot uiting in alle aspecten van de organisatie (doelstellingen, communicatie, beleidsplannen, etc.). ^{4, 25, 26, 30, 31, 33, 36, 43, 49, 55}
	PL.1.2 Patiënten, hun naasten en zorgverleners staan centraal in de (vastgelegde) visie en doelstellingen. ^{4, 24, 25, 28-30, 32, 54, 55, 57}
	PL.1.3 Kwaliteit is een belangrijk strategisch doel van de organisatie. ^{30, 37, 49, 54}
	PL.1.4 Middelen om de kwaliteit te borgen worden toegewezen. ^{26, 34, 36, 37, 46, 52}
	PL.1.5 De focus ligt op vooruitgang in kleine stappen eerder dan grote sprongen voorwaarts. ^{26, 30, 31, 47}
PL.2 Betrokkenheid van stakeholders	PL.2.1 In deze organisatie is elke persoon belangrijk: de “buy-in” van alle stakeholders wordt op alle niveaus verzekerd en ze creëren allen samen de kwaliteitsvisie en het bepalen samen de kwaliteitsdoelstellingen. ^{1, 14, 15, 25, 22, 30-32, 35, 36, 39, 48, 54, 56}
	PL.2.2 De stakeholders die van belang zijn vanaf de visieontwikkeling tot de kwaliteitsborging worden in kaart gebracht. ^{3, 17, 26, 34, 43, 45-47, 52}
	PL.2.3 Inzicht in de verschillende perspectieven, ervaringen, interesses en behoeften van alle stakeholders is nodig om waarde te creëren voor alle belanghebbenden. ^{16, 25, 30, 32, 34, 38, 43, 45, 53, 54}
	PL.2.4 Tegengestelde en/of concurrerende eisen en belangen worden transparant gemaakt. ^{23, 25, 31, 33, 59}
	PL.2.5 Er wordt onderhandeld over tegengestelde en/of concurrerende eisen en belangen en gestreefd om volledige overeenstemming te bereiken over het creëren van waarde. ^{9, 15, 28, 30, 36, 45}
PL.3 Aanpassingsvermogen en ‘fit’	PL.3.1 De kwaliteitsvisie en doelstellingen moeten zo dicht mogelijk aansluiten (“fitten”) bij de interne en externe vereisten en prioriteiten. ^{11, 25, 26, 36}
	PL.3.2 De visie en doelstellingen zijn aangepast aan de taal, cultuur en structuur van de organisatie. ^{3, 9, 16, 19, 25, 34, 36, 53}
	PL.3.3 De mate waarin het huidige kwaliteitsmodel en de nieuwe visie in elkaar passen/fitten of aangepast dienen te worden, wordt onderzocht door lokale belemmeringen te identificeren en te begrijpen. ^{3, 11, 17, 21, 38, 45, 46, 52, 53}
	PL.3.4 De gekende verandermethoden en -modellen worden in de organisatie geïdentificeerd zodat innovaties vlot kunnen worden aangepast en doorgevoerd. ^{10, 15, 25, 28, 30, 47, 49, 52, 53, 59}

OP: KWALITEITSOPVOLGING

<p style="text-align: center;">OP.1 Wettelijke en technische vereisten voor inspecties, audits en certificaten</p>	<p>OP.1.1 Een actueel overzicht van de wettelijke vereisten voor audit of inspectie van klinische diensten, ondersteunende departementen of technische diensten is beschikbaar (bv. FOD, VAZG, Zorginspectie, BELAC, FAGG, ...).^{7, 14, 34, 39, 45, 48, 49, 53, 57, 59}</p>
	<p>OP.1.2 Een actueel overzicht van de specificaties en standaarden voor vrijwillige audits en certificaten is beschikbaar (bv. ISO, accreditatie, labels, VIKZ, P4P, ...).^{7, 14, 25, 30, 34, 48, 53, 59}</p>
	<p>OP.1.3 Er is een coördinerende instantie alsook contactpersoon per klinisch/technisch/organisatorisch departement voor de kwaliteitscontrole en -opvolging.^{26, 34, 49}</p>
	<p>OP.1.4 De interne en externe rapportering is vastgelegd (bv. via jaarrapporten) en deadlines zijn vastgelegd alsook gepland op basis van de standaarden voor zowel wettelijke als vrijwillige vereisten.^{8, 14, 28}</p>
<p style="text-align: center;">OP.2 Monitoringsysteem</p>	<p>OP.2.1 Indicatoren en indicator specifieke doelstellingen zijn gedefinieerd op basis van de algemene visie en doelstellingen van de organisatie.^{15, 25, 26, 31, 52}</p>
	<p>OP.2.2 Een evenwicht tussen structuur-, proces-, resultaats- en “balancing”-indicatoren alsook een evenwicht tussen zachte en harde maten staan centraal.^{26, 30, 36, 43, 45, 47, 49, 52, 53}</p>
	<p>OP.2.3 Voor elke indicator is het monitoringsysteem (geautomatiseerde controles of handmatige controles door medewerkers) en het niveau van gegevensverzameling (gegevens op individueel of geaggregeerd niveau) bepaald.^{2, 8, 11, 31, 44, 50}</p>
	<p>OP.2.4 Het monitoringsysteem laat <i>benchmarking</i>, focus op variatie en longitudinale opvolging toe.^{3, 25, 28, 49}</p>
	<p>OP.2.5 Er worden investeringen gemaakt in personeel en ICT-diensten die noodzakelijk zijn voor het kwaliteitsmonitoringsysteem.^{2, 8, 9, 14, 17, 23, 24, 30}</p>
	<p>OP.2.6 Er is een open en duidelijke communicatie om medewerkers te motiveren uitdagingen aan te gaan en om zich veilig te voelen bij het melden van kwaliteitsproblemen.^{15, 25, 28, 34, 49}</p>
	<p>OP.2.7 Het ontwikkelen en onderhouden van het kwaliteitsmonitoringsysteem is een continu proces.^{21, 25, 42, 51, 53, 57}</p>
<p style="text-align: center;">OP.3 Transparant feedbacksysteem</p>	<p>OP.3.1 De opgevolgde metingen worden in real-time gecommuniceerd via continue feedbackloops met <i>benchmarking</i> waar mogelijk. De longitudinale opvolging en de variatie binnen en tussen organisaties wordt transparant gemaakt.^{9, 14, 21, 30-32, 36, 45, 48, 51}</p>
	<p>OP.3.2 De doelgroep begrijpt de gegevensbron, gegevensverzamelingsmethode, data-analyse en visualisatie om zo de geloofwaardigheid en het eigenaarschap te vergroten.^{15, 31, 54}</p>
	<p>OP.3.3 Het detailniveau waarop de gegevens aan het beoogde doelpubliek transparant gemaakt moeten worden, (individuele patiënten, hun naasten, individuele zorgverleners, teams, afdelingen, management, bestuur, partnerorganisaties, patiëntenorganisaties, overheid of samenleving) wordt vastgelegd in overleg met alle belanghebbenden.^{11, 13, 27, 28, 54}</p>
	<p>OP.3.4 Er is aandacht voor de visualisatie van actiegerichte data waarbij met o.a. run charts op leerborden, zodat de doelgroep de real-time gegevens kan gebruiken om verbetering te stimuleren en te sturen.^{15, 17, 27, 25, 28, 33, 42, 54, 59}</p>
	<p>OP.3.5 De terugkoppeling over positieve resultaten en prestaties krijgt speciale aandacht in het feedbacksysteem.^{17, 20, 32, 35, 53, 54}</p>
<p style="text-align: center;">OP.4 Aantonen van evolutie in effectiviteit en prioriteit geven aan nieuwe uitdagingen</p>	<p>OP.4.1 Het kwaliteitsmonitoringsysteem richt zich op trends doorheen de tijd.^{3, 9, 16, 28, 36, 53, 59}</p>
	<p>OP.4.2 De link tussen de opgevolgde metingen en de verbeterinterventie is duidelijk.^{3, 15, 31, 36, 46, 49, 52, 53}</p>
	<p>OP.4.3 Een overzicht van kwaliteitsindicatoren en -verbeteringsinitiatieven alsook de opvolging van kwaliteitsverbeteringsprojecten is accuraat en beschikbaar voor alle medewerkers.^{1, 8, 28, 33, 50, 57}</p>
	<p>OP.4.4 Kwaliteitsinitiatieven krijgen prioriteit op basis van de trends in het monitoringsysteem, het advies van interne en externe inspecties of de wetenschappelijke evidentie.^{21, 24, 25, 28, 39, 52}</p>
	<p>OP.4.5 De waarde van de verbeteringsprojecten (kosten/baten) wordt zichtbaar gemaakt.^{8, 13, 15, 23, 32, 37, 43}</p>

VE: KWALITEITSVERBETERING

VE.1 Op wetenschap gebaseerde interventies	VE.1.1 Op basis van de bevindingen van het monitoringsysteem worden interventies ontwikkeld. ^{24, 38, 44, 50}
	VE.1.2 De interventie wordt gedefinieerd op basis van de analyse van het huidige proces, waarbij de kenmerken en de oorzaken van het kwaliteitsgebrek worden geïdentificeerd. ^{15, 25, 30, 31, 49}
	VE.1.3 De inhoud van de (gebundelde) interventie is gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke evidentie en kennis wordt gecreëerd door onderzoek, praktijk en ervaringen van patiënten, hun naasten en medewerkers te combineren. ^{3, 4, 9, 14-16, 18, 19, 21, 24, 28, 34, 39, 46, 49, 52, 53, 59}
	VE.1.4 Alle medewerkers hebben toegang tot en kennis van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie. ^{15, 17, 34, 39, 47, 49}
VE.2 Teamwerk	VE.2.1 Alle kwaliteitsverbeteringsprojecten worden uitgevoerd door multidisciplinaire teams en individuen met verschillende vaardigheden, ervaringen, kennis en standpunten. ^{2, 5, 17, 34, 53}
	VE.2.2 Teams werken aan hun relatie door gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect te verbeteren. Communicatie gebeurt frequent, tijdig, accuraat en vanuit een probleemoplossende benadering. ^{7, 5, 26-28, 31, 33, 34, 36, 43, 47, 52, 56}
	VE.2.3 Samenwerking binnen en tussen teams vindt plaats binnen een positief teamwerkklimaat: de focus ligt op positieve vertrouwensrelaties, psychologische veiligheid en vertrouwdheid. ^{5, 26, 32, 45, 56, 58}
	VE.2.4 Het management ondersteunt activiteiten om de werkvreugde te vergroten. ^{30, 32, 46}
	VE.2.5 Teams verbeteren voortdurend hun samenwerkings- en implementatiestrategieën door te reflecteren en vooruit te plannen. ^{25, 28, 32, 45}
VE.3 Implementatie van interventie met aanpassing van kwaliteits- ontwerp	VE.3.1 Er wordt een algemeen consistente aanpak gedefinieerd voor kwaliteitsverbetering, implementatie en duurzaamheid. ^{24, 25, 30-33}
	VE.3.2 Er worden bewezen implementatiemethoden en -strategieën gekozen, rekening houdend met de micro-, meso- en macrocultuur van de organisatie alsook met de context. ^{2, 9, 11, 14, 26, 52}
	VE.3.3 De inhoud van de interventie en implementatiemethoden worden afgetoetst met de betrokken teams om de duurzaamheid van de huidige verbetering of het toekomstige, nieuwe ontwerp te vergroten. ^{32, 34, 42, 52}
	VE.3.4 Herontwerp wordt uitgevoerd rekening houdend met 'human factors' en 'systems engineering'. ^{1, 7, 15, 28, 35, 49}
	VE.3.5 Processen en procedures worden alleen gestandaardiseerd waar mogelijk en noodzakelijk. ^{7, 14, 25, 28, 33, 43, 55}
	VE.3.6 Processen en procedures worden vertaald en geïntegreerd opdat zij de gekozen verandering en gebruikte methoden verankeren. De teams begrijpen op deze manier het 'wat, waarom en hoe' van het nieuwe ontwerp. ^{9, 15, 17, 25, 47}
VE.4 Communicatie en reflectie	VE.4.1 Er wordt duidelijk gecommuniceerd over het waarom van het herontwerp, de inhoud van het nieuwe ontwerp en de veranderingsmethodiek. ^{11, 15, 30, 34, 38, 45, 47}
	VE.4.2 De medewerkers zijn gemotiveerd om kritisch na te denken over het proces van herontwerp en nieuw ontwerp. ^{16, 20, 28, 33, 35, 53, 59}
	VE.4.3 Het team reflecteert samen om inzicht te krijgen in de relatie tussen de interventie, de implementatiemethode en de uitkomsten voor patiënten, hun naasten en zorgverleners. ^{28, 45, 52}
	VE.4.4 Succesvolle veranderprojecten en positieve trends in indicatoren worden gevierd en gecommuniceerd over de hele organisatie, naar patiënten en hun naasten alsook naar de gemeenschap. ^{3, 4, 17, 26, 30, 32, 34, 35, 43, 49, 54}
	VE.4.5 Nieuwe kennis over kwaliteitsverbetering, implementatie en duurzaamheid wordt door de teamleden zelf gedeeld over verschillende teams en partnerorganisaties heen. ^{11, 15, 26, 28, 31, 43, 49, 53, 54}

LE: KWALITEITSLEIDERSCHAP

LE.1 Persoonlijk en klinisch leiderschap	LE.1.1 Elke zorgverlener is een klinische leider: doelgericht, toegewijd, begrijpt de behoeften van patiënten, hun naasten en collega's, neemt deel aan co-design initiatieven, inspireert en denkt kritisch. ^{1, 2, 5, 9, 15, 25, 26, 28, 31, 32, 35, 43, 48, 49, 54}
	LE.1.2 Klinische leiders ondersteunen actief de organisatiedoelstellingen m.b.t. kwaliteitsontwerp, opvolging en verbetering, en faciliteren alle teamleden om hun mening, expertise en ideeën in te brengen. ^{3, 5, 10, 13, 15-17, 21, 25, 26, 32, 35, 58, 59}
	LE.1.3 Leiders tonen integriteit en geven het goede voorbeeld in hun acties en taalgebruik. ^{4, 10, 13, 15, 32, 56, 58}
	LE.1.4 Leiders creëren een gezonde omgeving voor de medewerkers, patiënten met psychologisch en fysieke veiligheid, vertrouwen, het delen van waarden en respect voor iedereen. ^{15, 23, 28, 32, 49, 54, 56-58}
	LE.1.5 Klinische leiders voelen zich veilig om hun expertise en ervaringen te delen met alle andere medewerkers, van de werkvloer tot bestuurskamer. ^{12, 23, 32}
	LE.1.6 Leiderschapsontwikkeling wordt ondersteund door het management. ^{12, 13, 24, 25}
LE.2 Zichtbaar, ondersteunend management en stafmedewerkers	LE.2.1 Het management is zichtbaar en toegankelijk voor de zorgteams, zodat de managers de complexe operationele uitdagingen, knelpunten en barrières begrijpen om deze te verbeteren in de praktijk. ^{13, 15, 16, 25, 27, 30, 49, 53}
	LE.2.2 Voortdurende ondersteuning wordt verzekerd door de zorgteams te motiveren en hen in staat te stellen zich in te zetten voor kwaliteit en om te blijven verbeteren en leren. ^{9, 12, 16, 24- 28, 30, 31, 34}
	LE.2.3 Managers hebben 'een systeemvisie': ze coachen, faciliteren, coördineren en nemen actief deel aan projecten met medewerkers om capaciteit en expertise voor kwaliteit op te bouwen. ^{14, 25, 30, 32, 33, 37, 49, 54}
	LE.2.4 Sterke quality champions bepleiten, passen aan en verankeren het gebruik en het belang van kwaliteit in hun dagelijkse routine. ^{2, 13, 15- 17, 21, 34, 49, 52, 53, 58}
	LE.2.5 Het management en de stafmedewerkers zijn op de hoogte van de best beschikbare wetenschappelijke evidentie en verandermethoden over het kwaliteitsontwerp, de kwaliteitsopvolging en de kwaliteitsverbetering en delen hun eigen kennis met externe partners. ^{14, 15, 28, 32, 35, 39, 46}
	LE.2.6 Het management toont waardigheid, respect en waardering voor de inzet van alle stakeholders. ^{4, 17, 30, 32, 43}
LE.3 Ondersteuning van de directie en het bestuur	LE.3.1 Directie- en bestuursleden zorgen ervoor dat kwaliteit een strategische prioriteit is in de organisatie die richting geeft aan elke actie en centraal staat bij alles wat we doen. ^{1, 4, 13, 22, 24, 30-33, 46, 49, 54, 57, 59}
	LE.3.2 Binnen het bestuur zijn er bepaalde bestuursleden met expertise en ervaring in kwaliteit. ^{12, 24, 28, 30, 31, 40, 43}
	LE.3.3 Directie- en bestuursleden zetten kwaliteit op de beleidsagenda om tijdens hun vergaderingen zowel kwaliteitsindicatoren als individuele verhalen te bespreken. ^{1, 14, 31, 35, 49, 54}
	LE.3.4 Directieleden ondersteunen, stimuleren en zorgen voor de betrokkenheid van het management, alle medewerkers alsook patiënten en hun naasten bij het kwaliteitsontwerp, de opvolging en de verbetering. ^{1, 3, 30, 31, 54, 59}
	LE.3.5 Directieleden zijn zichtbaar en toegankelijk voor de hele organisatie, van de werkvloer tot bestuurskamer. ^{24, 30, 32, 48, 58}
	LE.3.6 De directie- en bestuursleden tonen actief hun betrokkenheid bij en toewijding aan kwaliteitsverbetering. ^{1, 14, 25, 30, 31, 40, 42, 43, 45-47, 49, 59}
	LE.3.7 De bestuursleden dragen actief bij aan de kwaliteitsmanagementstructuur waarbij de communicatielijnen duidelijk zijn. ^{30, 31, 33, 49, 58}

CU: KWALITEITSCULTUUR

CU.1 Attitudes en toewijding	CU.1.1 Iedereen leeft de kernwaarden van kwaliteit na: waardigheid en respect, partnerschap en coproductie, holistische zorg en vriendelijkheid met empathie. ^{3, 4, 14, 30, 32, 35, 49, 55, 57}
	CU.1.2 Alle medewerkers, patiënten en hun naasten zijn gemotiveerd, betrokken, klaar voor verandering en geloven in de doelstellingen van het kwaliteitsontwerp, de opvolging en de verbetering van de organisatie. ^{1, 9, 14-17, 24, 26, 30, 32, 34-36, 52-54, 56, 57}
	CU.1.3 Bij kwaliteitsproblemen of patiëntveiligheidsincidenten gaan alle medewerkers respectvol met elkaar om. ^{28, 32, 49, 58}
	CU.1.4 Alle medewerkers nemen eigenaarschap en verantwoordelijkheid voor de relatie met elke patiënt en hun naasten alsook met elke collega en de organisatie. ^{27, 28, 34, 42, 43, 49, 53, 58}
	CU.1.5 Iedereen neemt deel aan het vieren van successen die intern en extern gecommuniceerd worden. ^{17, 30, 32, 54}
	CU.1.6 Iedereen is zich ervan bewust dat de gezondheidszorg een complexe en risicovolle omgeving is waarin individuele acties en organisatiesystemen samenwerken. ^{17, 28, 49}
CU.2 Just culture	CU.2.1 Een 'just culture' wordt ondersteund door het vinden van een evenwicht tussen verantwoording en ondersteuning op elk niveau van de organisatie. ^{10, 27, 28, 54, 58}
	CU.2.2 Initiatieven om de psychologische veiligheid van patiënten, hun naasten en zorgverleners te verbeteren worden ondersteund door de hele organisatie, zowel binnen als tussen alle afdelingen, alle beroepen en alle stakeholders. ^{28, 32, 49, 54, 57, 58}
	CU.2.3 Alle medewerkers, patiënten en hun naasten ervaren een 'blame free'-omgeving met vertrouwen, inclusie, waardigheid en respect. ^{10, 25, 30, 32, 49, 54, 57, 58}
	CU.2.4 Individuen worden aangemoedigd en voelen zich veilig om fouten / bijna-incidenten en alle soorten kwaliteitsproblemen te melden en oplossingen te zoeken voor problemen zonder angst, negatieve gevolgen of leerobstakels. ^{7, 17, 28, 32, 34, 49, 58}
CU.3 Continu leren en innoveren	CU.3.1 Deze organisatie is een lerende organisatie met een verankerde kwaliteitscultuur en 'science of improvement'. ^{17, 42, 43, 47, 49, 52, 54, 58}
	CU.3.2 De 'safety-I en safety-II'-principes worden in de hele organisatie toegepast en zijn bekend bij alle stakeholders. ^{1, 20, 49, 54}
	CU.3.3 Alle medewerkers krijgen de kans om te leren van positieve en negatieve uitkomsten. ^{1, 17, 28, 54, 58}
	CU.3.4 Alle medewerkers zijn betrokken bij het oplossen van problemen en voelen zich veilig om verbeteracties, -projecten en -bewegingen voor te stellen. ^{28, 38, 49}
	CU.3.5 Kwaliteitsinnovaties worden eerder proactief dan reactief uitgevoerd. ^{28, 32, 49, 54, 55, 57}
	CU.3.6 De ontwikkelde kennis door innovaties wordt gedeeld met interne als externe partners. ^{8, 43, 49, 57}
	CU.3.7 Terwijl we voortdurend leren en innoveren, worden alle interne en externe knelpunten, uitdagingen en opportuniteiten onderzocht. ^{1, 3, 28, 49}

CO: KWALITEITSCONTEXT

CO.1 Organisatiekenmerken	CO.1.1 Er zijn financiële middelen beschikbaar om het kwaliteitsontwerp, opvolging, verbetering, leiderschap en cultuur te faciliteren. ^{2, 16, 17, 34, 36, 39, 46, 53}
	CO.1.2 Er is een eenduidige kwaliteitsstructuur van de werkvloer tot de bestuurskamer, met omschreven rollen, functiebeschrijvingen en communicatievereisten. ^{3, 7, 10, 14, 22, 25, 26, 30, 33, 34, 39, 42, 47, 49, 53}
	CO.1.3 De organisatie investeert in voldoende personeel en beschermde tijd om de kwaliteit te verbeteren en te behouden. Er is een competentiekader beschikbaar om op te volgen en ervoor te zorgen dat alle medewerkers gekwalificeerd zijn om hun werk uit te voeren en verantwoording af te leggen. ^{14, 25, 30, 34, 39, 49, 53}
	CO.1.4 Er is een systeem voor capaciteits- en bekwaamheidsopbouw met training en opleiding voor alle medewerkers om de bereidheid van de organisatie voor verandering te bewaken. ^{1, 7, 9, 15-17, 22, 30, 31, 34, 36-38, 43, 46, 48, 49, 52-54}
	CO.1.5 De benodigde technische middelen voor kwaliteitscontrole, verbetering en borging zijn aanwezig. ^{7, 19, 29, 43, 53}
	CO.1.6 Individuen, teams en afdelingen werken op een gestandaardiseerde en uniforme manier in de hele organisatie. ^{25, 27, 28, 33, 49}
	CO.1.7 De organisatie werkt samen met externe partners rekening houdend met hun beleid, systeem en cultuur. ^{6, 13, 30, 31, 39, 41, 44, 53}
CO.2 Gezondheidszorgsysteem en extern beleid en eisen	CO.2.1 De wetgeving, het ethisch beleid en het overheidsbeleid zijn duidelijk en ondersteunen de interne en transmurale samenwerkingsverbanden van de organisaties op vlak van kwaliteit. ^{2, 30, 34, 39, 45, 49, 53}
	CO.2.2 Het gezondheidszorgsysteem voorziet financiële stimulansen om de kwaliteit te verbeteren en te behouden. ^{7, 9, 26, 48}
	CO.2.3 De rol van externe overheids- en niet-overheidsinstanties bij het kwaliteitsontwerp, de opvolging en de verbetering is transparant en eenduidig. ^{14, 48, 57}
	CO.2.4 Er is een synergie tussen het tijdschema en de lokale aanpak van kwaliteitsverbeteringen enerzijds en de nationale benadering om prestaties te meten en op te volgen anderzijds. ^{14, 22, 28, 30, 44, 45}
	CO.2.5 De kwaliteitsvisie en -doelstellingen, timing en methodes van externe partners liggen in lijn met het organisatiespecifieke kwaliteitsontwerp, opvolging en verbetering. ^{14, 26, 30, 34, 38, 45}
	CO.2.6 Externe maatschappelijke eisen zijn in lijn met de interne visie op het multidimensionale perspectief van kwaliteit. ^{22, 23, 29, 30, 32, 37, 54, 57}

REFERENTIES

FlaQuM cocreatiemodel: 6 *drivers* – 19 bouwstenen – 104 actievelden

NR	REFERENCES
1	Kabacene A, Nolan TW, Martin L a, et al. The pursuing perfection initiative: lessons on transforming health care. IHI Innov Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. Available on www.IHI.org
2	Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, et al. The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. <i>Milbank Q</i> 2010;88:510–43. doi:10.1111/j.1478-0009.2010.00611.x
3	Maher L, Gustafson PD, Evans A. Sustainability Model and Guide. Inst Innov Improv NHS 2010.
4	Balik B, Conway J, Zipperer L, et al. Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Available on www.IHI.org
5	O’Leary KJ, Sehgal NL, Terrell G, et al. Interdisciplinary teamwork in hospitals: A review and practical recommendations for improvement. <i>J Hosp Med</i> 2012;7:49–55. doi:10.431/jhm.970
6	Cunningham FC, Ranmuthugala G, Plumb J, et al. Health professional networks as a vector for improving healthcare quality and safety: A systematic review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012;21:229–50. doi:10.1135/bmjqs-2011-000187
7	Lawton R, McEachan RRC, Giles SJ, et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: A systematic review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012;21:359–80. doi:10.1135/bmjqs-2011-000453
8	Lawton R, McEachan RRC, Giles SJ, et al. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: A systematic review. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012;21:359–80. doi:10.1135/bmjqs-2011-000453
9	Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, et al. The sustainability of new programs and innovations: A review of the empirical literature and recommendations for future research. <i>Implement Sci</i> 2012;7:17. doi:10.1186/1749-4298-7-17
10	Healthcare Improvement Scotland. Quality Improvement – sustainable in any organisational culture? 2013;(April):1–27.
11	Healthcare Improvement Scotland. Guide on spread and sustainability. Change its Leadership role Posit Emot. 2013;(July):38. Available on: http://www.qihub.scot.nhs.uk/
12	Healthcare Improvement Scotland. Guide on spread and sustainability. Change its Leadership role Posit Emot. 2013;(July):38. Available on: http://www.qihub.scot.nhs.uk/
13	Swensen S, Pugh M, McMullan C, et al. High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2013. Available on www.IHI.org
14	Groene O, Kringos D, Sunol R on behalf of the DUQuE Project. Seven ways to improve quality and safety in hospitals. An evidence-based guide. DUQuE Collaboration, 2014. Available on: www.duque.eu
15	Jeffcott S. The spread and sustainability of quality improvement in healthcare. NHSScotland Quality Improvement Hub. 2014;24. Available on: www.qihub.scot.nhs.uk
16	Minnier BTE, He FAC, Officer CQ, et al. How To Build Sustainability Into the Innovation Process AHRQ Innovations Exchange How To Build Sustainability Into the Innovation Process How To Build Sustainability Into the Innovation Process AHRQ Innovations Exchange. 2014;1–2.
17	AHRQ. A Model for Sustaining and Spreading Safety Interventions: AHRQ Safety Program for Reducing CAUTI in Hospitals. Published Online First: 2015. Available on: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/sustainability-guide_2.pdf
18	Ament SMC, De Groot JJA, Maessen JMC, et al. Sustainability of professionals’ adherence to clinical practice guidelines in medical care: A systematic review. <i>BMJ Open</i> 2015;5. doi:10.1135/bmjopen-2015-008073
19	de Silva D. What’s getting in the way? Barriers to improvement in the NHS. 2015;(24):28. Available on: http://www.health.org.uk/publications/what-s-getting-in-the-way/
20	Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia; 2015.
21	Johnson MJ, May CR. Promoting professional behaviour change in healthcare: What interventions work, and why? A theory-led overview of systematic reviews. <i>BMJ Open</i> 2015;5. doi:10.1135/bmjopen-2015-008431
22	Murray Z. Community representation in hospital decision making: A literature review. <i>Aust Heal Rev</i> 2015;38:322–8. doi:10.1071/AH13916

NR	REFERENCES
23	Marimuthu M, Paulose H. Emergence of Sustainability Based Approaches in Healthcare: Expanding Research and Practice. <i>Procedia - Soc Behav Sci</i> 2016;244:564–61. doi:10.1016/j.sbspro.2016.05.426
24	Health Service Executive. Framework for Improving Quality in our Health Service. Hse. 2016;1–25.
25	Scoville R, Little K, Rakover J, et al. Sustaining Improvement. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts Inst Healthc Improv. 2016;1–33. Available on www.IHI.org
26	Willis CD, Saul J, Bevan H, et al. Sustaining organizational culture change in health systems. <i>J Heal Organ Manag</i> 2016;30:2–30. doi:10.1108/JHOM-07-2014-0117
27	A Frontline Management System To Sustain Improvement in Safety Practices. Content last reviewed June 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available on: https://www.ahrq.gov/hai/tools/ambulatory-surgery/sections/sustainability/management/kit.html
28	Frankel A, Haraden C, Federico F, et al. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Pap Cambridge, MA Inst Healthc Improv Safe Reliab Healthc 2017;1–32. doi:S0141-9612(11)01015-5 [pii]\n10.1016/j.biomaterials.2011.08.067 [doi]
29	Gabutti I, Mascia D, Cicchetti A. Exploring “patient-centered” hospitals: a systematic review to understand change. <i>BMC Health Serv Res</i> 2017;17:1–16. doi:10.1186/s12913-017-2206-0
30	Jabbal J. Embedding a culture of quality improvement. <i>Kings Fund</i> 2017;34. Available on: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2017-11/Embedding-culture-QI-Kings-Fund-November-2017.pdf
31	Alderwick H, Charles A, Jones B, et al. Making the case for quality improvement: lessons for NHS boards and leaders. King’s Fund, The health Foundation. 2017;(October). Available on: https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-case-quality-improvement
32	Perlo J, Balik B, Swensen S, et al. IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. Available on www.IHI.org
33	Scoville R. 6 Essentials for sustainable improvement. Institute for Healthcare Improvement; 2017. Available on: http://www.ihl.org/communities/blogs/six-essential-practices-for-sustainable-improvement
34	Geerligs L, Rankin NM, Shepherd HL, et al. Hospital-based interventions: A systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. <i>Implement Sci</i> 2018;13:1–17. doi:10.1186/s13012-018-0726-9
35	Hilton K, Anderson A. IHI Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. Available on www.IHI.org
36	Lennox L, Maher L, Reed J. Navigating the sustainability landscape: A systematic review of sustainability approaches in healthcare. <i>Implement Sci</i> 2018;13:1–17. doi:10.1186/s13012-017-0707-4
37	Mortimer F, Isherwood J, Wilkinson A, et al. Sustainability in quality improvement: redefining value. <i>Futur Healthc J</i> 2018;5:88–93. doi:10.7861/futurehosp.5-2-88
38	Shelton RC, Rhoades Cooper B, Stirman SW. The Sustainability of Evidence-Based Interventions and Practices in Public Health and Health Care. <i>Annu Rev Public Heal</i> 2018;38:56–76. doi:10.1147/annurev-publhealth
39	Slade SC, Philip K, Morris ME. Frameworks for embedding a research culture in allied health practice: A rapid review. <i>Heal Res Policy Syst</i> 2018;16:1–15. doi:10.1186/s12961-018-0304-2
40	Daley Ullem E, Gandhi TK, Mate K, et al. Framework for Effective Board Governance of Health System Quality. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. Available on www.IHI.org
41	Di Vincenzo F. Exploring the networking behaviors of hospital organizations. <i>BMC Health Serv Res</i> 2018;18:1–10. doi:10.1186/s12913-018-3145-4
42	Improving the quality of health services: tools and resources. Turning recommendations into practice. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
43	Healthcare Improvement Scotland. Quality Management System: A 90-day innovation cycle. 2018;1–24. Available on: http://www.healthcareimprovementscotland.org/previous_resources/policy_and_strategy/quality_management_system.aspx
44	Breyer JZ, Giacomazzi J, Kuhmmer R, et al. Hospital quality indicators: a systematic review. <i>Int J Health Care Qual Assur</i> 2019;32:484–87. doi:10.1108/IJHCQA-04-2018-0091
45	Côté-Boileau É, Denis J-L, Callery B, et al. The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. <i>Health Research Policy and Systems</i> 2019;17:1–26. doi:10.1186/s12961-019-0492-6
46	Côté-Boileau É, Denis J-L, Callery B, et al. The unpredictable journeys of spreading, sustaining and scaling healthcare innovations: a scoping review. <i>Health Research Policy and Systems</i> 2019;17:1–26. doi:10.1186/s12961-019-0492-6
47	MacLeod, H. 3 pillars of sustainable quality and patient safety improvement. International Society for Quality in Health Care. 2019. Available on: https://isqua.org/latest-blog/3-pillars-of-sustainable-quality-and-patient-safety-improvement.html

NR	REFERENCES
48	Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al. Health Policy Series No. 54 The editors Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 2019. Available on: www.healthobservatory.eu
49	Patient Safety Learning. Patient safety learning The Patient-Safe Future: A Blueprint for Action. 2019;1-98. Available on: www.patientsafetylearning.org
50	Plessers M, Ghekiere A, De Wachter D, et al. Het ontwikkelen van evidence-based indicatoren van kwaliteit van zorg in Vlaanderen: een methodologie. Vlaams Inst voor Kwal van zorg vzw 2019;1-13.
51	Braithwaite J, Ludlow K, Testa L, et al. Built to last? The sustainability of healthcare system improvements, programmes and interventions: a systematic integrative review. <i>BMJ Open</i> 2020;10:e035464. doi:10.1135/bmjopen-2019-035464
52	Canadian Patient Safety Institute. A Guide to Patient Safety Improvement: Integrating Knowledge Translation & Quality Improvement Approaches. Edmonton, Alberta. 2020. Available on: www.patientsafetyinstitute.ca
53	Cowie J, Nicoll A, Dimova ED, et al. The barriers and facilitators influencing the sustainability of hospital-based interventions: A systematic review. <i>BMC Health Serv Res</i> 2020;20:1-27. doi:10.1186/s12913-020-05545-9
54	Gandhi TK, Feeley D, Schummers D. Zero Harm in Health Care. <i>NEJM Catal</i> 2020;1:1-22. doi:10.1057/cat.19.1136
55	Lachman P, Batalden P, Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health. <i>F429Research</i> 2020;9:1139. doi:10.12688/f429research.26358.2
56	MacLeod, H. Sustainable Quality Improvement Emotion, Inspiration, and Creativity. International Society for Quality in Health Care. 2020. Available on: https://isqua.org/latest-blog/sustainable-quality-improvement-emotion,-inspiration,-and-creativity.html
57	National Steering Committee for Patient Safety. Safer Together: A National Action Plan to Advance Patient Safety. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020. Available on www.ihl.org/SafetyActionPlan
58	O'Donovan R, McAuliffe E. A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. <i>Int J Qual Heal Care</i> 2020;32:239-51. doi:10.1093/intqhc/mzaa025
59	Shah A. How to move beyond quality improvement projects. <i>BMJ</i> 2020;360:1-5. doi:10.1135/bmj.m2219



Zorgnet-Icuro vzw
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

T. +32 2 511 80 08
ondernemingsnr. 417659828

www.zorgneticuro.be
post@zorgneticuro.be