



Kwaliteitsbeleid: een alternatief

Inhoud

Kwaliteitsbeleid: een alternatief	1
I. Inleiding	2
II. Visie op kwaliteitsvolle GGZ	3
II.1. Mensvisie.....	3
II.2. Visie op GGZ	4
II.3. Organisationsbeleid	7
II.4. Kwaliteitsbeleid	9
III. Waar we voor kiezen: ons kwaliteitssysteem	11
III.1. Wat zijn de bouwstenen van ons kwaliteitssysteem?.....	11
III.2. Hoe kwaliteit van zorg bewaken?	12
IV. Wat doen we samen?.....	15
IV.1 Methodieken i.f.v. ‘spiegelen’	15
IV.2 Op regionaal niveau	17
Bronnen	18



I. Inleiding

De afgelopen decennia heeft de GGZ aan kwaliteit gewonnen en is de transparantie van de geleverde zorg gestegen. Maar de huidige GGZ blijft onvoldoende in staat om antwoord te geven op het aanwezige psychisch lijden, terwijl tegelijk onnodig veel mensen afhankelijk blijven van de GGZ. Een moeilijke paradox (Van Os, Delespaul, e.a., 2015).

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg ontstond in 2015 een beweging, de Nieuwe GGZ, die fundamentele vragen stelt over de zorg voor mensen die psychisch lijden. De Nieuwe GGZ stelt zich expliciet tot doel het psychisch welzijn van iedereen positief te beïnvloeden en formuleert hierbij een aantal uitdagingen. Naast de zorg voor velen, gaat het om verdere professionalisering en het betrekken van non-professionals. De uitdaging van een evenwaardige deskundige inbreng van patiënten en betrokkenen naast de professionals binnen de GGZ en in het maatschappelijk veld. De uitdaging van herstel (op verschillende domeinen) en van een positieve visie op gezond zijn. De uitdaging om niet de ziekte, maar het individu in de context te herwaarderen en daadwerkelijk hulp te bieden waar angst, onzekerheid en wanhoop ontstaat. De uitdaging, uiteindelijk, om een nieuwe generatie hulpverleners op te leiden die zich goed voelen in deze complexe wereld en die psychische weerbaarheid, gezondheid en welbevinden van ons allen willen bevorderen (Delespaul, Van Os, e.a., 2016).

Goede zorg moet niet alleen zuinig, maar ook zinnig en zorgzaam zijn. Het gaat over hoe we weer met passie en vanuit compassie kunnen werken in een nieuwe GGZ. Professionals moeten hun vak verstaan, maar hebben ook compassie nodig om verbinding te maken met een patiënt en zijn naasten en om aan een vertrouwensrelatie te bouwen. Laten we teruggaan naar ons 'waarom': in essentie willen we mensen met klachten helpen herstellen (Van Staveren-Boer, 2016).

Zorg en behandeling vinden plaats door het bijeen brengen van het vakmanschap van de zorgverlener met de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van de patiënt en zijn omgeving. Leidraad in deze samenwerking is de wijze waarop de patiënt en zijn context het leven verder wensen uit te bouwen. Daarbij is het van belang dat zorg aan individuele patiënten in hun persoonlijke, sociaal-maatschappelijke context wordt geoptimaliseerd en we niet meer uitgaan van 'gemiddelde' patiënten.

Nieuwe ontwikkelingen in de GGZ, zoals een betere samenwerking met verschillende partners en meer ambulante begeleiding, tekenen zich af. De samenwerking binnen een complex netwerk van zorgverleners wordt teruggebracht tot de schaal van de patiënt en zijn netwerk, bijgestaan door een team van professionals dat samen met andere partners uit het netwerk zorg levert (Delespaul en Van Os, 2016).

De analyse is scherp maar duidelijk. De geestelijke gezondheidszorg heeft nood aan een nieuwe focus. Maar wanneer is innovatie in de geestelijke gezondheidszorg de moeite waard? Zorg verbetert wanneer expliciet geformuleerd wordt waar het probleem zit en met de patiënt overlegd wordt hoe dit aan te pakken. Bewijs hiervan moet in het dossier terug te vinden zijn. Er is minimaal een behandelplan, een bewijs dat de patiënt hiervan op de hoogte is en met de behandeling instemt.



Bethanië

geestelijke gezondheidszorg
emmaüs

Kwaliteit kan ook verbeteren door in consensus te bepalen wat professionals als kwaliteit normeren. Accreditaties en visitaties kunnen toetsen of behandelrichtlijnen in de praktijk gevolgd worden. Wordt er ook daadwerkelijk behandeld op basis van wat wetenschappelijk effectief en efficiënt is? Kwaliteit wordt traditioneel ook verbeterd door de outcome te monitoren of aan benchmarking te doen.

Deze klassieke strategieën voor kwaliteitsverbetering worden door de nieuwe GGZ-beweging gezien als voorbijgestreefd. Ze beïnvloeden de kwaliteit zelfs vaak negatief. Andere kwaliteitscriteria zijn eerder aan de orde. Het gaat hier om de toegevoegde waarde van de geestelijke gezondheidszorg op de samenleving. Dat is de kwaliteit die er echt toe doet.

Onze visie op kwalitatieve zorg sluit niet helemaal aan bij de uitgangsprincipes die ten grondslag liggen aan huidige accrediteringsmethodieken. Wij onderzochten een eigen manier van kwaliteitstoetsing die meer is afgestemd op bovenstaande ontwikkelingen binnen de GGZ, op die beschreven toegevoegde waarde van zorgprocessen.

In deze nota lichten we de belangrijkste focus en klemtonen van onze visie toe, zonder weliswaar het reguliere (bv. professionaliteit van zorg) te veronachtzamen. We zoomen expliciet in op die facetten waarin we het verschil willen maken.

Deze tekst is tot stand gekomen in samenwerking tussen PC Bethanië, PZ Duffel, PC Sint-Hiëronymus en PC Gent-Sleidinge.

II. Visie op kwaliteitsvolle GGZ

II.1. Mensvisie

Mensen kunnen niet worden teruggebracht tot één enkele eigenschap. We benaderen mensen in hun geheel en proberen de hele mens te vatten. We hebben aandacht voor zowel lichamelijke, psychische, sociale als existentiële factoren.

Elke mens is het resultaat van zijn persoonlijke geschiedenis. Wie iemand nu is, komt overeen met wie hij of zij is geworden. De levensloop kleurt de bril waarmee ieder naar zijn omgeving kijkt. Ieder heeft een eigen karakter dat de basis vormt van zijn unieke persoonlijkheid. Ieder heeft zijn mogelijkheden en beperkingen. Niemand is meer of minder, maar we zijn allen anders.

Deze visie benadrukt de mogelijkheid tot verandering en dynamiek van mensen. Wat niet is, kan worden. Mogelijkheden van patiënten hebben misschien tijd nodig om aan de oppervlakte te komen en voor ons en anderen zichtbaar te worden.



II.2. Visie op GGZ

Onze visie op GGZ is gestoeld op het unieke van iedere mens, op de herstelstroming en op de therapeutische relatie als een essentieel element voor herstel. We onderkennen ook de evoluties in het zorgaanbod en het belang van familie¹.

II.2.1. Het algemeen menselijke en het unieke

De patiënt is tegelijk een algemeen wezen en een uniek persoon. Vanuit het algemeen menselijk karakter weten we doorgaans meteen wat we moeten doen en laten, wat helpt en wat ongepast is. Maar tegelijk is elk mens uniek en, hoewel we in zijn algemeenheid weten wat mensen verlangen, weten we dat niet zeker in het bijzondere geval. Vanwege deze uniciteit kunnen we niet blindelings zeggen: dit is goed voor deze persoon. Onze zorg moet daarom aansluiten bij en afgestemd worden op de patiënt.

Goede zorg is dus relationeel ingerichte en afgestemde zorg. In het contact tussen zorggever en patiënt wordt duidelijk welke zorg op dat moment en op die plek in welke mate gegeven moet worden om voor de betrokkene passend en zinvol te zijn.

II.2.2. Herstel en zingeving

Wie psychisch lijdt, lijdt in zijn mens-zijn. Een behandeling die gericht is op het louter elimineren van symptomen, gaat hieraan voorbij en laat de echte hulpvraag (deels) onbeantwoord. We hebben aandacht voor herstel vanuit patiëntenperspectief: herstel is vanuit dit perspectief geen uitkomst, maar een voortdurend proces waarin aspecten als persoonlijk welzijn en kwaliteit van leven centraal staan ('personal recovery'). Het gaat hier over persoonlijke en unieke processen, waarin mensen met een psychische kwetsbaarheid zich ontdoen van de identiteit van psychiatrische patiënt, de regie over hun leven terugvinden. Herstel is dus meer dan het tijdelijk wegblijven van symptomen; de aanwezigheid van symptomen staat herstel niet per definitie in de weg.

We staan voor een waardengerichte gezondheidszorg waarbij zingeving belangrijk is. Voor veel mensen is zingeving terugvinden een voorwaarde om te herstellen. Terug een doel hebben, is vaak nodig om de moed te vinden om weer verder te gaan. Wensen en verlangens zijn belangrijke motivatiebronnen. Op zoek gaan naar het ontstaan en de betekenis van de psychische kwetsbaarheid en dit een plaats geven in het eigen levensverhaal, kan voor veel patiënten belangrijk zijn bij het herstel. Het gaat over genezen mét beperkingen, maar ook met mogelijkheden. Het gaat om herstelondersteunende zorg, vertrekkend vanuit de CHIME-D principes²: zorg die helpt opnieuw inhoud en richting te geven aan het leven.

¹ Hoewel we onze visie niet expliciet ophangen aan de drie sporen van ethiek van het personalistisch model van Schotsmans (Schotsmans, 2008), onderschrijven we wel sterk de waarden van uniciteit, intersubjectiviteit en solidariteit. Vooral de eerste twee komen in deze nota aan bod.

² CHIME-D: Connectiveness, Hope and optimism, Identity, Meaning, Empowerment, Difficulties



Het aftoetsen in welke mate de ziekte een impact heeft op diverse levensdomeinen is essentieel. Veelal heeft de persoon die psychisch lijdt een bepaalde kwetsbaarheid opgebouwd die zijn/haar leven in meer of mindere mate bepaalt. Een hulpverlener zal deze zelden oplossen, maar samen, in een therapeutische verbinding met de patiënt, zoeken naar een manier om hiermee om te gaan en een maximale kwaliteit van leven te bereiken.

II.2.3. Therapeutische relatie - contact met patiënt

Kwaliteitsvolle zorg heeft niet enkel te maken met de technische aspecten ervan, maar gaat ook over de persoonlijke noden en bezorgdheden van de patiënt. Zorg is afhankelijk van de aard van de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Een basisvoorwaarde voor goede zorg is dat we iedere mens afzonderlijk en met verwondering tegemoet treden. Dat we interesse tonen in de mens voorbij zijn symptoom. Dit vraagt van zorgverleners dat ze authentiek in het werk staan en zich ontvankelijk openstellen voor de situatie waarin mensen zich als patiënt bevinden, met ruimte en aandacht voor de levensgeschiedenis, achtergronden en mogelijkheden van patiënten.

Patiënten moeten zich begeleid en gesteund voelen door de empathische aanwezigheid van de zorgverlener als professional en als persoon. Zorgverleners beogen hun zorg te geven vanuit de fysieke, emotionele en existentiële noden van de patiënt, ook wel 'skilled companionship' (Claessens en Dierckx de Casterlé, 2003) genoemd. Je kunt het zien als een integratie van deugdzaamheid en expertise. Op dit niveau van zorg is de relatie symmetrisch, gebaseerd op wederzijds vertrouwen en gelijkheid. We willen daarom inzetten op mensvriendelijke zorg en een respectvolle bejegening van patiënten. We trachten steeds opnieuw verbinding te maken met mensen die de band met het leven en anderen dreigen te verliezen. Hoe de zorgverlener zijn kennis en ervaring inzet, bepaalt het effect. Zorgkwaliteit vraagt dan ook een voortdurende reflectie over de kwaliteit en continuïteit van de zorgrelatie.

II.2.4. Evoluties in het zorgaanbod: netwerkontwikkeling en vermaatschappelijking van zorg

De hervorming van de GGZ heeft als doel een meer gemeenschapsgerichte zorg te creëren door het bestaande zorgaanbod beter af te stemmen op de noden en behoeften van personen met psychische problemen. Beleid dat in een betere en meer efficiënte zorg wil voorzien, evalueert de effectiviteit van het zorgaanbod op regionaal niveau. Elke zorgvoorziening wordt gestimuleerd om in een op elkaar afgestemd zorgaanbod te voorzien. Deze blikverruiming vergt samenwerking tussen de verschillende voorzieningen in de regio. Samenwerking consolideert zich via netwerkontwikkeling en impliceert een netwerkgericht denken.

Het actief uitbouwen van specifieke zorgtrajecten is echter niet alleen een taak van het ziekenhuis als geheel, maar vergt ook initiatief op niveau van de afdelingen en desgevallend van individuele medewerkers, bv. casemanagement, samenwerking met huisartsen, ... Zo wordt gewerkt aan een voldoende brede waaier aan zorgmogelijkheden met bij elk een vlotte toegankelijkheid op maat van de nood. Goed overleg en afstemming biedt duidelijk een meerwaarde voor onze patiënten.



II.2.5. Meer dan alleen de patiënt: de plaats van familie en context

Familie en andere belangrijke derden maken wezenlijk deel uit van het leven van de patiënt. Ten gronde werken is enkel mogelijk wanneer de context een plaats krijgt in de behandeling. Inbreng vanuit de context van de patiënt kan een bijdrage leveren in de behandeling en zorg voor de patiënt. Tegelijk zijn familie en andere belangrijke derden vaak ook deelgenoot in het lijden en medehulpvrager in de behandeling en de zorg. Afhankelijk van de casus varieert deze betrokkenheid van het spreken over, het uitnodigen voor gesprek, psycho-educatie tot het aanbieden van een therapeutisch parcours voor patiënten en hun context (partner, ouders, enz.). We hebben ook bijzondere aandacht voor kinderen van patiënten (KOPP), die vaak nood hebben aan extra steun en aandacht om te begrijpen wat er gebeurt en hoe zij het hoofd boven water kunnen houden.



II.3. Organisatiebeleid

We werken vraaggericht en op maat, met voortdurende aandacht voor zorgvernieuwing. Een vraaggerichte zorg- en organisatiecultuur vraagt een organisatievorm die kan inspelen op de vraag, die dynamisch en flexibel anticipeert op noden, behoeften en ontwikkelingen. In het organisatiemodel dat wij vooropstellen, nemen de **principes van subsidiariteit** een belangrijke plaats in: we leggen bevoegdheden en verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie. Een subsidiaire organisatievorm gaat ervan uit dat mensen bij uitstek sociale wezens zijn, gericht op de ander en steeds zoekend naar verbinding. We geloven in de gerichtheid van mensen op het nemen van verantwoordelijkheid.

Deze organisatievorm legt de nadruk op decentrale besluitvorming, op autonomie en op vertrouwen, waarbij leidinggevenden vooral ondersteunen. Steeds gericht op hetzelfde doel: goede zorg. Teams zijn zelf verantwoordelijk voor het hele zorgproces, zonder voortdurend beroep te doen op hogere beleidsniveaus. Ze krijgen regelruimte en autonomie. Medewerkers worden aangesproken in hun kracht, in hun talent, in hun betrokkenheid.

Naast vertrouwen hechten we veel belang aan ethiek en het durven en mogen nemen van verantwoorde risico's.

II.3.1. Vertrouwen en autonomie

Participatie in beleidsvoering en autonomie in het eigen werk zijn elementaire voorwaarden voor goede resultaten in de zorg. Er dient ruimte te zijn voor dialoog, ethische reflectie, maar vooral om te luisteren naar patiënten. De patiënt met zijn persoonlijke opvattingen is een niet te verwaarlozen speler in het debat, zeker als het gaat over het maken van keuzes. Het aspect vertrouwen is eveneens van belang. Ons organisatiemodel vertrekt vanuit vertrouwen: vertrouwen in de vakkundigheid van onze medewerkers en vertrouwen in de therapeutische relatie, de patiënt, familie, hoop, ... Vertrouwen dat bouwt op waarden als eerlijkheid en integriteit is de hoeksteen van de relatie die finaal voor betere uitkomsten zorgt.

Vakkundigheid betekent voor ons professionaliteit gekoppeld aan betrokkenheid. We passen evidence-based theorieën toe op maat van de patiënt en zijn context. Het is aan de zorgverlener om zowel vanuit wetenschappelijke evidentie, eigen ervaringen als de ervaring van de patiënt (en zijn of haar context) zorg op maat te bieden. We vinden het belangrijk dat deze drie elementen steeds in ogenschouw genomen worden en dat zorgverleners bewust omgaan met evidence-based protocollen. De patiënt moet centraal staan.

We willen hier tevens ook een lans breken voor 'practice based evidence' dat een ander perspectief mogelijk maakt: beschouw patiënten en zorgverleners als experts op hun eigen terrein en breng intuïtie en subjectiviteit terug in het debat over effectiviteit. We willen professionals aanzetten tot reflectie en zelf helderheid laten verschaffen over welke practices zij gebruiken bij wie, wanneer, hoe en waarom. Hierdoor stellen we hen in staat om van en met elkaar te leren, ervaringskennis te vergelijken, te evalueren en te integreren tot best practices. Practice based evidence legt vooral de



nadruk op de ervaringskennis van de professional en de patiënt (Smeijsters, 2006) met als doel het expliciteren, systematiseren en ontwikkelen van ervaringskennis tot best practices.

We vertrouwen onze medewerkers in de beoordeling van de gepaste zorg. Zij kunnen en mogen zelf ondernemen. Dit vertrouwen betekent echter geen vrijgeleide zonder enige vorm van verantwoording. We willen niet vanuit wantrouwen vertrekken en de controle opvoeren via kwantitatieve metingen, registraties, ... We willen vertrekken vanuit transparantie en verantwoording over de accenten die we leggen in ons kwaliteitsbeleid. De manier waarop we dit willen doen, komt aan bod in deel drie dat gaat over het kwaliteitssysteem.

II.3.2. Praktische wijsheid

Bij het maken van keuzes in de zorg vinden we ethiek een belangrijk uitgangspunt. Richtlijnen en regels geven een kader waarmee we flexibel en weloverwogen wensen om te gaan. Voor veel processen zijn uitgewerkte procedures nodig om goede en veilige zorg te garanderen. Anderzijds mag de particulariteit van een situatie niet verloren gaan.

De hamvraag is waar protocollen het professionele handelen ondersteunen, en waar ze aan dit handelen de eigenheid ontnemen. Protocollen mogen de reflectie op de eigen praktijk niet in de weg staan. Goede zorg is daarom ook aangewezen op praktische wijsheid, op het vermogen regels intelligent te volgen en met verstand buiten werking te stellen als de situatie daar beter van wordt. Keuzes in de zorg worden eerst en vooral gemaakt samen met de patiënt vanuit overwegingen over wat voor hem belangrijk is en dus goede zorg is.

II.3.3. Verantwoorde risico's

Goede zorg durft verantwoorde risico's te nemen. Dit gebeurt steeds in dialoog met de patiënt. Het gaat om gezamenlijke besluitvorming of shared decision making, een overlegmodel waarbij het maken van keuzes centraal staat. De zorgverlener en de patiënt maken samen een keuze, niet alleen op basis van de wetenschappelijke kennis van de hulpverlener, maar ook op basis van de ervaringskennis, de waarden en voorkeuren van de patiënt en zijn omgeving.

Om verantwoorde risico's te durven nemen, moeten medewerkers zich geborgen voelen. We streven naar een 'just culture' (Dekker, 2016) waarin medewerkers zich voldoende beschermd voelen om open en veilig te spreken en te leren uit fouten. Binnen een 'just culture' wijzen we niet met de vinger wanneer er iets fout loopt maar grijpen we dit aan om het positief leerklimaat te bevorderen.



II.4. Kwaliteitsbeleid

Het kwaliteitsbeleid maakt integraal deel uit van het organisatiebeleid en bouwt voort op de bovenstaande essentiële pijlers van ons organisatiebeleid. Hierna gaan we dieper in op de uitgangspunten van ons kwaliteitsbeleid.

II.4.1. Kwaliteitsbeleid is van iedereen

Kwaliteit is de verantwoordelijkheid van iedereen. Patiënten en hun context, alle medewerkers (directe en indirecte zorg) en artsen zijn erbij betrokken. Samen maken we werk van een cultuur van leren, verbeteren en verbinden. De aandacht voor het kwaliteitsbewustzijn is een vast element van de organisatiecultuur. Het wordt onderhouden in een cultuur van zorgverleners die zich samen steeds weer beraden op de kwaliteit van hun werk. Dat is wat we in het kader van kwaliteit liefst willen: dat iedereen, voorzien van de juiste middelen, er voortdurend bewust mee bezig is en dat het dus een goede gewoonte is.

Kritisch nadenken en naar zichzelf kijken, leergierig zijn, open staan voor veranderingen en open feedback zijn belangrijke elementen van ons kwaliteitsdenken. We streven naar een cultuur van lerend samenwerken en moedigen feedback tussen medewerkers aan.

II.4.2. Kwaliteitsbeleid is in beweging

Kwaliteitszorg betekent op een systematische manier onze aanpak evalueren: kijken naar wat we goed doen, waar we sterk in zijn maar ook stilstaan bij wat er beter of anders kan. We gebruiken de feedback van patiënten, hun naasten en medewerkers op actieve wijze om onze aanpak te evalueren en de beleidsplanning bij te sturen.

II.4.3. Kwaliteitsbeleid vereist continue dialoog

We geloven sterk in de meerwaarde van inspraak in en participatie aan de kwaliteit van zorg. Door gebruik te maken van de ervaringskennis of -deskundigheid van patiënten, familie en naasten kunnen we onze zorg beter afstemmen op verwachtingen en noden. Omdat patiënten leren uit ervaringen wat helpend en niet helpend is bij hun herstelproces, is het belangrijk dat hulpverleners ook nieuwsgierig zijn naar de opgebouwde ervaringskennis. Deze verbinden met de professionele expertise van medewerkers zorgt voor meerwaarde.

Hoe meer verschillende perspectieven worden samengelegd, zij het professionele, wetenschappelijke of ervaringskennis, hoe meer gefundeerd en gedragen ook de keuzes met betrekking tot zorg die eruit volgen.

II.4.4. Kwaliteitsvolle zorg is toegankelijke en continue zorg

Kwalitatief goede zorg gaat verder dan de behandeling die wordt aangeboden in het psychiatrisch ziekenhuis. De kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt hangt in grote mate samen met de kwaliteit van de samenwerking tussen de verschillende actoren in het zorglandschap. We willen de



Bethanië

geestelijke gezondheidszorg
emmaüs

zorgcontinuïteit verzekeren en de informatiedoorstroming tussen alle betrokkenen optimaliseren. De overdracht naar de 'ander' verdient veel aandacht.

We participeren hiertoe maximaal in de bestaande regionale GGZ-netwerken. We werken hier ook aan via onze deelname aan het contract kwaliteit en patiëntveiligheid van de FOD Volksgezondheid, waarin de focus de komende jaren op uitwisseling en samenwerking tussen ziekenhuizen, netwerken en zorgactoren ligt.

II.4.5. Kwaliteitsvolle zorg is veilige zorg

Kwalitatief goede zorg impliceert een veilige omgeving voor zowel patiënten, familie als medewerkers. Beleidsinitiatieven moeten er steeds op gericht zijn dat patiënten en medewerkers zorg krijgen die veilig is, zonder dat we per definitie alle risico's steeds wegnemen. We brengen risico's in kaart die inherent verbonden zijn aan de zorg of het zorgsysteem, maken een inschatting en beoordelen waar het nodig is om initiatieven op te zetten om de kans op fouten of schade zo minimaal mogelijk te maken.

Naast risico's die inherent zijn aan een opname en/of behandeling, hebben we ook de nodige aandacht voor risico's die schuilen in de menselijkheid van de zorgverlener. Het gaat erom dat we voldoende omzichtig omgaan met de balans tussen veiligheid en menswaardigheid, zodat de gelijkwaardigheid tussen zorgverlener en patiënt niet onnodig geschonden wordt. Naast indicatoren die de veiligheid van zorgprocessen meten, dient het kwaliteitsbeleid ook te focussen op thema's als humane psychiatrie, dwang en drang, humaan agressiebeleid, vrijheidsbeperking, enz.

II.4.6. Kwaliteitsvolle zorg vraagt een heldere behandelvisie

Ons psychotherapeutisch aanbod is breed en patiënten kunnen gericht kiezen uit verschillende therapeutische methodieken. Onderzoek toont aan dat de gedragenheid van het psychotherapeutisch kader door het behandelend team, de mate van afstemming met betrekking tot de therapeutische visie, de vertaling van het psychotherapeutisch kader in de dagdagelijkse praktijk essentiële parameters zijn die de kwaliteit van zorg beïnvloeden. Wij menen dat het kwalitatief aftoetsen van deze parameters een essentieel onderdeel is van het kwaliteitsbeleid, alsook de mate waarin vorming, intervisie en andere werkvormen deze factor beïnvloeden. We willen daarbij blijvend werk maken om alle klinische experts die dagelijks in onze organisatie werken aan te sporen om hun kennis te delen met elkaar.



III. Waar we voor kiezen: ons kwaliteitssysteem

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 2, willen we zorg op maat leveren. Onze organisaties willen staan voor kwaliteitsvolle zorg met respect voor de menselijke waardigheid. We willen op een transparante manier kwaliteitsvolle zorg bieden. Niet in een accrediteringstraject stappen, wil niet zeggen dat we geen publieke verantwoording willen afleggen of dat we alle aspecten van een accreditering overboord gooien. We willen een gefundeerd kwaliteitsbeleid blijven verzekeren, waarin we de positieve aspecten van een accrediteringsproces meenemen: de systematiek, dynamiek en het werken vanuit een kader. De aspecten die in tegenspraak zijn met onze visie, halen we echter uit ons kwaliteitssysteem.

We verzekeren de toetsing van onze visie en uitgangspunten via een alternatief kwaliteitssysteem waarbij we de lat nog hoger willen leggen dan in een accrediteringstraject. We geven hierna de belangrijkste bouwstenen van ons kader weer en de manier waarop we kwaliteit van zorg willen bewaken. Kwaliteitstoetsing richt zich dan op het aftoetsen of we de bouwstenen van goede zorg respecteren.

III.1. Wat zijn de bouwstenen van ons kwaliteitssysteem?

III.1.1. Lerende cultuur

We willen in onze organisaties continu waakzaam blijven voor de geleverde zorg, door medewerkers te stimuleren om de kwaliteit kritisch te volgen en beoordelen. We willen een lerende organisatie zijn, waarbij we incidenten en klachten beschouwen als een opportuniteit om onze huidige manier van werken in vraag te stellen en zorgprocessen te verbeteren. We doen incidentanalyses waaruit we leren en tot verbeteracties komen.

We investeren ook in een feedbackcultuur waarin lerend samenwerken centraal staat. We moedigen feedback tussen medewerkers aan en geloven sterk in werkmethoden zoals intervisie en supervisie, die bijdragen aan de kwaliteit van ons professioneel handelen. De kracht hiervan is het verwerven van nieuwe inzichten door de feedback en de reflecties van de collega's. We willen voor gezamenlijke opvolging zorgen en werken aan een klimaat waarin mensen elkaar aanspreken op eventuele fouten of nalatigheden.

We leren ook uit data die voorhanden zijn uit verschillende gegevensbronnen en we gebruiken deze als toetssteen in de PDCA-cyclus. Elk jaar leveren we gerichte gegevens aan afdelingen aan, die het mogelijk maken om hun werking beter in kaart te brengen.

III.1.2. Uitbouw van expertise

Medewerkers beschikken over vakkennis en specifieke competenties die nodig zijn om hun vak kwaliteitsvol uit te voeren. Ze worden gestimuleerd om hun expertise en kennis verder uit te bouwen en stil te staan bij hun professioneel handelen.



Bij het reflecteren over onze zorg vinden we het belangrijk aan kwalitatief praktijkgericht onderzoek te doen. Daarbij willen we aandacht hebben voor het patiëntenperspectief en waar mogelijk beroep doen op de ervaringsdeskundigheid van elke patiënt.

III.1.3. Patiëntenperspectief - Feedback van patiënt en context

We geloven dat het perspectief van de patiënt moet weerspiegeld worden in alles wat we doen, om te komen tot kwaliteitsvolle zorg. We zetten verder in op patiëntenparticipatie en betrekken ervaringsdeskundigen op alle niveaus in de organisatie:

- In de directe zorg voor patiënten (microniveau)
- Op procesniveau: zorgproces, afdeling, projecten, vorming (mesoniveau)
- Via deelname aan het organisatiebeleid (macroniveau)

We verzamelen gericht feedback over de zorg die we verlenen. We hebben deze nodig om onze zorg veiliger te maken, om beter in te spelen op communicatie en verwachtingen, maar bovenal om mensgerichte zorg te kunnen bieden. Tot op heden werken we op een systematische manier met tevredenheidsenquêtes en nemen we soms kwalitatieve interviews af. Een aantal afdelingen werkt reeds met spiegelgesprekken, waarbij patiënten hun ervaringen met de zorg rechtstreeks delen met het team van zorgverleners. Op sommige afdelingen worden patiënten uitgenodigd om aanwezig te zijn bij de bespreking van het behandelplan.

Naast de feedback van de patiënt, willen we ook de familie en belangrijke naasten maximaal betrekken bij de zorgverlening. We organiseren familieavonden waarop we niet alleen informatie willen verstrekken, maar waar ook ruimte is voor feedback. We zetten in op participatie van de familie bij de opname en de behandeling van de patiënt. Tot slot bevragen we de context systematisch in de vorm van een tevredenheidsenquête.

III.2. Hoe kwaliteit van zorg bewaken?

III.2.1. Kwaliteitsbewaking van 'binnenuit'

We beschreven eerder dat goede zorg een situationele en relationele afstemming vraagt. Om door te dringen tot de kern volstaat het niet om van buitenaf objectiverende vragen te stellen over de afstemming en de zorgrelatie, maar is het noodzakelijk om zorgverleners en patiënten te betrekken in de kwaliteitsbewaking. Naast het van buitenaf waarnemings- en beoordelingsinstrumenten op de zorg los te laten om kwaliteit te onderzoeken, willen we kwaliteitsbewaking faciliteren door de betrokkenen in een zorgproces zelf de lastig grijpbare factoren van de zorg te leren beoordelen.

Verantwoording over de kwaliteit van zorg gebeurt dan in belangrijke mate in de organisatie, waarbij het kwaliteitsbewustzijn omtrent goede zorg in dialoog onderzocht wordt. Een doorlichting door peers en buitenstaanders vormt hier een aanvulling op.



III.2.2. Cijfers én verhalen

We willen naar een alternatieve vorm van verantwoord en gaan, waarin we ‘tellen’ en ‘vertellen’ mengen. We vullen relevante basiscijfers aan met een scala aan verhalen, belevingen en illustraties die laten zien wat er achter de cijfers schuilgaat. We willen in reflectieve of narratieve vorm aandacht schenken aan zorgkwaliteit en er ook deels zo verantwoording over afleggen.

III.2.3. Focus op beleidscyclus en werken met audits

Onze missie en visie vormen het uitgangspunt en de toetssteen van ons kwaliteitssysteem. Onze strategische doelen vloeien daaruit voort en worden op hun beurt concreet gemaakt in een jaarplan. Hierbij hebben we aandacht voor procesmatige verbeteringen en het werken volgens de PDCA-cyclus. Om na te gaan of acties en projecten gerealiseerd worden, maken we gebruik van indicatoren en audits. Naast de externe audit door de overheid, investeren we zelf in interne audits en externe peer-to-peer reviews. Hierbij gebeuren de audits door mensen die in het werkveld staan. We verduidelijken hierna verder.

We grijpen de externe audit door Zorginspectie aan als kans om te leren en verbeteren. Dit is een vijfjaarlijkse doorlichting van het psychiatrisch ziekenhuis en gebeurt bij de verlenging van de erkenning van het ziekenhuis. Tijdens het auditbezoek gaan de auditoren dieper in op de werking van het ziekenhuis in gesprekken met medewerkers en door nazicht van medische dossiers. Het auditverslag bevat alle vaststellingen van de auditoren volgens classificatie. Ze baseren zich hiervoor op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat de verwachtingen beschrijft waaraan ziekenhuizen moeten voldoen.

We organiseren interne audits binnen onze voorzieningen en willen peer review opstarten met andere psychiatrische voorzieningen:

- Interne audits: dit zijn audits die meermaals per jaar uitgevoerd worden door medewerkers verbonden aan de eigen organisaties. De thema's uit het beleidsplan/jaarplan staan centraal: agressiebeleid, suïcidepreventie, medicatiebeleid, familiebeleid, ... De focus ligt op de vraag: *doen we in de praktijk wat we beschrijven of vooropstellen als organisatie?* Het auditverslag bevat sterke punten, verbeterpunten en aanbevelingen. De auditoren baseren zich hiervoor op een normenkader, samengesteld aan de hand van de in de organisatie gebruikte afspraken en werkwijzen met betrekking tot het thema. Na de audit volgt een nabespreking waarbij in gesprek gegaan wordt over de vaststellingen (bv. over waarom bepaalde punten anders toegepast worden dan afgesproken).
- Peer review: dit zijn audits uitgevoerd door peers uit collega-voorzieningen die bij elkaar komen auditen. De focus ligt op de vraag: 'Is wat we doen kwaliteitsvol genoeg?' We spiegelen ons als voorzieningen aan elkaar. Op die manier willen we komen tot een gezamenlijk normenkader of 'spiegel', afgestemd op de GGZ-sector. We hebben daarbij expliciet aandacht voor specifieke GGZ-thema's (vrijheidsbeperkende maatregelen, bejegening, suïcidepreventie, ...), maar ook voor de 'zachte aspecten' van de zorg (aandacht, relaties, nabijheid, besluitvorming, ...) en de cultivering van het kwaliteitsbewustzijn. Zowel het referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen als wetenschappelijke evidentie en andere goede praktijken kunnen inspiratiebronnen zijn om dit kader te ontwikkelen.



III.2.4. Monitoring van zorg

We willen verder investeren in (in- en outcome) monitoring van zorg. Het individuele zorgproces van de patiënt vormt ons uitgangspunt. We willen outcome gebruiken in functie van het proces van patiënten om de communicatie tijdens de behandeling te vergroten, de inspraak te verbeteren en sneller te kunnen bijsturen. We beschouwen monitoring van zorg als iets wat flexibel en variabel in de intimiteit van de behandelrelatie plaatsvindt en niet op grote schaal gestandaardiseerd kan worden. In navolging van Van Os en Delespaul (2018) onderschrijven we dat het van groot belang is dat er flexibiliteit bestaat in hoe en wanneer outcome monitoring wordt uitgevoerd om effectief te zijn. Er is flexibiliteit en personalisering nodig op volgende punten:

- Wat vinden patiënt en hulpverlener dat het effect zou moeten zijn?
- Op welke momenten ga je kijken naar het effect?
- Hoe ga je een en ander bijhouden?
- Hoe ga je een en ander interpreteren of wegen?

Onderzoek wijst uit dat individuele monitoring van zorg tot adequatere interventies leidt en dus tot een beter herstel bij de patiënt. Het open spreken over behandeldoelen en de evolutie van de patiënt tijdens de behandeling, heeft een positief effect op de communicatie tussen patiënt en behandelaar. Door de voortgang in dialoog te brengen, krijgt de patiënt een grotere stem en wordt de gezamenlijke besluitvorming over zorg vergroot.

Naast uitkomsten op het vlak van symptoombestrijding, liggen de belangrijke uitkomsten in de GGZ op het niveau van de narratieve ontwikkeling, verbinding met anderen, het vergroten van hoop en optimisme, empowerment en eigen regie, identiteit, zingeving en oog voor moeilijkheden. Deze zorguitkomsten willen we voldoende in rekening brengen.

We wensen monitoring van zorg binnen elk zorgprogramma een plek te geven, als middel om de behandeling te ondersteunen en versterken.



IV. Wat doen we samen?

De volgende stap is om met interne en externe partijen te onderzoeken op welke manier een dergelijke zorgpraktijk zich kan verantwoorden zodat die inzichten geeft aan alle betrokkenen. De focus ligt op de vraag: is wat we doen kwaliteitsvol genoeg?

IV.1 Methodieken i.f.v. 'spiegelen'

We zetten met de vier voorzieningen samen spiegelmethodieken op. Collega-experten (peers) of ervaringsdeskundigen, die al dan niet betrokken zijn bij de organisatie, kunnen een geschikte partner zijn om de kwaliteit van zorg na te gaan. Dit levert extra invalshoeken op of brengt fouten of onduidelijkheden aan het licht die mogelijks over het hoofd worden gezien.

Het aan elkaar spiegelen biedt kansen om te leren van elkaar. Door ervaringen en tips uit te wisselen, vergroot de kennis omtrent kwaliteitsvol evalueren. Hieruit kan een open overlegcultuur ontstaan waarbij collega's sneller bij elkaar aankloppen, elkaar om raad vragen of spontaan ervaringen uitwisselen.

Als doel stellen we voorop dat we onszelf spiegelen aan elkaar over thema's die relevant zijn binnen de GGZ-context. We willen elkaar ook expliciet bevragen over de bouwstenen beschreven in hoofdstuk drie: leercultuur, expertise en patiëntenperspectief. Hoe werken we aan een leercultuur? Hoe stimuleren we het reflectief vermogen van medewerkers in de dagelijkse praktijk? Waaruit blijkt dat we patiënten en hun context centraal stellen?

Dit spiegelen kan verschillende vormen aannemen. We zetten methodieken op volgens de drie bouwstenen van ons kwaliteitssysteem:

- Lerende cultuur (zelfreflectie/ teamleren/ organisatieleren): via methodiek van peer review of audit
- Expertise/ professionaliteit (met bijzondere aandacht voor relatie, nabijheid, contact): via intercollegiale toetsing
- Expertise van ervaringsdeskundigen en context (ervaringskennis): via focusgroepen

Hieronder alvast mogelijke inspiratiebronnen voor peer review en intercollegiale toetsing:

- Audits tussen voorzieningen

Peer review kan de vorm aannemen van audits waarbij professionals uit één voorziening bij een andere voorziening gaan kijken en aspecten aftoetsen aan de hand van een (normen)kader. Het doel is kijken waar we de lat leggen en of we daaraan tegemoet komen, maar ook spreken over de vaststellingen en waarom bepaalde punten anders toegepast worden dan vooropgesteld.



Deze werkwijze vraagt een grote voorbereiding: van afbakening van thema's en criteria tot de bepaling van methodiek en gebruik van de resultaten. Uit bestaande referentiekaders (overheid, JCI, NIAZ, ...) kunnen bruikbare/zinnige criteria geselecteerd worden die congruent zijn aan onze visie op kwaliteitsvolle GGZ. Er kan geopteerd worden om thematisch te werken gedurende een aantal jaren: steeds één thema uitlichten, het normenkader en de methodiek bepalen, de audits uitvoeren en resultaten terugkoppelen.

Van Os en Delespaul (2018) spreken van een kwaliteitsvisite voor en door hulpverleners, gebruikers en betrokkenen, die elkaar helpen in hun natuurlijke motivatie voor kwaliteit.

- MoVIT: Model voor Intercollegiale Teamuitwisseling
(<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/implementatie/tool/model-intercollegiale-toetsing-movit/>)

Het is een manier om teamuitwisseling op gang te brengen, waarbij iedereen leert op basis van reflectie en inspiratie. Teams uit, bij voorkeur verschillende organisaties, komen samen en gaan met elkaar in gesprek. De basis is de huidige zorg: wat gaat goed en wat kan beter? Waar zijn we trots op en waar willen we nog vooruitgang zien? Niet alleen medewerkers doen mee, maar ook patiënten, hun naasten en samenwerkingspartners. Het doel is samen leren. Dat is ook het onderscheidende element van MoVIT: het richt zich primair op het creëren van leerervaringen voor een brede groep van betrokkenen. Daarmee maakt MoVIT zich los van een audit of toetsing in de strikte zin van het woord en wordt het een inspiratieve uitwisseling.

Een MoVIT-ronde bestaat uit drie onderdelen: voorbereidingen, de uitwisselingsbijeenkomst en de follow-up. In de voorbereidingen bepaalt elk deelnemend team een relevant thema. Teams kunnen voor de keuze van het thema gebruik maken van de 'Thema-keuzehulp'. Dit is een lijst met mogelijke onderwerpen, voorzien van verwijzingen naar paginanummers en paragrafen uit relevante zorgstandaarden. Het staat teams vrij om een onderwerp buiten deze lijst te kiezen. Bij het kiezen van een thema stelt een team zelf drie tot zes criteria vast: het gaat erom wat het team verstaat onder goede zorg in dit thema. Tijdens de bijeenkomst wisselt het team hierover ervaringen uit met het andere deelnemende team en maakt een plan van aanpak. In de periode na de bijeenkomst gaat het team hiermee aan de slag. Dan vindt een follow-up plaats, om de uitvoering van het actieplan te stimuleren.

In de komende periode willen we de drie methodieken verder scherp stellen. Voorstel is om deze werkvormen te laten ontwikkelen door een derde partij. Pistes waaraan reeds gedacht wordt, zijn enerzijds het betrekken van een faculteit (masterstudent) die zich richt op leren, verbeteren en innoveren en anderzijds het bevragen van Didier Pollefeyt (NVAO) die betrokken was bij de hervorming/transformatie binnen KULeuven.

Bij de interpretatie van de resultaten uit de diverse werkvormen dient rekening gehouden te worden met de populaties in de verschillende ziekenhuizen. We willen deze in kaart brengen aan de hand van indicatoren. Denk aan gegevens over diagnose, verblijfsduur, aantal heropnames, etc.



IV.2 Op regionaal niveau

De hervorming van de GGZ beoogt een evolutie van organisatiedenken naar netwerkdenken. Het ziekenhuis en de andere actoren binnen een netwerk zorgen samen voor een efficiënte opvolging van patiënten, verzekeren de continuïteit van de zorg en staan in voor een beter aanbod en kwaliteit van de zorg.

In die zin is het relevant om na te denken over kwaliteitsindicatoren van de GGZ op regionaal niveau. Inspiratie hiervoor is te vinden in het artikel *'Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant'* van Delespaul en Van Os (2018), die spreken over tien cruciale kwaliteitsfactoren van de GGZ op populatieniveau. Zij benoemen in dat artikel ook een aantal kwantitatieve parameters voor kwaliteitsinformatie om de populatie over de tijd te volgen.

Dit overstijgt echter 'functie 4' en moet op netwerkniveau opgezet worden. De netwerkcoördinator, die een netwerk aanstuurt, heeft hierin mogelijks een rol. Deze heeft kennis van de middelen en de structuren binnen het netwerk en faciliteert de samenwerking tussen de verschillende actoren binnen eenzelfde netwerk.

Hoewel elke voorziening binnen een ander netwerk 107 actief is, willen we wel samen exploreren hoe we het gedachtengoed uit deze nota kunnen binnenbrengen in de respectievelijke netwerken.



Bronnen

Baart, A. (2018), *De ontdekking van kwaliteit: theorie en praktijk van relationeel zorg geven*, Amsterdam: SWP.

Carlier, V. E. et al. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*.

Claessens, P. en Dierckx de Casterlé, B. (2003). Skilled Companionship. Verpleegkundige zorg vanuit een zorgethisch perspectief. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek*, 13:3, pp.76-80.

Dekker, S. (2016), *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*, Taylor & Francis Ltd.

Delespaul, P., Van Os, J., Milo, M., Schalken, F. en Boevink, W. (2016). *Goede GGZ!* Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Hart, W. (2012). *Verdraaide organisaties*. Alphen aan den Rijn: Vakmedianet.

Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199: 445-452.

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (2018), *MoVIT: Model voor Intercollegiale Teamuitwisseling. Literatuur- en praktijkonderzoek*, Utrecht.

Schotsmans, P. (2008), *Handboek Medische Ethiek*, Leuven: Lannoo.

Smeijsters, H (2006). Vakmanschap is meesterschap. De professional als middelpunt van management en onderzoek. *Maandblad Geestelijke Gezondheid*, 61, 930-941

Stuart S.R., Tansey L., Quayle E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health*, 26:291-304.

Sunol, R. et al. (2009). Impact of quality strategies on hospital outputs. *Quality and Safety in Health Care*, 18 (suppl 1), pp. 162-168.

Van Os, J. en Delespaul, P. (2018). Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 60, pp.96-103.

Van Os, J., Delespaul, P., Boevink, W., Milo, M., Schalken, F. (2015). Pamflet De Nieuwe GGZ. Geraadpleegd op 13/03/2019.

Van Staveren-Boer R. (2016). *HART voor de GGZ: werken met compassie in een nieuwe ggz*. De Tijdstroom.

Zorgnet Vlaanderen (2010), *Kwaliteit kenbaar maken in de zorg*, Brussel.

Visietekst kwaliteitsbeleid PC Bethanië

Visietekst herstelondersteunende zorg PC Sint-Hiëronymus



Bethanië

geestelijke gezondheidszorg
emmaüs

Presentatie dr. Joris Vandenberghe 'Zorg als product of zorg als relatie?'

Presentatie prof. dr. Jim Van Os "Allemaal anders: de toekomst van diagnose" GGZ congres 2018

Verschueren, M. (2018), De hoofdverpleegkundige, inspirator voor kwaliteitsvolle zorg,

Zorgbeleid PCGS (2015)