

Woord vooraf

In een boek voorzie ik meestal een inleidend stuk met enkele beschouwingen die belangrijk kunnen zijn bij het lezen van de verdere hoofdstukken. Het goed voorbereiden van een lezer op wat gaat komen, kan belangrijk zijn.

Ik ondervind echter meer en meer dat lezers een voorwoord overslaan. Dat is ondertussen de meerderheid geworden. Hetzelfde geldt voor instructies bij softwareprogramma's, bijsluiters bij medicatie, en aanwijzingen bij het invullen van vragenlijsten. Als ik training geef over kwaliteitszorg, is dit een van de eerste aandachtspunten die ik aan cursisten meegeef, vooraleer ik hen vervolgens een oefening geef waarbij ze zelf een vragenlijst invullen. Telkens weer heeft bijna de helft van hen de instructie op het blad of op het scherm – hoe duidelijk en kort dit ook moge zijn – niet gelezen.

Bij het opstellen van enquêtes en formulieren voor kwaliteitszorg is dit een belangrijk gegeven. Het verklaart ook waarom mensen het zo vervelend en lastig vinden om dergelijke zaken in te vullen. De onderzoeker gaat ervan uit dat het invullen door het lezen van de instructies vlotter gaat, terwijl het invullen juist meer problemen oplevert doordat belangrijke instructies – die nodig worden geacht – door de respondent niet worden gelezen.

Heel wat activiteiten in kwaliteitszorg zijn afgestemd op het invullen van zaken op papier of op pc. We noemen het gemakkelijkschalve papierwerk. We lezen en werken nu anders dan vroeger. Het lineaire werken (beginnen bij het begin en stapsgewijs voortgaan) en het letten op details is vervangen door het exploratief constructivisme: het dynamisch en flexibel zoeken of onmiddellijk uitproberen en zien waar je uitkomt. Sommigen zien daar een risico op oppervlakkigheid of chaos in. We lezen headlines en oneliners. Het lezen van een uitvoerige handleiding vinden we te traag, en hoogstwaarschijnlijk ben je als lezer nu al – als je het hebt gewaagd om toch aan dit voorwoord te beginnen – een beetje ongeduldig aan het worden en is de neiging groot om dit deel toch over te slaan.

Het zich bewust zijn van trends en veranderingen in gedragspatronen, gewoonten en capaciteiten van mensen is ook een belangrijk element bij kwaliteitszorg. Hetzelfde doet zich immers voor bij cliënten in de zorg. Verwachtingspatronen veranderen en mogelijkheden veranderen. Diversiteit wordt groter. Cliënten worden ouder. Twee van de meest gebruikte termen in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren zijn *e-health* en *health literacy*. Bepaalde patiënten zoeken zaken op het internet en overstelpen je als

zorgverstrekker met informatie waar je zelf misschien het bestaan niet van weet. Andere patiënten hebben moeite met het begrijpen van basisinformatie of het vinden van relevante informatie op internet.

Ik heb even getwijfeld of ik de titel van dit boek zou starten met “Werken aan...”, of “Samenwerken aan...”. Voor beide keuzen valt wat te zeggen. In eerste instantie is er de verantwoordelijkheidszin van de individuele gezondheidswerker om goede zorgkwaliteit te leveren. Goed werk leveren in de zorg vergt inspanning. Met de toenemende vergrijzing van de bevolking, complexiteit van aandoeningen bij patiënten, vertakking van specialisaties en bijkomende zorgberoepen, alsook stijgende werkdruk door krapte aan zorgverleners, wordt de gevraagde inspanning almaar groter en dus ook lastiger. Continue bijscholing op verschillende terreinen vergt zo al bijkomende inspanning naast de dagelijkse praktijk. Maar gezondheidswerkers zijn gedreven mensen.

In het kader van kwaliteitszorg is het responsabiliseren van zorgverleners dan ook meestal niet het kernprobleem, wél het motiveren van deze mensen om naast hun dagelijkse inspanningen nog bijkomend werk te leveren om hierover verantwoording af te leggen, zeker als dat gepaard gaat met verhoogde administratieve werkzaamheden. Het kan niet de bedoeling zijn van kwaliteitszorg om de administratieve druk te verhogen. Het doel is juist om vooral de kwaliteit van de kernprocessen nog beter te waarborgen door te vermijden dat administratieve en ondersteunende processen de overhand nemen.

Zorgverleners die allerlei formulieren dienen in te vullen om te bewijzen dat ze bepaalde verrichtingen hebben gedaan en daardoor te weinig tijd hebben om gericht met patiënten bezig te zijn, of die verslagen dienen te maken over team- of patiëntbesprekingen die hebben plaatsgevonden waarbij uiteindelijk niemand van het team tijd heeft om het verslag te lezen of op te volgen: het zijn klassieke voorbeelden waarbij kwaliteitszorg in een negatief daglicht wordt gesteld. De aangehaalde voorbeelden worden terecht bestempeld als te vermijden uitwassen, die eerder het gevolg zijn van slecht management waarbij verkeerde keuzen worden gemaakt of waarbij zaken slecht worden geïmplementeerd. Het doel van kwaliteitszorg is juist te voorkomen dat dergelijke uitwassen ontstaan.

In een recent project, waar medewerkers precies kloegen over de administratieve overlast van verslaggeving – vaak werd tot 4 uren aan één verslag besteed – deed ik het voorstel om de wijze van verslaglegging grondig te veranderen. In plaats van een afzonderlijk verslag worden de belangrijke zaken gewoon rechtstreeks in het patiëntendossier met de interdisciplinaire zorgplanning ingebracht. Dit resulteert in een drievoudig voordeel: een hogere resultaatgerichtheid van het teamoverleg doordat gefocust wordt op afspraken die onmiddellijk worden ingebracht en dus niet meer achteraf extra gecommuniceerd moeten worden, een tijdwinst door het wegvallen van bijkomende afzonderlijke verslaglegging, en minder misverstanden door vereenvoudiging van informatiebronnen. Kwaliteitszorg

levert wel degelijk voordelen op als men de zorg gericht en goed toepast. Daar hoopt dit boek toe bij te dragen.

Individuele verantwoordelijkheidszin en motivatie van gezondheidswerkers om goed werk te leveren is een basiselement voor goede zorg. Kwaliteitszorg moet dit ondersteunen en niet tegenwerken. Kwaliteit van zorg wordt echter ook bepaald door samen te werken, vooral als het om complexere zorgvragen gaat. Ik heb dus even gearzeld om het boek de titel te laten starten met “Samenwerken”. Dat vond ik dan weer te veel overhellen naar dit aspect. Uiteindelijk heb ik gekozen voor de gecombineerde evenwichtige boodschap om samen te werken, in de zin van er samen werk van te maken. Dit betekent niet alleen voor de eigen zorgpaktijk, maar uiteindelijk ten voordele van de zorg in het algemeen in de maatschappij.

Voor het “echte” samenwerken verwijs ik graag naar mijn boek over interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken (Vyt, 2017). Het is een thema dat sinds enkele jaren door de overheid als een speerpunt wordt gezien in de vernieuwing van de gezondheidszorg, mede op basis van internationale ontwikkelingen en het continu aandringen van de Wereldgezondheidsorganisatie. In 2016 heeft de Belgische overheid het initiatief genomen om de wettelijke bepalingen inzake gezondheidszorgberoepen (het Koninklijk Besluit 78 dat al 50 jaar oud is) te moderniseren in de richting van meer samenwerking. Dit is niet te vroeg.

Enkele jaren geleden werd ik uitgenodigd door de werkgroep *Continuous Professional Development* van het Directoraat-Generaal *Health & Food Safety* van de Europese Commissie. Deze werkgroep was geïnteresseerd om te vernemen hoe interdisciplinair samenwerken kan bijdragen tot het verminderen van risico's in de gezondheidszorg. Dat is inderdaad het geval, als men beseft dat misverstanden in communicatie tussen zorgverleners een van de belangrijkste oorzaken vormen van *near-accidents* in ziekenhuizen in de VS. Interdisciplinair samenwerken staat dus in het teken van kwaliteit, zowel van de zorg zelf als van de uitkomst van die zorg. Het zou dus logisch zijn om op dit aspect in te zetten bij opleiding en vorming, zowel in basisopleidingen als in postgraduaatopleidingen en bijscholingen. Jammer genoeg wordt dit aspect in de meeste hogescholen en universiteiten nog steeds stiefmoederlijk behandeld. Dat geldt trouwens ook voor de aandacht die gaat naar kwaliteitszorg in de zorg. Het aantal opleidingen gezondheidszorg die beide aspecten goed geïntegreerd hebben in hun opleidingsprogramma, is nog steeds in de minderheid.

Er is vanuit de overheid sinds het begin van deze eeuw wel een groeiende interesse voor kwaliteitszorg, met verschillende initiatieven. De federale overheidsdienst voor Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft enkele jaren geleden ingezet op kwaliteit van de zorg en veiligheid van de patiënt in ziekenhuizen. In 2007

lanceerde de FOD Volksgezondheid een eerste meerjarig programma voor de periode 2007-2012, gevolgd door een tweede voor de periode 2013-2017.

Dit plan moedigde de ziekenhuizen aan om verbeteracties op te zetten in een vier-tal gebieden: geneesmiddelen met 'hoog risico', veilige heelkunde, vrijheidsbeperkende maatregelen, transmurale zorg en identitovigilantie. Met dit laatste wordt bedoeld: het opmaken en opvolgen van een beleid betreffende het bewaken en het voorkomen van fouten en risico's gerelateerd aan patiëntenidentificatie. Eenvoudiger geformuleerd: het zorgen voor correcte identificatie van patiënten doorheen de verschillende behandelingen of stadia in de zorg. Een juiste identificatie van de patiënt is uiterst belangrijk bij de toediening van medicatie, de transfer van patiënten in heelkunde en het gebruik van medisch materiaal. De identificatie is eveneens van levensbelang bij de toediening van bloedproducten en staalafnames. Ziekenhuizen die zich in dit plan inschreven, dienden een aantal concrete doelstellingen te realiseren. In ruil ontvangen ze financiële steun voor de invoering ervan en voor opleiding.

In Vlaanderen heeft men het ziekenhuisindicatorenproject opgezet: de ziekenhuizen in Vlaanderen meten zelf de kwaliteit van hun zorg. Sommige metingen doen ze vrijwillig, andere zijn verplicht. Een website biedt patiënten en professionele zorgverleners de mogelijkheid om de vastgestelde resultaten per ziekenhuis te raadplegen en te vergelijken. De metingen gebeuren in samenwerking met onder meer de Vlaamse overheid, de Vlaamse Vereniging van Hoofddartsen, het Vlaams Patiëntenplatform en de koepel Zorgnet-ICURO.

Ziekenhuizen worden de laatste tien jaar ook gestimuleerd om samen te werken in lokale en regionale verbanden, en dit vanuit een economisch perspectief om expertise en dure apparatuur gerichter in te zetten en te delen. Ziekenhuizen zijn ook onderhevig aan besparingen, en tegelijk werken ze aan accreditatie van hun werking op basis van buitenlandse organisaties, waarbij teams van experts vaak vanuit het buitenland worden ingevlogen en grondige controles doen op het naleven van specifieke normen en procedures. Dergelijke accreditaties zijn duur en vergen ook veel voorbereidend werk. Ze kunnen ook niet alles in het vizier nemen en richten zich meestal op zaken zoals procedures i.v.m. kritische incidenten, risicovolle of complexe ingrepen en hygiënevoorschriften. Het is dus perfect mogelijk dat een ziekenhuis een accreditatie verwerft van een wereldbepaalde kwaliteitsorganisatie, terwijl bepaalde zaken die voor medewerkers en patiënten belangrijk zijn, zoals een warm onthaal, duidelijke informatie, bejegenende zorg en open samenwerking, in dat ziekenhuis minder aandacht krijgen. Het is dus mogelijk dat een oudere patiënt aan de infobalie het moet stellen met informatie die slecht leesbaar is aangebracht, of bij drie diensten opeenvolgend zijn verhaal moet doen omdat diensten grotendeels op zichzelf werken. Het tegelijk werken aan herstructurering, het moeten doen met minder middelen én dan ook nog eens kwaliteitszorg systematisch invoeren is een uitdaging, net zoals dat voor hogeschole het geval was in de jaren negentig. Het is echter niet onmogelijk.

De wijze waarop de kwaliteitszorg in de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen vorm krijgt, is grotendeels bepaald door het Vlaams Decreet Kwaliteitszorg van oktober 2003. Dit geeft een algemeen kader voor kwaliteitszorg en bepaalt dat elke voorziening, overeenkomstig haar opdracht, verplicht is aan iedere gebruiker verantwoorde zorg te verstrekken. Dit moet voldoen aan de eisen van doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid en gebruikersgerichtheid. Bij het verstrekken van die zorg zijn verschillende aspecten gewaarborgd: het respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, de bejegening van cliënten, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, alsook de informatie aan en de inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving.

Mede op basis van dit algemene decreet is een specifiek raamwerk ontwikkeld voor jongerenwelzijn in het Besluit van de Vlaamse Regering van februari 2014. Dit kader leunt nauw aan bij het model en de methodologie van PROSE. Het was de bedoeling om dit raamwerk breder te hanteren, maar deze ontwikkeling is nog niet doorgezet, alhoewel de ervaringen met dit raamwerk positief zijn. Een beproefde methodiek is deze van de uitdijnende druppel. Positieve ervaringen met kwaliteitszorg in een sector zouden moeten worden gevolgd door uitbreiding op basis van deze leerervaringen. Anders blijft het een druppel op een hete plaat.

In de sector van de bijzondere jeugdbijstand was reeds een goede dynamiek geïnstalleerd in 2004, dus tien jaar voor het recente raamwerk van 2014, via toepassing van PROSE in een project waarin de verschillende koepelorganisaties op een unieke manier samenwerkten aan een instrument voor integratieve kwaliteitszorg. Daarin waren reeds benchmarking en het onderling leren uit vergelijking van gegevens en praktijken opgenomen. Het project werd gefinancierd met projectmiddelen en werd bestempeld als een van de meest geslaagde maatschappelijke projecten. Jammer genoeg werd dit niet verder gecontinueerd en werden er geen verdere verplichtingen aan gekoppeld, zodat de kwaliteitszorg enkele jaren later zijn dynamiek terug wat verloor. Tien jaar later werd het opnieuw geïnitieerd door de overheid via het vernieuwde raamwerk. Tegelijkertijd werd er een nieuwe vorm van inspectie en doorlichting aan gekoppeld en werd de sector geconfronteerd met nieuwe uitdagingen voor de integrale jeudheulpverlening, met eraan gekoppelde herstructureringen en fusiebewegingen. We zien op verschillende sectoren dus gelijkaardige bewegingen en ontwikkelingen, waarbij een golfbeweging typerend is: in bepaalde perioden een verhoogde aandacht voor kwaliteitszorg die later weer wegebt en dan weer opduikt in een context die gekenmerkt wordt door bezuinigingen en herstructureringen. Doordat kwaliteitszorg vaak in een dergelijke negatief gekleurde context moet plaatsvinden, is het logischerwijze geen geliefde discipline bij gezondheids- en welzijnswerkers.

Ik heb in dit boek gekozen voor een verhalende schrijfstijl, waarbij ik op verschillende momenten en manieren put uit ervaringen die ik in de loop van twintig jaar werken met

kwaliteitszorg in de sector zorg en welzijn heb opgebouwd. Ik heb verschillende prachtige projecten kunnen leiden en ondersteunen. Ik heb met heel interessante personen kunnen werken. Ik heb ook onprettige zaken meegemaakt. Uit alles heb ik veel geleerd. Ik kan uiteraard niet stellen dat ik de wijsheid in pacht heb. Wat ik echter wél kan stellen, is dat het gezegde klopt dat de geschiedenis zich vaak herhaalt.

Als je lang genoeg in eenzelfde organisatie hebt gewerkt, dan leer je ook dat goede praktijken niet vanzelf blijven bestaan maar dat ook hierbij extra inspanningen nodig zijn. Op dit vlak heb ik de 80/20-regel, bekend als de Pareto-regel bij probleemanalyse (waarover je later in dit boek zal lezen), verbreed. Ik noem het de *Law of cyclic filtering*. Als je in een organisatie een werkwijze hebt uitgewerkt in het kader van kwaliteitszorg, kan je ervan uitgaan dat dit na een tijd verwatert – de term is hier perfect van toepassing – doordat er een verloop is van personeel en op een gegeven moment slechts een minderheid ervan nog op de hoogte is van wat toen werd uitgewerkt. Het normale personeelsverloop in organisaties (het aantal werknemers dat van baan verandert) ligt al jaren rond de 10%. Er is echter ook de interne mobiliteit van medewerkers, het van voltijds naar deeltijds werken, en de groei door aanwerving van nieuwe medewerkers. Je mag al snel rekening houden met een aanzienlijke verandering in personeelsbestand in tien jaar tijd. Dit wordt vaak onderschat. Voor kwaliteitszorg is er dus systematische en continue sensibilisering nodig, net zoals dat het geval is voor preventiecampagnes bij automobilisten. Kwaliteitszorg wordt immers vaak ervaren of gezien als iets wat “erbij komt”.

Er is nog een bijkomend element. Wissels vinden namelijk ook plaats bij leidinggevenden. Het verloop kan daar zelfs nog groter zijn, niet alleen omdat deze functies worden ingenomen door relatief oudere personen maar ook omdat mobiliteit in managementposities vaak wordt gezien – al dan niet terecht – als een wenselijk of noodzakelijk element bij promotie. En als dit verloop niet groter is, dan heeft een wissel in het management toch meestal een heel grote impact. Het zijn immers de leidinggevenden die het beleid bepalen, die hun stempel willen drukken op de werking, en die dus uiteindelijk mee bepalen wat door medewerkers wordt verdrongen of vergeten. Praktijken die in het verleden goede diensten hebben bewezen, kunnen dan met één pennentrek van tafel worden geveegd. Vaak spelen daar irrationele factoren mee, zoals naijver, maar soms ook onwetendheid of gebrek aan goed inzicht.

Ik heb al situaties in organisaties meegemaakt waarbij een heel goed uitgewerkt kwaliteitshandboek na meer dan vijf jaar onder het stof vandaan werd gehaald doordat het nieuwe systeem toch niet goed van de grond kwam (in moderne termen spreekt men liever van een uitrol die hinder ondervindt) en men vaststelde dat wat tien jaar geleden was uitgewerkt eigenlijk heel goed was. Soms wil men zodanig vernieuwen dat men geen aandacht heeft voor het bewaren van wat goed is, en dat is jammer. Eén van de momenten die voor mij een hoge vorm van professionele voldoening gaf, is toen ik vaststelde dat een werkwijze die ik ooit had uitgewerkt in een organisatie twintig jaar later nog steeds door de

medewerkers uit eigen motivatie zelf werd toegepast, ook al had het nieuwe management andere zaken proberen te implementeren. De intrinsieke motivatie van het personeel om goed werk te leveren, samen met de ervaren kwaliteit van wat ontworpen was en door henzelf deugdelijk was bevonden, had het gewonnen van de wil van enkele personen uit het management om nieuwe zaken in te voeren die minder effectief bleken te zijn.

Je zou de indruk krijgen dat managers weinig goeds brengen. Dat is uiteraard niet het geval. Ik heb het geluk gehad om te mogen werken met en voor een aantal leidinggevendenden met een inspirerende en stimulerende stijl. Vaak zijn dat personen die beseffen dat ze zichzelf op vlak van inhoudelijke deskundigheid overbodig moeten maken en moeten vertrouwen op de deskundigheid van medewerkers die ze hebben aangeworven, maar toch voldoende ervaring in de sector hebben opgebouwd zodat ze weten waar gevoelige punten liggen. Behendigheid in *people management* en expertise in *workfloor management* hangen meestal sterk samen. Managers in instellingen voor zorg en welzijn geven dan ook kwaliteitszorg het best in de handen van iemand die daar de nodige scholing voor heeft gehad, maar zorgen er toch ook voor dat leidinggevendenden in de organisatie de basisprincipes van kwaliteitszorg in de vingers hebben.

Geniet van het lezen van dit boek, en vooral: praat over waardevolle inzichten met collega's. Ik hoop dat ik met deze publicatie zinvolle en praktische handvatten kan leveren om je als zorgprofessional of als zorgteamverantwoordelijke te helpen om de zorgkwaliteit hoog te houden en waar mogelijk te verbeteren zonder dat dit als een last of loutere verplichting wordt ervaren. Als je dit boek als geïnteresseerde professional doorleest, dan zul je ongetwijfeld bepaalde situaties herkennen. Misschien heb je zelf bijkomende inspirerende voorbeelden of problemen waaruit je veel hebt geleerd. Misschien kom ik je wel tegen op een of ander evenement, op een studiedag of vorming. Vertel me er dan over, en dan verwerk ik het in een volgende editie.

Andre Vyt

In dit boek wordt “hij” gemakkelijks halve gebruikt voor de professional, wars van een genderonderscheid. Waar het niet storend is, wordt “hem/haar” gebruikt. Voor de persoon aan wie hulp, begeleiding of zorg wordt geboden, worden de begrippen “hulpvrager”, “zorgvrager”, “patiënt” of “cliënt” gebruikt naargelang van de situatie.

In het boek worden ook enkele ondersteunende pictogrammen gebruikt:



Een voorbeeld, illustratie of toepassing uit de praktijk



Iets om zelf over na te denken of toe te passen



Een lijst met items om te beoordelen



Bijkomende achtergrondinformatie



Een begrippenlijst of opsomming