

HANDBOEKENKWALITEIT EN PROFESSIONELE VERVREEMDING... OF KWALITEIT UIT PROFESSIONEEL ENGAGEMENT

Leopold S. VANSINA¹

De gezondheidszorg staat de laatste jaren in de schijnwerper van politici, managers en onderzoekers. Nu is de roep naar kwaliteitsborging en accreditering actueel. Vaak worden evenwel acties ondernomen, die meer problemen veroorzaken dan dat ze de kwaliteit in de gezondheidszorg bevorderen.

In een eerste deel wil ik de aandacht vestigen op enkele onrustwekkende gevolgen van ondoordachte, opgelegde kwaliteits- en veiligheidsprocedures en externe controle. In zijn algemeenheid noem ik die 'kwaliteitshandboeken-systemen'. In deze categorie plaats ik de JCI Accreditation Standards for Hospitals (2012)². Vooreerst omschrijf ik zeer beknopt dit JCI systeem waardoor situaties worden geschapen die leiden tot professionele vervreemding. Ter illustratie bespreek ik - met toestemming van een patiënt - haar spoedopname vanuit een

kwaliteitsperspectief van de patiënt. Ten slotte worden een aantal kwaliteitsproblemen aangewezen die door dit accrediteringssysteem gezinszins worden opgevangen.

In een tweede deel behandel ik een alternatieve benadering waarbij integrale kwaliteitszorg uit het engagement van de zorgdragers³ kan ontwikkelen. Het betreft vijf fundamentele principes die het invoeren van een systeem van integrale kwaliteitsverbetering kunnen inspireren.

Handboekenkwaliteit en professionele vervreemding

Niemand betwist het belang van kwaliteit in de gezondheidszorg. Hiervan getuigen de talrijke studies over onder andere het verband tussen kwaliteit en de verhouding patiënten-verpleeg-

-
- 1 De auteur is doctor in de psychologie en professor emeritus aan de KU.L en UCL. Als organisatieadviseur ontwikkelde hij een reputatie in kwaliteitszorg in de auto en de proces industrie, en een ruime ervaring in het organiseren van psychiatrische instellingen. Contact: leopold.vansina@telenet.be.
 - 2 Het management van het academisch ziekenhuis van Leuven besloot om het JCI systeem door een Amerikaans adviesbureau aan al haar personeelsleden op te leggen.
 - 3 Bij voorkeur spreek ik over zorgdragers omdat deze benaming meer recht doet aan de relatie tussen hen en de patiënt dan hulpverleners. Vanuit een systeem perspectief noemt men de medewerkers in een systeem ook actoren.

kundigen; de frequentie van dezelfde medische interventies waarbij men kan blijven leren; de samenwerking tussen diverse specialisaties en diensten, en de relatie tussen effectief teamwerk in de operatiekamers en de uitkomsten voor de patiënt. Ten slotte wordt in een overzicht van 16 studies (Sorbero et al., 2008) het belang beklemtoond van de onderlinge verhoudingen van de chirurgen met de andere teamleden. Zij moeten zich vrij voelen om de aandacht te trekken op alle onveilige praktijken.

Het is niet mijn bedoeling om hier een uitgebreid overzicht van recente kwaliteitsstudies te geven, wel wil ik wijzen op kwaliteitsfactoren die al te gemakkelijk verwaarloosd worden. Het oogmerk van dit eerste deel is immers de overheden en managers van gezondheidsinstellingen bewust te maken van de beperkingen van het JCI quality assurance-systeem en zijn invloed op de vervreemding bij het professioneel personeel... met alle gevolgen voor de patiënt.

"De JCI Accreditation Standards for Hospitals beschrijven gedetailleerd vele kwaliteitsgevoelige en veiligheidsrelevante aspecten van het zorgproces: toegankelijkheid van de zorg, patiëntenrechten, medicatiemanagement, levensinzorg, geïnformeerde toestemming, infectiepreventie en patiënteneducatie." (2013) Telkens worden algemene standaarden en criteria vastgelegd die een optimale kwaliteit en veiligheid moeten verzekeren. Deze worden dan aan alle personeelsleden opgelegd, evenwel met minimale aandacht voor de speciale zorg waarin men werkzaam is. Een veelheid van meetbare criteria en parameters moet zorgvuldig worden geregistreerd en de zorgdragers zijn verplicht hun medische, therapeutische en verpleegkundige activiteiten te documenteren. Het JCI systeem is gebouwd op een notie van kwaliteit als de afwezigheid van fouten, of meer precies, van afwijkingen van de voorgeschreven regels.

De obsessie voor meer controle en de angst voor aansprakelijkheid

Een dergelijke conceptie leunt aan bij het oude beeld van kwaliteit, voorgehouden door de Amerikaanse kwaliteitsgoeroe Crosby (1979). Zij sluit naadloos aan bij de obsessie voor meer 'controle' (rapporteren, registreren, computerverwerkingen en feedback) en wantrouwen van professionelen op het vlak van verzuim, verkwalingen en zelfverrijking. Hierbij vergeet men dan dat organisaties, uitsluitend gebouwd op externe, opgelegde beheersingsmechanismen, voornamelijk de angst moeten verdoezelen van het management en/of de politici om aansprakelijk te worden gesteld. Dankzij dergelijke beheersingsystemen kan men bij eventuele tribulaties steeds een ander verantwoordelijk stellen. Het behoud van de illusie van externe beheersing lijkt belangrijker dan de destructieve gevolgen van deze mentaliteit. Deze laatste kunnen gemakkelijk beschouwd worden als onvermijdbare nevenverschijnselen van maatschappelijke en technologische vooruitgang.

“ Het behoud van de illusie van externe beheersing lijkt belangrijker dan de destructieve gevolgen van deze mentaliteit. ”

Dit kwaliteitsdenken en de wijze waarop dergelijke systemen worden ingevoerd herinneren mij aan gelijkaardige praktijken met kwaliteitscontrole in de industrie in de voorbije eeuw. Ook toen werden kwaliteitshandboeken door 'vreemden aan de werksituatie' – expert-consultants genoemd – voorgeschreven. Na enkele dure opleidingen ontving de organisatie van dezelfde instantie een ingelijst kwaliteitscertificatie. Het behalen van deze certificering werd, spijtig genoeg belangrijker dan het dagelijks leveren en verbeteren van kwaliteit.

Opgelegde kwaliteitsvoorschriften en prestatiecriteria die niet gedragen worden door het personeel verworden tot op zichzelf staande doelstellingen, zelfs wanneer dit nadelig is voor de patiënt. Zo werd in het Verenigd Koninkrijk door de NHS (National Health Service) de tijd tussen de aankomst van de ambulance op de spoeddienst en een eerste onderzoek door een geneesheer vastgelegd als een kwaliteitscriterium. Spontaan ontstond er een informele overeenkomst waarbij de ambulanciers om de hoek van het hospitaal stilstielden, de spoeddienst opbelden en pas met de patiënt binnen reden wanneer een dokter vrij was!

Kwaliteitshandboeken geschreven door zogenoemde experts vervangen onderlinge afspraken gemaakt door de eigen professionelen – met praktijk ervaring – binnen een bepaald sociaal zorg- of werksysteem. Hierdoor wordt het 'sociaal-menselijk engagement' vervangen door vastliggende, opgelegde procedures. Het team of de afdeling verliest hierdoor niet alleen zijn warmte en onderlinge ondersteuning, maar wordt tevens gevangen in een rigiditeit waarbij verbeteringen, innovaties, toepassingen van nieuwe wetenschappelijke bevindingen en technologieën vertraagd, of zelfs afgeremd worden. Bovendien gebeurt het wel dat de zogenoemde 'vreemde experts' na de invoering in een psychiatrisch centrum van dezelfde procedures en voorschriften van een algemeen ziekenhuis, zelf verklaren geen ervaring te hebben met psychotherapeutische en psychiatrische praktijken. De vernedering door negatie van de lokale kennis bereikt dan het kookpunt bij het opgelegde verbod om trouw- of andere ringen te dragen tijdens de psycho- en andere therapeutische sessies ... om hygiënische redenen.

In de gezondheidszorg zijn noch onverwachte reacties van een patiënt te vermijden, noch kan men menselijke vergissingen helemaal uitsluiten. Men kan ze trachten in hun context en geschiedenis te begrijpen om er uit te leren en zo dergelijke gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen of vroegtijdig in te dijen. In het JCI systeem wordt het denken evenwel afgesplitst van het handelen. Experts schrijven de procedures en een andere sociale klasse moet ze uitvoeren. Hierdoor krijgen vergissingen een andere betekenis. Wanneer men de voorschriften nauwkeurig volgt en er loopt iets fout, dan is men niet aansprakelijk. Daarentegen, wanneer men professioneel oordeelt dat de procedure in het nadeel is van de patiënt en men ageert buiten de voorschriften, zelfs met goed gevolg, dan begaat men een fout! Loopt het evenwel verkeerd af, dan is men aansprakelijk.

Kwaliteitshandboeken, geschreven door buitenstaanders is in feite een systeem dat vertrouwt op blinde gehoorzaamheid en zo een houding aanmoedigt van "ik-ben-niet-aansprakelijk", of "het is mijn zorg niet!"⁴ Dit illustreer ik even met een voorgeschreven procedure die tot in het absurde wordt ingevoerd: wanneer bijvoorbeeld een chirurg aan de verpleegster naast hem zegt aan deze bepaalde patiënt een specifieke medicatie toe te dienen, dan mag zij die instructie niet uitvoeren zonder deze eerst langs de computer van de chirurg te hebben ontvangen! Het JCI systeem is de realiteit geworden waaraan de zorg zich moet aanpassen.

De financiële kosten van dergelijke kwaliteitshandboeken-systemen blijven geenszins beperkt tot hun invoering. Het systeem vindt immers zijn voedingsbodem in die obsessie voor beheersing van buiten de werksystemen en in wantrouwen

4 Dit indekken tegen aansprakelijkheid wordt wellicht gevoed door de 'medico-legale druk'. In de VS zijn rechtszaken tegen medici een lucratieve business o.a. voor advocaten. Rechtszaken, voor wat dan ook, worden ook in onze maatschappij populair.

van de actoren. Deze onverzadigbare drang scheidt dan ook vaste kosten verbonden aan enerzijds aanpassingen van voorschriften, en anderzijds aan rapporteringen, eufemistisch 'administratief werk' genoemd. Zo verklaarde een dokter van de spoedafdeling voor de TV dat zij viermaal meer tijd besteedt aan administratie dan aan één patiënt!

Professionelen worden verplicht tot het schrijven van rapporten voor een eventueel geïnteresseerde waarvan men de oogmerken niet eens kent; rapporten die hoogstwaarschijnlijk nooit gelezen zullen worden. De administratieve verplichtingen houden hen gevangen. "Zet er maar iets op!", is dan wel een cynische aanmoediging, maar die rapporteringen belasten wel het professioneel werk waarvoor zorgverleners werden opgeleid. De patiënten van het psychiatrisch centrum hebben dit scherp gezien en spreken cynisch over "ze zitten weer in hun bokaal!"... en niet langer op de afdeling bij hun patiënten. Hoog opgeleide professionelen worden administratieve krachten... En dan maar klagen over de onbetaalbare kosten van de ziekenzorg!

Vervreemding van professionele identiteit

Wanneer opgelegde kwaliteitsprocedures en externe kwaliteitscontroles zich voegen bij bestaande overheidscontroles, economische prioriteiten en kostenbesparingen, of in functie daarvan worden ontworpen, zijn alle voorwaarden vervuld voor vervreemding van de professionelen. Vervreemding van professionele identiteit kan begrepen worden als de erosie, zelfs het verlies van een geheel van attributen, waarden, overtuigingen, motivaties en ervaringen waarmee mensen zich definiëren in hun professioneel leven. Zowel geneesheren als verpleegkundigen, technisch en onderhoudspersoneel hebben of kunnen een professionele identiteit verwerven door hun werkzaamheden in een

zorginstelling. De negatieve gevolgen van een dergelijke vervreemdingsproces komen tot uiting in hun zorggedrag, gesprekken en sociale interacties. Ze voelen zich machteloos, beperkt, gevangen in voorschriften die worden opgelegd zonder effectieve consultatie met de mensen die dagelijks in het systeem werken. Zo verliest werken in een gezondheidsdienst zijn betekenis. De waarden eigen aan de professionele identiteit gaan verloren. Gelukkig slagen sommigen er in om met vindingrijkheid of stoutmoedigheid, ondanks de overladen procedures, nog professioneel voor de patiënt te zorgen.

“**Wanneer opgelegde kwaliteitsprocedures en externe kwaliteitscontroles zich voegen bij overheidscontroles en kostenbesparingen, zijn alle voorwaarden vervuld voor vervreemding van de professionelen.**”

Kwaliteit in de zorg wordt gemaakt in relatie met de patiënt, zoals Paul Verhaeghe (2013) terecht beklemtoonde. Het strikt navolgen van voorschriften mag de professioneel dan wel beschermen tegen juridische aansprakelijkheid, en een hygiënische omgeving scheppen, maar waarborgt op zich geenszins kwaliteit. Het vervreemdt de zorgdragers van hun professionele identiteit. Ontdaan van professioneel oordelen en verantwoordelijkheid wordt hun identiteit gedevalueerd tot deskundige uitvoerder en administratief medewerker. In een dergelijke instelling gedijen vooral diegenen die verantwoordelijkheid schuwen, of hun werktevredenheid voornamelijk in de materiële voorwaarden zoeken, zoals een onderzoek naar het persoonsverloop in de NHS aantoonde. Bij de geëngageerde professioneel nemen immers de spanningen toe tussen de druk van het management op kostenbesparingen en zinloze, opgelegde activiteiten enerzijds, en doen wat de patiënt

professioneel nodig heeft met het risico van bestrafing/bestrafing anderzijds. Niet te verwonderen dat deze dan ook op zoek gaat naar betere, respectvolle werkgelegenheden.

Een concrete ervaring in een JCI geaccrediteerd ziekenhuis

Als illustratie van de manier waarop de zorg kan verlopen in een JCI geaccrediteerd ziekenhuis, beschrijf ik hier – met toestemming van de patiënte – een recente casus die ik niet uitgekozen heb, maar die mij bij toeval ter beschikking kwam. De betreffende patiënte kon haar driedaagse hospitalisatie, met positief resultaat afsluiten. Haar ervaringen en observaties, aangevuld met mijn opmerkingen vormen de basis van deze gevalbespreking.

Een tachtigjarige vrouw wordt 's morgens opgenomen op de spoedafdeling van een groot ziekenhuis. De vrouw die sedert een tiental jaar behandeld werd voor voorkamer-fibrillaties, was wakker geworden met pijn in de linker schouder, een 'slapende' arm en het ontbreken van polsslag in dezelfde arm.

Ze kreeg meteen een armbandje met barcode om, en na een uitgebreide anamnese met bloedonderzoek en vaststelling dat de hartslag rustig en normaal liep, terwijl de bloeddruk – mogelijk door spanning – duidelijk verhoogd was, werd een reeks bijkomende onderzoeken gestart. De keuze van die onderzoeken was blijkbaar gebaseerd op een voorgegeven 'diagnostic pathway' of op gewoontes eigen aan een kliniek. Ze gebeurden meer in functie van beschikbare diensten dan op verificatie en uitsluiting van hypothesen. Op grond van de anamnese en van de aanwezige symptomen leek een echo van schouder, arm en hart het meest aangewezen onderzoek, terwijl dit pas als laatste – midden van de namiddag – gebeurde. Vooraf was er

een radiografie van de longen, terwijl de vrouw geen enkel symptoom vertoonde dat naar enig longprobleem verwees, en haar ook niet gevraagd was hoelang geleden een vorig, preventief onderzoek gebeurde. Vervolgens kwam nog een radiografisch onderzoek van nek- en rugwervels, dat wellicht zinvol geweest zou zijn indien de echo negatief gebleven was. Die echo gaf meteen een heel duidelijk resultaat: een bloedklontertje in een bloedvat net boven de elleboog. Dit betekent twee onnodige onderzoeken op kosten van het RIZIV en een hoeveelheid onnodige bestraling voor de patiënt.

De patiënte, opgelucht dat er eindelijk duidelijkheid was, kwam op spoed in een observatie-bed terecht. Ze werd aan de monitor gelegd en de 'buikspuitjes' werden gestart. In de overdrukke afdeling werden drie verpleegkundigen voortdurend naar hun computers 'gejaagd', die achter een groot glazen scherm stonden. Dit voorkwam niet dat ze pas bij de gil van een andere voorbij rennende verpleegkundige merkten dat een patiënt uit zijn bed gevallen was.

Rond 21 uur kon de embolie-patiënte naar een plaats op de cardio-afdeling. Na de normale intake-procedure verwittigde ze de verpleegster dat ze, in verband met de voorkamer-fibrillaties, nog haar vaste avondmedicatie (Tambocor) moest nemen. De verpleegster consulteerde de computer die blijkbaar geen medicatie vermeldde en verzekerde de patiënte dat er dus ook geen medicatie mocht toegediend worden. De argumentatie van patiënte betreffende het gevaar van bloedklontervorming bij het optreden van fibrillaties, had geen effect, en de meegebrachte medicatie moest verhuizen naar de verpleegpost, want alleen 'medicatie afkomstig uit eigen farmacie' mocht toegediend worden!

Gelukkig was er nog een nachtverpleegster die even langskwam om te informeren of alles goed liep. In aansluiting op het medicatie-verhaal van

de patiënte consulteerde ook zij haar computer en stelde vast dat er inderdaad nog geen gegevens aanwezig waren. Maar haar beslissing was wel dat in dit geval de gewone, vaste medicatie toegediend moest worden. De meegebrachte 'voorraad' werd uit de 'bewaarkast' gehaald en gegeven. Toen de vrouw de verpleegster dankte, zegde die met een ietwat bezorgde, nadenkende hoofdknik dat dergelijke beslissingen haar nochtans niet steeds in dank worden afgenomen.

Tot ieders opluchting waren de computergegevens er de volgende morgen wel. Daarbij bleek ook dat een groot gedeelte van de vroegere medicatie verder doorliep. Maar o wee, met uitzondering van de 'buikspuitjes', bleek de nieuwe medicatie (Eliquis) niet voorradig in de farmacie en de vaste medicatie was er niet in de juiste dosering! "Mag ik de meegebrachte medicatie gebruiken?", klonk de vriendelijke vraag van de verpleegster. En natuurlijk mocht ze dat! Die medicatie werd opnieuw aangesproken, en de direct betrokkenen waren best tevreden. De registratie liep een beetje fout, want toegevoerde medicatie en polsbandje van de patiënte pasten natuurlijk niet volledig bij mekaar. De zogenaamd belangrijke, nieuwe medicatie (Eliquis) was er pas in de late namiddag en dus kon de tweede dosis die dag niet meer genomen worden. Tussen beide toedieningen was 12 uur tussentijd nodig. De volgende dag was die medicatie er waarachtig reeds op de middag en er was zelfs voldoende om mee te geven aan de patiënte, wanneer die in de namiddag naar huis mocht vertrekken.

Voor het vertrek kreeg de patiënte wel een zeer duidelijk rooster betreffende de te gebruiken medicatie (en wanneer). De dokter kwam ook uitleggen waarom ze verkozen om een extra inwendig onderzoek dat in dergelijke gevallen ook gebeurt, niet uit te voeren: de evolutie verliep zeer goed, en zelfs indien ze bij dit

onderzoek extra gegevens zouden waarnemen, zou dit niets veranderen aan de voorgeschreven behandeling. De patiënte expliciteerde haar respect en dankbaarheid voor die beslissing, en keerde opgelucht, en al bij al tevreden over de afdelingsverzorging naar huis terug.

Bij de bespreking van de casus wil ik opmerken dat niet alle geobserveerde kwaliteitsproblemen terug te voeren zijn tot een opgelegd kwaliteits-handboeken-systeem.

1. Op het eerste zicht lijkt het systeem goed te werken. Kostenbesparend zijn de "diagnostic pathways" wellicht niet. Indien men eerst een echografie van de arm had genomen, waren de radiografieën hoogstwaarschijnlijk overbodig gebleken. Om de financiering van de instelling sluitend te krijgen worden wel praktijken (overconsumptie) aangesproken die niet te verantwoorden zijn. Ook de overheid weet dit. Zolang niemand dit aanklaagt, is 'leven met het probleem eenvoudiger dan het op te lossen'. Maar deze praktijk verschaft wel een reden tot wantrouwen en introduceert een zekere 'perversiteit' in het systeem.

2. Op de toezichtafdeling van spoed blijken de verpleegkundigen te worden afgeleid van de observatie van hun patiënten door hun computerwerk.

3. Amper twee jaar na de invoering van het JCI systeem merken wij tegenstelde reacties bij de verpleegkundigen. Voor de verpleegster in de dagdienst is de computer de onfeilbare autoriteit geworden. Zij moet niet meer professioneel oordelen. Dit kan duiden op een vervreemding van haar professionele identiteit en een aanvaarding van een verarmde rol van uitvoerster. De verpleegster van de nachtdienst daarentegen oordeelt zelf – bij afwezigheid van computervoorschriften – wat het beste is voor de patiënt. In haar beleving stelt zij haar professioneel

oordeel boven een gevreesde afkeuring: "Dergelijke beslissingen worden niet in dank afgenomen!" De geneesheer informeert de patiënt over een bijkomend onderzoek (voorzien in het "diagnostic pathway"?), dat in zijn professioneel oordeel niet nodig was.

4. Over de mogelijke oorzaken van het verloop van ongeveer 12 uur tussen de medische diagnose en de invoering van de voorgeschreven medicatie in de computer, kunnen wij alleen maar gissen. Werkdruk, urgenties op de spoed, vergetelheden of moeilijkheden met de computer, wie zal het zeggen?

5. De afwezigheid op Cardiologie van standaardmedicatie (zoals Tambocor) en de halve dag vertraging om Eliquis ter beschikking te krijgen, verwijzen naar een gebrekkige organisatorische afstemming tussen de afdeling Farmacie en Cardiologie, die wel de kwaliteit van de zorg verstoort.

6. De toediening van geneesmiddelen met barcode-verificatie voorkomt wel dat deze bij de verkeerde patiënt terecht komen, maar wat met de juiste dosering? En wat met geneesmiddelen zonder barcode? De casus laat ons wel achter met de pijnlijke vraag: wat zou er gebeuren met patiënten die noch de alertheid, noch het lef hebben om mede verantwoordelijkheid te nemen voor hun behandeling? De barcode mag dan wel mogelijke vergissingen voorkomen, maar er schuilt een sluipend gevaar in de procedure: ze scheidt de illusie dat het medicatieproces volledig onder controle is, en dat blijkt dus niet. De verpleegkundigen moeten professioneel aandachtig blijven. Men moet ze behoeden voor vervreemding. Immers, elk (zorg)systeem met een zekere complexiteit vertoont een waarschijnlijkheid van afwijkingen, die opgevangen en (soms later) onderzocht moeten worden. Dit gebeurt het beste door de actoren die het dichtst bij het proces betrokken zijn.

In het besproken geval kunnen niet alle kwaliteitsproblemen teruggevoerd worden tot het JCI systeem. Wel is het duidelijk dat een JCI-accreditering geen integrale kwaliteit waarborgt, maar het verhoogt wel significant het administratief werk, waardoor professionelen van hun patiënten weg gehouden worden om administratief werk te doen. Kwaliteitshandboeken-systemen zijn bovendien niet zonder gevaar. Zij geven de schijn van beheersing van de kwaliteit en de veiligheid in de gezondheidszorg, en ze dragen bij tot de professionele vervreemding van de zorgdragers. Volgzzaamheid vervangt professioneel denken en handelen, wat gemakkelijk leidt tot een houding van "ik-ben-niet-aansprakelijk".

Waarom dan al die hoge financiële investeringen in deze accreditering, terwijl er meer doelmatige en menselijke systemen van integrale kwaliteitszorg in onze eigen cultuur bestaan? Voorkomt dit Amerikaans geconceptualiseerd "JCI Gold Medal"-systeem beter verdere inspecties? En/of verleent een JCI accreditering toegang tot rijke onderzoek-fondsen van internationale farmaceutische bedrijven? En dan is er nog steeds die hoop, of illusie, dat een opgelegd controlesysteem het werk van het management zal overnemen. Overnemen doen de medewerkers dan wel, maar niet steeds in de gewenste richting.

Een integrale kwaliteitszorg met de inzet van de zorgdragers

De invoering van continue kwaliteitsverbeteringen, met het engagement van alle betrokkenen resulteert eveneens in het vastleggen van afspraken, procedures en prestatiecriteria. In tegenstelling tot de 'kwaliteitshandboeken-systemen' zijn ze echter niet het uitgangspunt, maar het voortschrijdend resultaat van een leerproces van de zorgdragers om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt optimaal te verzekeren.

Kwaliteitsborging is hier voornamelijk gefundeerd op het gedrag en de resultaten van de zorginstelling. Een formele accreditering is dan de erkenning van deze resultaten.

Eerst wijs ik op het belang van de context waarin onze gezondheidsinstellingen opereren en de verantwoordelijkheid van de overheden. Vervolgens behandel ik vijf principes die een gezonde invoering van kwaliteitszorg inspireren. Ik sluit af met een beknopte samenvatting.

De macro context

Wil men tot een integrale kwaliteitszorg komen, dan moeten alle instanties die een rechtstreekse invloed hebben op de zorginstelling in het proces betrokken worden. Ik denk aan de politici, overheden, het RIZIV, en de universitaire en andere opleidingsinstellingen die de zorgdragers vormen en bijscholen. Als uitgangspunt poneer ik dat de politici en overheden passende voorwaarden moeten scheppen binnen de maatschappij, zodat de gezondheidsinstellingen en professionele deskundigen een kwalitatief hoogstaande, menselijke zorg kunnen leveren aan al haar inwoners. Natuurlijk moet er een optimalisatie zijn van zorg en kosten, maar laat die verantwoordelijkheden bij de professionelen in het veld. De rol van de overheid is er een van "governance". Ze bestaat in het scheppen van voorwaarden, het evalueren van bereikte resultaten, en het faciliteren van het 'van mekaar leren'. Dus niet in het voorschrijven van hoe gezondheidsinstellingen moeten opereren.

Politici en het RIZIV zouden zich ernstig, zonder vooringenomenheid mogen bezinnen waarom zij met de introductie van mechanistische business-modellen, met al hun externe administratieve controles en met de druk tot concentratie van ziekenhuizen, er toch niet in slagen de kosten binnen de perken te houden. In elke

organisatie hebben de actoren weet van verspillingen en misbruiken in de bestaande systemen en procedures, of van personen die ongepast (secundair) voordeel genieten. Eveneens hebben zij weet van eventuele 'collusies' tussen de zorginstelling en externe instanties, meestal met betrekking tot financiering van projecten. Misbruiken in organisaties hebben steeds medeplichtigen, actief of stilzwijgend. Daarom moet transparantie in structurele condities en een cultuur van 'onbevangen mogen spreken' ervoor zorgen dat zorgdragers en patiënten zich veilig voelen om onnauwkeurigheden en misbruiken te melden. In een dergelijke sfeer kan men gemakkelijker 'moeilijke gesprekken' voeren om ongewenste situaties verder te verkennen en maatregelen te nemen om deze recht te zetten. Instellingen en personen worden dan rechtstreeks en persoonlijk aangesproken. Dit geldt voor zowel politici, vakbonden, bestuursleden, directeuren, professoren, geneesheren, verpleegkundigen en alle rechtstreeks betrokkenen in de gezondheidszorg, publiek of privaat.

Vijf inspirerende principes voor de invoering van integrale kwaliteitsverbetering

1. Kwaliteit is meer dan afwezigheid van fouten

Kwaliteit in de gezondheidszorg omvat meer dan de afwezigheid van fouten of van afwijkingen van voorgeschreven procedures. Het eenvoudig volgen van procedures draagt geenszins bij aan de kwaliteit van de zorg wanneer de reële noden van de patiënt/klant daarbij verwaarloosd worden. Ik denk hierbij aan allerlei hygiënische maatregelen, die wel passen in een chirurgische operatiekamer, maar die het menselijke in het samenleven, samen koken en wonen in een kleine, psychotherapeutische gemeenschap, vertroebelen. Welke mensbeelden

worden aan de leden van die gemeenschap voorgehouden indien men zonder handschoenen niet samen mag koken voor mekaar en de zorgdragers geen trouw- of andere ringen mogen dragen tijdens therapeutische sessies?

Aangezien de grote verscheidenheid in aangeboden diensten, in noden en mogelijkheden van patiënten of klanten, is het onmogelijk om een algemeen geldende, werkbare definitie te geven van kwaliteit. Wat 'kwaliteit' heet, is immers afhankelijk van de doelstellingen of na te streven resultaten van een afdeling. Zo is 'kwaliteit' in een kraaminstelling of bij oncologie iets anders, dan in geriatrie of op een palliatieve afdeling.

In elke kwaliteitsomschrijving kan men een onderliggende visie erkennen. Soms ligt het uitgangspunt in het voorkomen van aansprakelijkheid, in kostenbesparingen, in prestige, marketing of financiële oogmerken, of soms ook in ethiek en waarden. Persoonlijk kies ik voor de uitgangspositie waarin de persoon van de patiënt centraal staat. Een generische definitie van kwaliteit is dan *de gerealiseerde capaciteit van een zorginstelling om met deskundigheid én menselijkheid aan de behoeften van de patiënt te beantwoorden tegen aanvaardbare kosten en binnen een passend tijdsbestek*. Een menselijk verzorgingsproces veronderstelt eveneens dat men het recht op informatie, keuze en beëindiging van medische en paramedische behandeling eerbiedigt.

Generische definities van kwaliteit zijn evenwel te algemeen om er een specifieke instelling op af te stellen. Is het niet onredelijk om elke gezondheidsinstelling met dezelfde definitie op te zadelen om ze onderling te kunnen vergelijken? Dat alles in de wetenschap dat de zorgpraktijken verschillen, mogen en zelfs moeten verschillen met het oog op het uittoetsen van verbeteringen. De definitie van kwaliteit in elke gezondheidsinstelling is aldus een strategische

aangelegenheid en de verantwoordelijkheid van de beleidvoerders, waarbij de leiding van de gespecialiseerde diensten liefst actief worden betrokken. Een definitie van kwaliteit is een afgeleide – weliswaar vanuit een bepaalde visie – van de doelstellingen of van de beoogde bijdragen van de instelling aan de maatschappij. In psychiatrische instellingen bijvoorbeeld kunnen de doelstellingen verschillen van 'de patiënt helpen integreren, met een zo groot mogelijke, draagbare zelfstandigheid, in de maatschappij' tot 'de patiënt van zijn klachten verlossen'. Verschillende doelstellingen met hun eigen zorgpraktijken stellen eigen werkvoorwaarden opdat de zorgdragers, in relatie met hun patiënten kwaliteit kunnen leveren.

“**Generische definities van kwaliteit zijn te algemeen om er een specifieke instelling op af te stellen.**”

De kwaliteitsdefinitie wordt vervolgens consistent vertaald in algemene richtlijnen voor alle organisatorische aspecten (onder meer structuren, technologie, info- en beloningssystemen, personeel). Zo vermijdt men dat binnen de organisatie verwachtingen worden opgeroepen die tegenstrijdig zijn met het leveren van kwaliteit. Bijvoorbeeld, men spreekt enthousiast over "onze kwaliteitszorg", maar het personeel wordt wel eenzijdig afgerekend op kosten en tijdbesteding.

Algemene ziekenhuizen overkoepelen steeds meer verschillende gespecialiseerde afdelingen die op specifieke categorieën van patiënten of behandelingswijzen zijn gericht. Een overkoepelende kwaliteitsdefinitie zal dus ruimte moeten bieden voor de kwaliteitsdefinities van haar specifieke afdelingen, die in overleg met de betrokkenen uit de doelstellingen van hun werksysteem of afdeling worden afgeleid. Hoe groter de diversiteit van gespecialiseerde diensten hoe meer

ruimte noodzakelijk is om aan kwaliteit nog een zinvolle betekenis te kunnen geven, en de organisatie daarop af te stellen. Gespecialiseerde diensten, afdelingen of centra kunnen dus, zoals hoger gesteld, in functie van hun doelstellingen andere definities, andere zorgpraktijken en organisatorische condities hebben.

Kwaliteit aldus geconceptualiseerd vereist een integrale organisatorische afstemming, die niet zomaar kan worden opgelegd, noch door een beleidvoerder (algemeen directeur), noch door een extern adviesbureau. Het resultaat is immers mede afhankelijk van het engagement van de zorgdragers/actoren en hun inzet om te blijven leren en verbeteren. Dit engagement wordt opgebouwd door overleg en integratie van professionele kennis en ervaring.

Uit onderzoek blijkt dat mensen kwaliteit in de dienstverlening voornamelijk beoordelen op basis van de volgende drie criteria: een subjectieve vergelijking van de verwachte met de actuele ervaren kwaliteit; evaluaties van de kwaliteit in de dienstverlening (deskundigheid en proces) en de kwaliteit van de resultaten; het kwaliteitsniveau van de normale dienstverlening en de kwaliteit van het afhandelen van uitzonderlijke of problematische incidenten of patiënten.

Het is dus normaal dat deze kwaliteitsappreciatie kan veranderen met de tijd. Na de oplichting van het ziekenhuis te mogen verlaten, komt men meestal pas later - na herstel - tot een evaluatie van de resultaten. Valide kwaliteitsmetingen in de zorg vragen meer studie dan het registreren van het volgen van procedures.

Samengevat: de definitie van kwaliteit is een strategische aangelegenheid die door de beleidvoerders, in overleg met de leiding van de gespecialiseerde diensten wordt geformuleerd. Hetzelfde proces wordt in elke gespecialiseerde eenheid hernomen. Elke strategische definitie vormt het uitgangspunt voor het consistent be-

palen van richtlijnen voor de integrale organisatie van de instelling, of van de afdeling of van het centrum.

2. Kwaliteit wordt gemaakt in relatie met de cliënt

In de gezondheidszorg in het bijzonder wordt kwaliteit gemaakt in relatie met de patiënt/cliënt. Daarom moeten passende voorwaarden worden gecreëerd opdat alle actoren opgeleid en ondersteund worden om constant kwaliteit in die relatie te kunnen leveren. Het belang van de relatie werd in veldstudies in diverse landen aangetoond. Spitz (1946) was bij de eersten die vaststelde dat zeer jonge kinderen, ondanks hygiëne en regelmatige voeding, in hoog percentage overleden, wanneer zij niet door de zorgdragers geknuffeld werden. *"Een baby is méér dan een digestief kanaal"*, werd een pedagogische kreet.

Spitz vergeleek onder andere kinderen die opgroeiden in een Amerikaans weeshuis met kinderen die opgroeiden in de gevangenis. In het weeshuis was er één verzorgster voor acht baby's. De kindjes waren er veel alleen en met weinig aandacht en contact. Er hingen lakens tussen de wiegjes om besmetting te voorkomen. De kindjes in de gevangenis waren bij hun moeders, in een situatie waar geen moderne sanitaire en medische zorg voorhanden was. 37% van de weeskinderen stierven voor de leeftijd van twee jaar. In de gevangenis overleed geen enkel kind. De kinderen in de gevangenis hadden minder infecties, ontwikkelden zich beter en waren in een betere fysieke, cognitieve en sociale conditie dan die in het extreem hygiënisch weeshuis. Deze waren vaker ziek en vertoonden een slechtere fysieke en mentale ontwikkeling. Het verlies aan emotionele ondersteuning werd toen reeds als oorzaak aangegeven voor "anaclytic depression" en het syndroom "hospitalism".

Ook volwassenen hebben emotioneel-psychische aandacht nodig. Herhaaldelijk werd aangetoond dat een vertrouwensrelatie met de arts een belangrijke positieve invloed heeft op het genezingsproces. Deze relatie wordt opgebouwd in interactie met de patiënt. Ze is niet automatisch gekoppeld aan de sociale status van de zorgdrager.

Wanneer men de relatie met de patiënt – zoals het hoort – opneemt in de kwaliteitsdefinitie moet het werksysteem condities scheppen die het mogelijk maken dat alle betrokken zorgdragers of actoren die kwaliteit optimaal kunnen leveren. Zo moet het systeem een zekere stabiliteit krijgen in zijn bezetting, een minimale "slack" of ruimte bieden om die emotionele vertrouwensrelatie te kunnen leggen en meer of minder tijd te besteden aan een patiënt naargelang zijn behoeften. Zo leidt het verbod aan ondersteunende medewerkers om met patiënten te praten tot absurditeiten. Niet te geloven en toch gebeurde het: de koffiedame brengt de koffie naar een blinde patiënt, maar vertelt noch waar het kopje geplaatst is, noch brengt zij de hand van de patiënt bij het kopje! Haar uitleg: "Ik mag niet praten met de patiënten!"

“Wanneer men de relatie met de patiënt opneemt in de kwaliteitsdefinitie moet het werksysteem ruimte bieden om die emotionele vertrouwensrelatie te kunnen leggen en meer of minder tijd te besteden aan een patiënt naargelang zijn behoeften.”

Bij het scheppen en onderhouden van een vertrouwensrelatie hoort eveneens ruimte voor sociale ondersteuning van de actoren: zij die dagelijks omgaan met pijn, zorgen, dementie, met moeilijke patiënten (en/of hun familieleden), of met het sterven. De zorg roept innerlijke spanningen op. Om er niet onderdoor te

gaan hebben zorgdragers sociale steun nodig. Het klassieke "je moet er mee leren leven" is niet bijzonder begripvol of aanmoedigend. In mechanistische systemen, doordrenkt met wantrouwen en overladen met 'beheersingsdrang' en kostenbesparingen, is voor sociale steun geen plaats.

Wanneer efficiëntie en besparingen alle ruimte voor aandacht aan de specifieke behoeften van een patiënt wegdrücken, verdwijnt eveneens de menselijke relatie en de professionele waardigheid. Kwaliteit in de gezondheidszorg hoort niet gedreven te worden door het vermijden van aansprakelijkheid, en/of absolute efficiëntie, maar wel door inzet voor een optimale zorg voor de patiënt én zorgdragers.

Samengevat: mensen zullen kwaliteit in hun zorg verlenen wanneer de betekenis van kwaliteit dagelijks uitgedrukt wordt in de kwaliteit van hun relaties met hun werk, collega's, leiding en organisatie.

3. Kwaliteit steunt op professionele inzet en zelfcontrole

Kwaliteit is een kenmerk van een werk- en zorgsysteem met al zijn onderscheidbare componenten: doelstellingen, structuren, technologieën, info- en beloningssystemen en actoren. Het komt niet tot stand door een gestrenge gehoorzaamheid aan opgelegde voorschriften en procedures. In feite leidt een geëngageerd zoeken naar voortdurende kwaliteitsverbeteringen tot werkafspraken waarbij de zorg voor de patiënt geoptimaliseerd wordt tegenover de kosten van de instelling en deze van de maatschappij. Het is de uitkomst van professionele inzet en interne zelfcontrole (zelfbeheersing én verificatie).

Het probleem in de zorgsector is dat de leidinggevende instanties weinig inzicht hebben in de feitelijke werking van het systeem waarvoor zij

verantwoordelijkheid dragen. Zij zitten zelf in het systeem. Ze zijn verblind door gewoontes en zien de systemische fouten niet meer. De verleiding is groot om dit gebrek te verhelpen met het (laten) invoeren van mechanistische business-modellen en controles. Het is evenwel een illusie te geloven dat deze hen zullen sparen van de moeilijke opdracht om leiding te geven. Deze opdracht omvat het verbeteren van het functioneren van het zorgsysteem. Ze is een essentieel onderdeel van de werkzaamheden van de leidinggevenden.

Verbeteringen vereisen overleg met de actoren binnen het werksysteem. Deze laatsten weten vrij goed waar verkwistingen, foutieve afspraken, systemische fouten en zinloze, belastende activiteiten in de werkplek tot uiting komen en waar de kosteneffectiviteit en de kwaliteit verbeterd kunnen worden. Zij missen evenwel de bevoegdheid en het groter overzicht om het systeem zelf te verbeteren. Maar samen en in overleg met de leiding kan dit wel. Dit vooronderstelt een intern engagement en een vrijheid van spreken met de betrokken leiding. De inschakeling van kwaliteitsverantwoordelijken, die alle verbeteringsvoorstellen moeten onderzoeken en toelating verkrijgen van de leiding, is een duur en ineffectief surrogaat. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit wordt verlegd van de leiding én de actoren in het veld naar een staffunctionaris en het besluitvormingsproces geraakt gemakkelijk verhuld in een wazige dubbelzinnigheid. Staffunctionarissen bevorderen geenszins het professioneel engagement, en de noodzakelijke openheid en samenwerking met het management om verbeteringen te implementeren.

Deze samenwerking is noodzakelijk omdat de meeste bevoegdheden bij de geneesheren liggen. Zo bleek uit een studie in de VS dat de geneesheren invloed hadden over 80% van de kosten. Bij ons moet het medisch secretariaat van de arts er over waken dat de agenda van

de arts drie tot zes weken op voorhand is volgeboekt. Zo werkt dan elke afdeling met volgeboekte agenda (en/of bedden). Elke verwijzing van een patiënt naar een andere specialist – zelfs in hetzelfde ziekenhuis – is een (mogelijke) verstoring van die agenda. Een dergelijke verstoring wordt meestal weggewerkt door de verwezen patiënt als een ‘nieuwe’ op de wachtlijst te plaatsen. Op deze wijze kan een patiënt die bij zijn eerste geneesheer komt en voor een bijkomend onderzoek doorverwezen wordt naar een (andere) specialist andermaal tot zes weken moeten wachten. Met de voortschrijdende specialisaties is het niet ongevoond dat een patiënt meer dan twee maanden mag wachten op een uiteindelijke diagnose. Wanneer elke afdeling op maximum inkomen functioneert, lijkt dit wel voordelig voor de instelling. De nadelige gevolgen voor de betrokkenen (patiënt, familieleden, verplaatsingstijden/kosten, ...) en de kosten voor de maatschappij worden niet verrekend. Terwijl de ‘doorstroomtijden’ van een patiënt kunnen ingekort worden indien elke specialist enkele openingen in zijn agenda zou laten voor interne verwijzingen.

De kosteneffectiviteit moet dus niet op de eerste plaats gezocht worden in personeelsbesparingen, maar wel bij organisatorische verspillingen in overtollige administratieve beheersing, afscherming van grenzen tussen diensten, gekibbel over aankoop en eigenaarschap van apparatuur, meervoudige rollen (zoals arts, professor, onderzoeker, manager) en de daarbij horende systemen en cumul van macht, en dan het onderling wantrouwen om er maar enkele te noemen.

Samengevat: voortdurende verbetering van de kwaliteit in de zorg vereist een goede samenwerking van de manager (leidinggevende) van een zorgsysteem met de actoren in dat systeem. Zo kunnen ook sub-optimalisaties tussen afdelingen en diensten vermeden worden.

4. Kwaliteit vereist een cultuur van openheid

Kwaliteitszorg en verbetering vereist niet alleen structurele en procedurele aanpassingen, die de optimalisatie tussen kwaliteit en de kosten van de zorg moeten ondersteunen, het vraagt ook een cultuur van openheid, engagement en professionele waardering. Het kan toch niet dat men niets negatiefs mag zeggen over de gang van zaken en absurditeiten in een geaccrediteerd ziekenhuis. Denigrerende reacties van het management op bedenkingen of kritiek zoals "Waarom ga je dan niet elders werken!", of "Wie heeft je dat verteld?" bevorderen noch openheid, noch verder onderzoek van het probleem.

Enkele typische kenmerken van een beweging naar een cultuur van openheid en gezamenlijk zoeken naar verbetering: van het verbergen van fouten of afwijkingen naar het samen leren vanuit deze afwijkingen of vergissingen; van het snel verbeteren van fouten, vergissingen of afwijkingen naar het zoeken hoe deze voorkomen kunnen worden; van externe controles en inspecties naar zelfcontrole en professionaliteit; van angst om te spreken naar vrije en vrijmoedige communicatie; van individuele naar gedeelde verantwoordelijkheid. Eens de ongewenste kenmerken geïdentificeerd, vormen zij het doelwit van veranderingen.

Een cruciaal element in zo een cultuur is 'psychologische veiligheid', gedefinieerd als de overtuiging dat men niet gestraft of vernederd wordt omwille van het vrij uitspreken van ideeën, vragen, bezorgdheden, of vergissingen (Edmondson, 2012). Psychologische vrijheid ontwikkelt niet in een klimaat van 'sociale onderdrukking', gekenmerkt door taboes, verbod op kritiek en angst voor sancties. De notie 'sociale onderdrukking' omvat naast de angst om vrijuit te spreken, ook het bewust of onbewust afremmen, zelfs het onderdrukken van gedach-

ten en beelden (het denken) (Vansina, 2013). Hoe sterker de sociale onderdrukking, hoe lager de psychologische veiligheid en hoe moeilijker het is collectieve 'waarheden', beleidsdictaten en praktijken in vraag te stellen. Gelijkijdig worden ook vernieuwingen en verbeteringen afgeremd.

“Hoe sterker de sociale onderdrukking, hoe lager de psychologische veiligheid en hoe moeilijker het is collectieve waarheden, beleidsdictaten en praktijken in vraag te stellen.”

Tegen de huidige tendens van 'het managen met angst' in heeft W. Spaan, algemeen directeur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Nederland, een andere cultuur weten te scheppen waarbij men onbevreesd over vergissingen kan praten, ze onderzoeken en voorkomen. Zo komt het initiatief voor kwaliteitsverbetering te liggen bij de actoren en de leiding.

Samengevat: de samenwerking van managers en actoren om kwaliteitsverbeteringen te realiseren wordt slechts mogelijk wanneer 'sociale onderdrukking' wordt vermeden zodat mensen 'psychologisch veilig' kunnen communiceren.

5. Een kwaliteitsgerichte zorginstelling vertrekt van de ervaring van actoren

Een kwaliteitsdefinitie, consistent vertaald in richtlijnen voor het organiseren van de instelling roept beelden op van het einddoel: een kwaliteitsgerichte zorginstelling. Maar die ideale organisatie kan niet zomaar worden opgelegd. Evenmin kan men een erkend succesvol kwaliteitssysteem van een andere instelling kopen of overnemen en op de eigen actuele organisatie plakken. Men moet een innerlijke consistentie

tot stand brengen om eventuele tegengestelde signalen van onder meer structuren, belonings- en informatiesystemen in de organisatie te verwijderen. Tegengestelde of conflicterende verwachtingen veroorzaken alleen maar spanningen, verwarring en vertroebeling van aansprakelijkheden.

De kwaliteitsdefinitie en de consistente vertaling in organisatorische voorwaarden en systemen is wel het inspirerend doel, maar de lange weg daar naartoe begint wel met het oplossen en wegwerken van elk probleem dat de zorgdragers/actoren ervaren in hun werk in de huidige situatie. Er bestaat geen "short cut", geen andere weg dan vertrekken van de ervaren moeilijkheden in de actuele organisatie. Met deze aanpak wint men bovendien het engagement van de betrokkenen omdat zij dagelijks de betekenis van kwaliteit in hun zorgpraktijk ervaren.

Kwaliteit is geen slogan. De ervaring van wat de leiding verstaat en wil met kwaliteit begint van bij de start. Ik denk hier aan informatie- of opleidingsbijeenkomsten over kwaliteit die men gescheiden organiseert voor artsen en verpleegkundigen, terwijl ze in feite tot een betere, open samenwerking moeten komen. Indien men in dergelijke, meer informele bijeenkomsten niet leert luisteren en vrijmoedig spreken, hoe zal dan de samenwerking in de zorgpraktijk verlopen? Dergelijke inconsistenties moet men trachten te vermijden, en eventuele begane slordigheden snel en adequaat herstellen. Het terugvallen op oude gewoontes is niet te vermijden, en men kan ze dan alleen maar openlijk erkennen en 'goed maken'.

De weg naar een kwaliteitsinstelling is lang en niet rechtlijnig. Met bijna elke kwaliteitsverbetering verschuift de horizon. Wanneer er belangrijke reorganisaties op die weg liggen, is het handig een ruw stappenplan op te stellen waarin men de verschillende acties in een logi-

sche orde opneemt, telkens voorzien van duidelijke mijlpalen. Een dergelijk plan is een handige leidraad en dient als centraal punt waarrond de leiding met de betrokkenen kan samenkomen voor overleg, appreciatie en eventuele bijstellingen van veranderingen. Daarnaast is het steeds nuttig om periodisch met de actoren de gerealiseerde voortgang in de kwaliteit van de zorg te bespreken.

De kwaliteitsverbeteringen worden best gemeten met enkele afgesproken kwaliteits-indicatoren, zoals aantal infecties, wachttijden, aantal ingevoerde kwaliteitsverbeteringen. Indicatoren zijn geen criteria. Ze geven noch absolute, noch exhaustieve betekenis aan wat ze meten. De realiteiten zijn te complex om door een indicator te worden gevat. De betekenis van de gemeten gegevens ontstaat uit een gesprek met en interpretaties van de betrokkenen, die in die complexiteit leven.

Hetzelfde geldt voor 'audits'. Ze worden vaak foutief gebruikt als inspectie, terwijl het een momentopname is waarbij men bij vastgestelde afwijkingen van de voorschriften of afspraken, in overleg met de betrokkenen moet verkenen of het hier een vernieuwde praktijk betreft die nog niet opgenomen is in de procedures, of een gebrek aan kennis, of een nalatigheid, ofwel een zorghandeling in uitzonderlijke omstandigheden. Bij computerfeedback wordt de afwijking evenwel als absoluut en eenduidig beschouwd. Ze vertelt echter niets over het waarom en welke actie nodig is om de kwaliteit in de zorg te verbeteren.

Samengevat: de kwaliteitsdefinitie, consistent vertaald in richtlijnen voor de organisatie van de instelling, zet wel het einddoel in het licht. Dit doel wordt echter het beste gerealiseerd door systematisch de ervaren problemen van de zorgdragers in hun dagelijkse werkzaamheden weg te werken. Zo verkrijgt kwaliteit een levende

betekenis en verwerft men de inzet van de actoren.

Afsluitend

Bij het invoeren van integrale kwaliteitsverbetering in de zorgsector mag men de macro-context niet terzijde laten. Politici, overheden en het RIZIV scheppen voorwaarden, introduceren business-modellen en stellen eisen die niet steeds een kwaliteitsgerichte zorg ondersteunen. Niet zelden overladen zij het professioneel werken met zinloze administratieve activiteiten. Het initiatief voor een effectieve verandering op dit macroniveau zal waarschijnlijk niet komen van deze autoriteiten, maar zal de zorgsector zelf moeten initiëren. Dit betekent evenwel niet dat een zorginstelling zelf geen systeem van kwaliteitsverbetering kan invoeren. Al doende verwerft men het recht van spreken en dit vanuit een concrete kennis van de knelpunten op macrovlak.

De invoering, binnen een zorginstelling van een alternatief systeem voor integrale kwaliteitsverbetering, met de inzet van de betrokkenen, kan zich inspireren aan de vijf behandelde basisprincipes. Zij verzekeren een kwaliteitszorg, gedragen door het engagement en de zelfcontrole van de betrokkenen. De aandacht en verantwoordelijkheid voor eventuele bijstellingen liggen dus niet bij buitenstaanders of kwaliteitsadviseurs, maar bij de zorgdragers zelf. De kwaliteitsinspanningen van het management zijn in de eerste plaats gericht op het scheppen van passende organisatorische en materiële werkvoorwaarden waarbinnen de zorgdragers, in hun relatie met de patiënt, kwaliteit kunnen leveren tegen aanvaardbare kosten.

Referenties

- Commissie medische ethiek, K.U. Leuven (2013). *Kwaliteitszorg en ethiek: Een verbroken relatie*.
- Crosby, P.B. (1979). *Quality is Free*. New York: McGraw Hill.
- Joint Commission International (JCI), (2012). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Including standards for academic medical center hospitals 4th.ed.* Oakbrook Terrace: Ill.
- Edmondson, A.C. (2012). *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sorbero, M.E., Mattke, S. and S. Lovejoy, (2008). *Outcome measures for effective teamwork in inpatient care. Rand Technical Report TR-462-AHRQ*. Arlington, VA.: Rand Corporation.
- Spitz, R. (1946). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early infancy. A Follow-Up. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Vol. II. New Haven, Conn.: Yale University Press.
- Vansina, L. (2013). Processing mental representations of roles: alternating written and face-to-face interactions. In: Leopold Vansina (Ed). *Humanness in Organizations*. London: Karnac, 107-124.
- Verhaege, P., (2013). Ondernemen, welzijn, samen: Een recept voor een geslaagde gemeenschap. *Tijdschrift voor Welzijnswerk*, 37, 333, 3-16.