

Kwaliteitsbeleid binnen de geestelijke gezondheidszorg

Een toetsing vanuit het oplossingsgericht denken op de theorie en de praxis binnen “Bethanië Geestelijke Gezondheidszorg”



Eindwerk oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie

Jan Bogaerts

2019 – 2023

Brugge

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	4
1 Inleiding en situering	6
1.1 Mijmeringen rond thema-afbakening	6
1.2 Persoonlijke intersectorale geschiedenis in het kwaliteitsbeleid	7
1.3 Bethanië geestelijke gezondheidszorg: een introductie	11
2 Inhoudelijk duiding kwaliteitsbeleid	15
2.1 Wat is kwaliteit? Een evolutief begrip	15
2.2 Kwaliteitsbeleid in de Vlaamse praktijk van de gezondheidszorg	18
2.2.1 Tot 2020	18
2.2.2 Vanaf 2021	20
2.3 Poging tot synthese	22
3 Kwaliteitsbeleid in Bethanië geestelijke gezondheidszorg	25
3.1 Welke positie nemen we in? Bewegingen in Bethanië vanaf 2018 - 2020	25
3.2 Uitgangspunten en inspiratiebronnen (met toetsing aan het SF-denken)	26
3.3 Elementen van de concrete uitwerking: bouwstenen en het metaproces (met toetsing aan het SF-handelen)	48
3.3.1 Globale bouwstenen	48
3.3.2 Het metaproces “Reflec”	51
3.4 Eerste ervaringen binnen Bethanië	55
4 Kwaliteitsbeleid als onderdeel van de “organisatie” Bethanië	57
4.1 Prelude en introductie	57
4.2 Aanpak in Bethanië	57
4.2.1 Situering	57
4.2.2 Visie	59
4.2.3 Processen	63
4.2.4 Macrostructuur	63
4.2.5 Leiderschap	66
4.2.6 Team	68

4.2.7	Microstructuur	68
4.2.8	Individu	69
4.2.9	Systemen	69
4.3	Toetsing aan, en “suggesties” vanuit het SF-denkkader	70
4.3.1	Hoe sluit de dagelijkse praktijk van Bethanië aan bij het oplossingsgericht gedachtengoed?	70
4.3.2	Interessante kaders en instrumenten vanuit het SF-gedachtengoed om het kwaliteitsbeleid (zie hoofdstuk 3) te versterken in de dagelijkse praktijk?	77
5	Algemene conclusies	91
6	Enkele persoonlijke reflecties	94
7	Bibliografie	98
8	Bijlagen	104
8.1	Een vertaalslag van Reflec in Bethanië	104
8.2	Beginselverklaring metaforum	106
8.3.	Op weg naar PC Bethanië 2024: zorgstrategisch verhaal	107

VOORWOORD

Een combinatie van de functie van algemeen directeur en het volgen van een intense psychotherapie-opleiding, ... Een bijzondere keuze en achteraf bekeken niet vanzelfsprekend qua tijdsbeleving. Maar echt wel de moeite waard, met een positieve impact op mezelf als persoon en voor mijn werk als algemeen directeur in Bethanië ggz.

De aanleiding was van tweeërlei oorsprong. Enerzijds het gevoel dat ik de voeling met de klinische praktijk miste na zoveel jaren werkzaam binnen diverse beleidsfuncties. Anderzijds een keuze om mijn “mandaat” om te kunnen en mogen beïnvloeden binnen Bethanië te vergroten. In mijn persoonlijke reflecties ga ik hier analytisch op in, vertrekkend van “jawel”, vanuit het kader van betrokkenheid in de therapeutische relatie van het Korzybski Instituut.

De keuze voor het Korzybski Instituut om mijn therapie-opleiding te volgen was erg bewust: het past bij wie ik denk te zijn als persoon (en als orthopedagoog), het was op voldoende (fysieke) afstand van de regio waar ik werk in Zoersel en de link met de vrijwilligerspraktijk van Tejo (Therapie voor Jongeren) te Brasschaat was consistent.

In dit voorwoord wil ik kort stilstaan bij de term “Oplossingsgericht werken”, die erg misleidend is qua terminologie. Alsof het “snel zoeken naar de oplossing” het uitgangspunt is. Terwijl de oplossingsgerichte therapie eerder een metamodel is dat focust op de therapeutische alliantie en sterk gelooft in de visie dat alle therapie zelf therapie is en dat elk van ons, hoe gekwetst ook, de mogelijkheden in zich draagt een beter leven te leiden (en zelf keuzes te kunnen maken). Erg essentieel is dat oplossingsgerichte therapie een cliëntgestuurde therapie is. Solution focused werken is totaal niet hetzelfde als “problem solving”. Problemen (beperkingen) en oplossingen zijn van een andere orde. Problemen en oplossingen kunnen naast elkaar blijven bestaan. De oplossingen hoeven het probleem niet te elimineren om tot de gewenste situatie te komen.

Ik wil enkele mensen bedanken. In de eerste plaats mijn echtgenote Ann, die jarenlang mijn liefdevolle steun is in mijn professioneel en privéleven. Zij maakt het mogelijk dat ik de (mentale) ruimte heb om diverse projecten aan te vatten en uit te werken. De liefde van en voor mijn (klein) kinderen is ongetwijfeld ook een erg positieve energiebron ...

Ook dank aan de organisatie Bethanië en de gedreven en competente medewerkers, om enerzijds mee de “trigger te zijn” en anderzijds de kans te bieden om mijn denken en handelen te voeden. Aan Inge Vervotte, Bart Reynders, Chris Antonis, Mariska Vaes, collega’s van het directieteam Bethanië geestelijke gezondheidszorg (Mark, Mark, Maarten, Bart, Wim, Veerle, Heidi), collega’s van het team kwaliteit, Luc, Goedele en Johan betrokken in het impulsfonds, en vele anderen: Erg veel dank voor de constructief kritische samenwerking en gedeelde leerervaringen. Heidi, Bart en Chris, Myriam, dank voor het kritisch lezen van het eindwerk.

Expliciete dank aan de jongeren van TEJO (Therapie voor Jongeren Brasschaat) en de patiënten binnen Bethanië om hun vertrouwen aan mij te schenken en te mogen leren van hun zoektocht naar oplossingen en keuzes. Bijzondere dank aan Katrien om mijn klinisch werk te mogen uitvoeren in Tejo Brasschaat.

En tot slot erg veel dank aan de lesgevers van het Korzybski Instituut. De inhoudelijke sterkte, de creatieve inspiratie en de gedrevenheid die uitstraalt van de stafleden en de externe sprekers binnen de opleiding, heeft de lichte schaduwzijde van corona en organisatorische mankementen binnen de opleiding, sterk op de achtergrond geschoven.

Op de vraag die me vaak gesteld is: “wat is je plan met deze opleiding” moet ik nog steeds antwoorden: “Er is geen concreet plan, de tijd zal dit wel uitwijzen”. De opleiding heeft mijn blik verruimd, heeft mijn zelfreflectie erg gestimuleerd en mij als mens “rijker en wijzer” gemaakt, en dus nederiger.

Ik hoop dat dit document een levendig document kan worden, zowel in de tijd, als in de context. Het is zeker niet klaar, het zal nooit klaar zijn, het is wel “goed genoeg voor nu”. Ik hoop dat ik (en anderen) aan onderdelen van de tekst verder kunnen werken, deze kunnen actualiseren, kunnen (her)contextualiseren, ... Als dit document maar inspirerend is voor verdere co-creatie. Alvast erg veel dank voor de betrokkenheid, en erg benieuwd naar jullie reacties.

Jan Bogaerts, 30 mei 2023

1 Inleiding en situering

1.1 Mijmeringen rond thema-afbakening

Een “wetenschappelijk artikel” schrijven dat aansluit bij mijn interessesfeer, aansluit bij de vierjarige therapie-opleiding, aansluit bij mijn therapeutische activiteiten bij jongeren en aansluit bij mijn rol als algemeen directeur van een groot psychiatrisch centrum voor (jong)volwassenen en ouderen in de Antwerpse Kempen, ... Het is echt geen vanzelfsprekende denkoefening geweest.

In eerste instantie leek suïcidepreventie, behandeling van suïcidaliteit, of breder het thema “omgaan met suïcidaliteit” de verbinding te zijn tussen bovenstaande perspectieven. Een korte analyse:

- John Henden sprak me erg aan met zijn erg boeiende benadering van “preventing suicide”;
- De benadering van Heather Fiske over veiligheidsplanning: “(...) Ja, hoewel ik oplossingsgerichte veiligheidsplanning zie als heel verschillend van een gestandaardiseerd of schriftelijk protocol voor veiligheid. Onderzoekers steunen deze gestandaardiseerde protocollen trouwens niet” (Fiske in Lefevere, De Therapeutische Alliantie, ¹p.271);
- De casussen binnen Tejo waarbij suïcidaliteit sterk aanwezig was, hebben me als behandelaar erg persoonlijk geraakt doch ook véél vertrouwen gegeven;
- De benadering binnen Bethanië omtrent het omgaan met suïcidaliteit (met recentelijk nog een proefaudit omtrent suïcidebeleid vanuit de Vlaamse zorginspectie);
- En een Vlaamse overheid die geïnspireerd op multidisciplinaire richtlijnen van het Vlaamse Expertisecentrum Suïcidepreventie een beleid uitstippelt.

En toch heb ik deze thema-afbakening niet weerhouden. De paradoxen en spanningen die zich afspelen binnen dit inhoudelijk erg relevant klinisch thema, spelen zich immers af binnen het bredere thema van kwaliteitsbeleid en de zorg voor kwaliteit binnen de geestelijke gezondheidszorg.

En dit thema heeft een bredere voeling met mijn rol als algemeen directeur binnen een psychiatrisch centrum, te meer omdat het kwaliteitsthema echt een “positief strijdpunt” is van het psychiatrisch centrum waar ik tewerkgesteld ben. We trachten als “goede sociale ondernemer”, bezorgd om een humane kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg, een eigen onderbouwd beleid uit te werken. Dit wordt uitvoeriger toegelicht in hoofdstuk 3.

¹ Het handboek Lefevere, Geert en Isebaert, Luc: De Therapeutische Alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie, Academie Press, 2022 wordt frequent gebruikt in dit eindwerk. Voor de leesbaarheid worden verwijzingen uit dit boek in het vervolg van dit eindwerk met “TA, p. ” vermeld.



Vertrekkend vanuit het kwaliteitsthema kan ik de kennis en kunde uit het Korzybski Instituut Brugge toepassen en als toetssteen en inspiratiebron kunnen hanteren vanuit diverse perspectieven:

- De theoretische onderbouw van het eigen kwaliteitsbeleid (hoofdstuk 3.2);
- De toepassing van het kwaliteitsbeleid met betrekking tot het klinisch werk in het Psychiatrisch ziekenhuis (hoofdstuk 3.3.);
- De inbedding van dit kwaliteitsbeleid binnen het brede organisatiebeleid (hoofdstuk 4);
- Mogelijke suggesties vanuit het SF denken mbt cultuur, leiderschap, ... (hoofdstuk 5)
- Enkele reflecties naar mijn persoonlijke situatie, als mens, klinisch orthopedagoog en psychotherapeut en algemeen directeur (hoofdstuk 6).

Het zijn hoofdstukken die apart kunnen gelezen worden.

In het tweede hoofdstuk tracht ik een recente stand van zaken te geven omtrent het kwaliteitsdenken binnen de gezondheids- en welzijnszorg, met de focus op de geestelijke gezondheidszorg. Niet eenvoudig, en zeker niet éénduidig. Er is erg veel in beweging, en vooral nog niet helder.

Kwaliteitsbeleid is een thema waar klinici vaak weinig of geen affiniteit mee hebben, wat ze als “vreemd” ervaren, als iets wat vooral de opdracht is van de “kwaliteitscoördinator” of het “beleid”. Ik merk tevens dat dit thema vaak in de praktijkgerichte literatuur ook minder een plek krijgt.

1.2 Persoonlijke intersectorale geschiedenis in het kwaliteitsbeleid

Ik heb ruim 30 jaar ervaring met beleidsvoering binnen organisaties binnen de gezondheids- en welzijnszorg. En mijn levenservaring is vooral: “hoe meer je weet en ervaren hebt, hoe minder je weet en hoe nederiger je wordt ... zeker wat betreft het thema van dit eindwerk. Het eindigt bijna in een positie van “niet – weten”.

Mijn persoonlijke geschiedenis heeft ertoe geleid dat wat betreft het thema kwaliteitsbeleid, ik diverse overwegingen en keuzes mee heb gemaakt. Een “rechte lijn” kan ik mijn traject wat dit thema betreft niet noemen, eerder een permanent afwijken van het “wat” en het “hoe”, telkens binnen de specifieke context van de organisatie, het netwerk en de sector. Met maar één doel voor ogen ... kwaliteitsvolle zorg voor de “zorgvrager” ... hoewel er weinig causaliteit aangetoond wordt met het geëxpliciteerde kwaliteitsbeleid.

Mijn loopbaan gaat over diverse sectoren, waardoor het méér dan een intersectoraal sausje krijgt. Een beknopt overzicht.

Ik vermeld telkens een kwaliteitsthema dat toen (in mijn periode) “in the picture” stond (weliswaar vanuit mijn subjectief geheugen, zonder uitvoering historisch onderzoek, en dus zeker onvolledig).

- Als orthopedagoog binnen het buitengewoon onderwijs: het ontwikkelen van een leerlingvolgsysteem doorheen de pedagogische eenheden, focus op zorgcontinuïteit van leerlingen met bijzondere zorgnoden.
- Als pedagogisch directeur binnen de zorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap:
 - Het uitschrijven van een kwaliteitshandboek gebaseerd op diverse minimale kwaliteitseisen, met een aantal procedures. Ik verwijs hier naar het boek van Geert Brandt en Hilde Slembrouck, Kwaliteitszorg in de voorzieningen voor personen met een handicap (2000);
 - De opkomst van het concept “kwaliteit van leven” (Van Hove Geert en Van Gennep 2007) en de zelfregie voor personen met een handicap.
- Als beleidsmedewerker integrale jeugdhulp binnen de Jeugdzorg:
 - Kwaliteitskenmerken vanuit de kadertekst, de 5 “B’s”: begrijpbaar, betaalbaar, bruikbaar, bereikbaar en beschikbaar.
 - Dit heeft dan geleid tot het decreet integrale jeugdhulp van 01.03.2014 ...met volgende doelen, geformuleerd in hoofdstuk 4, artikel 8:

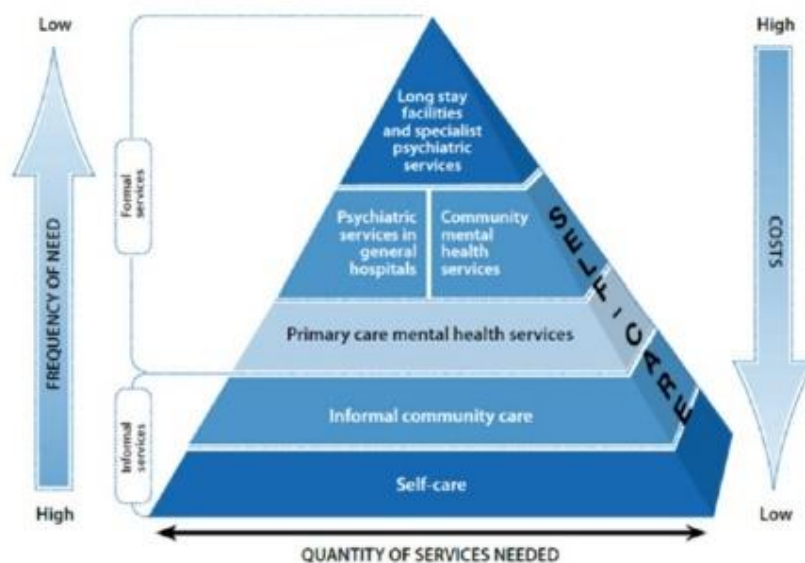
Artikel 8. (01/03/2014- ...)

“Integrale jeugdhulp heeft betrekking op de samenwerking en afstemming in de jeugdhulp met als doel een gezamenlijk engagement aan te gaan ten behoeve van minderjarigen, hun ouders en, in voorkomend geval, hun opvoedingsverantwoordelijken en de betrokken personen uit hun leefomgeving en daarvoor :

- 1° in te zetten op de vermaatschappelijking van de jeugdhulpverlening;
- 2° de tijdige toegang tot de jeugdhulpverlening te organiseren;
- 3° de flexibiliteit en continuïteit van de jeugdhulpverlening te waarborgen, met inbegrip van de naadloze overgang naar andere vormen van hulpverlening;
- 4° gepast om te gaan met verontrustende situaties in de jeugdhulpverlening;
- 5° in een subsidair aanbod crisisjeugdhulpverlening te voorzien;
- 6° hen maximaal in de jeugdhulpverlening te laten participeren;
- 7° een integrale aanpak te realiseren bij het organiseren en het aanbieden van jeugdhulpverlening.

- Als afdelingshoofd in de verslavingszorg en algemeen directeur binnen de geestelijke gezondheidszorg.
Enkele belangrijke evoluties met impact op het kwaliteitsconcept:

- De opkomst van het “herstel – concept” in de geestelijke gezondheidszorg. In de herstelgerichte benadering ziet men herstellen dan niet zozeer als genezen, gezond worden of in de oorspronkelijke staat herstellen. Herstellen betekent veeleer dat de persoon het eigen leven opnieuw vormgeeft waarbij de opgedane ervaringen verwerkt en geïntegreerd zijn. Herstel is een uniek proces van verandering waarbij de persoon een wereld van ziekte, isolement en beperking verlaat. Ondanks de beperkingen van zijn psychische kwetsbaarheid komt hij tot een voor hem betekenisvol, bevredigend, hoopvol en nuttig leven. Herstel steunt op een aantal belangrijke pijlers: het vinden en onderhouden van hoop, het herstellen van een positieve identiteit, het vinden van zin in het leven, het maken van eigen keuzes en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven (Derison, 2017)
- De beweging naar gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg, “Psy107”, formeel opgestart in 2010 en terug te vinden in de gids “naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgnetwerken en zorgcircuits”.



“Wanneer inspanningen worden gedaan om een meer gemeenschapsgerichte ggz te realiseren zullen 5 bewegingen kunnen worden onderscheiden:

- De-institutionalisering: Intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname;
- Inclusie: Revalidatie en rehabilitatieopdrachten waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, sociale huisvesting, ... noodzakelijk is;
- De-categorialisatie: Via zorgcircuits en netwerken een samenwerking realiseren tussen en met de ouderenzorg, ggz, de sector voor personen met een handicap en Justitie;
- Intensifiëring: Intensifiëring van de zorg binnen de ziekenhuizen;

- Consolidatie: Regularisatie van de verschillende pilootprojecten, zowel federaal als van de gemeenschappen en gewesten, in het globaal ggz-concept. Zich baserend op de zonet vermelde en andere studies, en opdat de organisatie van de ggz aan de basisprincipes van de gemeenschappelijke verklaring zou beantwoorden, heeft de Interministeriële Conferentie (IMC) Volksgezondheid op 28 september 2009 besloten over te gaan tot de implementatie van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen”.
- Diverse accrediteringsgolven en /of kwaliteitssystemen in navolging van de algemene ziekenhuizen. Ik zet de belangrijkste op een rij:
 - EFQM, hertaald in Kwadrant voor de gezondheidszorg (Kwadrant, 2006);
 - NIAZ (het Nederlands instituut voor accreditering in de zorg), gevolgd door NIAZ Q – mentum en recent Qualicor Europe;
 - Joint Commission International of JCI is een organisatie die internationale normen, de JCI standards, vastlegt op het vlak van zorgkwaliteit en veiligheid;
 - Planetree international.
- De recente opkomst van denken en handelen vanuit “public mental health-benadering” binnen de geestelijke gezondheidszorg (Bruffaerts, 2021).

Wat ik vooral opmerk gedurende dit traject is de “zoektocht”, veel breder dan mijn persoonlijke zoektocht. Een brede maatschappelijk zoektocht rond wat kwaliteit van zorg voor de patiënt² (en breder) inhoudt, en hoe een organisatie / netwerk daartoe zijn kwaliteitsbeleid dient vorm te geven. Het is duidelijk erg contextueel – gebonden met diverse betrokken stakeholders.

Cruciaal daarbij is dat het niet vanzelfsprekend is om de causaliteit aan te tonen tussen de kwaliteit van zorg voor de “hulpvrager” en het kwaliteitsbeleid van een organisatie, zelf niet in recente tijden van het zogenoemde “evidence based werken”... (o.a. Jim van Os, 2022).

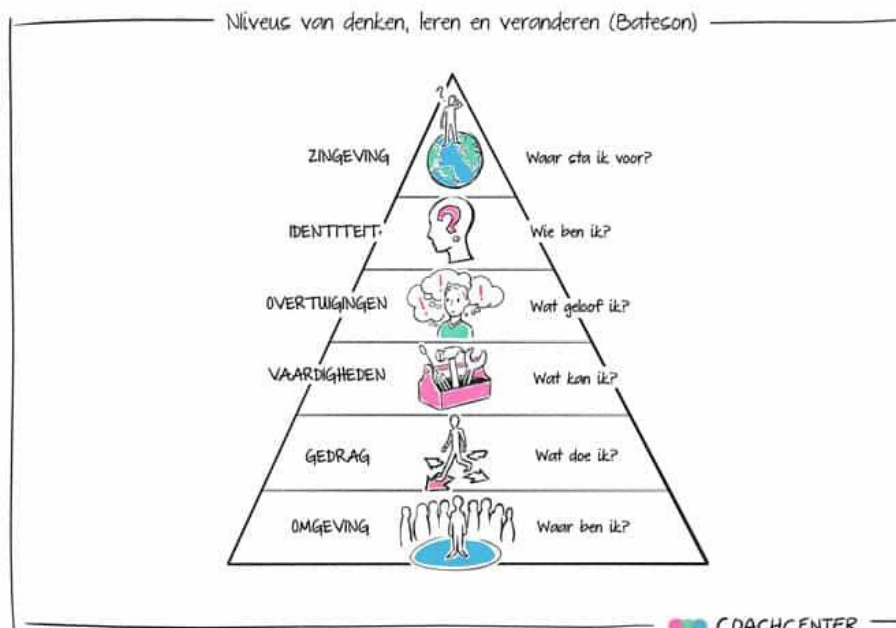
Zo verwoordde Joris Vandenberghe recent op een studiedag (30.11.2022) nog:

“Er is erg weinig evidentie die aantoont dat accreditering een positieve impact heeft gehad op de kwaliteit van zorg”, zeker niet op de relationele dimensie van zorg” (Joris Vandenberghe, 2022)

Mijn persoonlijke overtuiging op kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg is gedurende de voorbije jaren sterk geëvolueerd. Ik merk evenwel dat dit betrekking heeft op diverse samenhangende domeinen: mijn visie op veranderkunde, mijn visie op organisatiekunde en mijn klinische visie op kwaliteit van behandeling. Als ik kijk naar de piramide van

² We gebruiken de term “patiënt” vooral omwille van de leesbaarheid. Deze term staat evenwel voor synoniem voor andere termen als “deelnemer, bewoner, cliënt, persoon met psychische kwetsbaarheid, ...”. Het is vooral een mede - mens. Omwille van dezelfde redenen gebruiken we het persoonlijk voornaamwoord “hij” ...

veranderingen van Bateson, dan merk ik vooral dan mijn “overtuigingen” gewijzigd zijn, niet zozeer mijn identiteit of zingeving.



In mijn persoonlijke conclusie (hoofdstuk 6) zal ik dit verder uitwerken, toetsend aan het SF-inspiratiekader.

Tot slot, bovenstaande evoluties zijn natuurlijk context-afhankelijk, en zijn ook mee beïnvloed door persoonlijke ervaringen binnen de privésfeer, zowel in het rechtstreeks contact met de gezondheids- en welzijnszorg maar dan als betrokken mantelzorger, partner en ouder van twee zonen en dochter. Als het ware vanuit de positie van de “andere kant”, de “overkant”.

1.3 Bethanië geestelijke gezondheidszorg: een introductie

Actueel is Bethanië geestelijke gezondheidszorg, gelegen in de Antwerpse Kempen mijn inspirerende en erg beïnvloedende werkcontext.

Bethanië geestelijke gezondheidszorg is een intern netwerk bestaande uit volgende (sub)organisaties, die zich richten op (jong)volwassenen en ouderen (<https://www.bethanie-emmaus.be>)

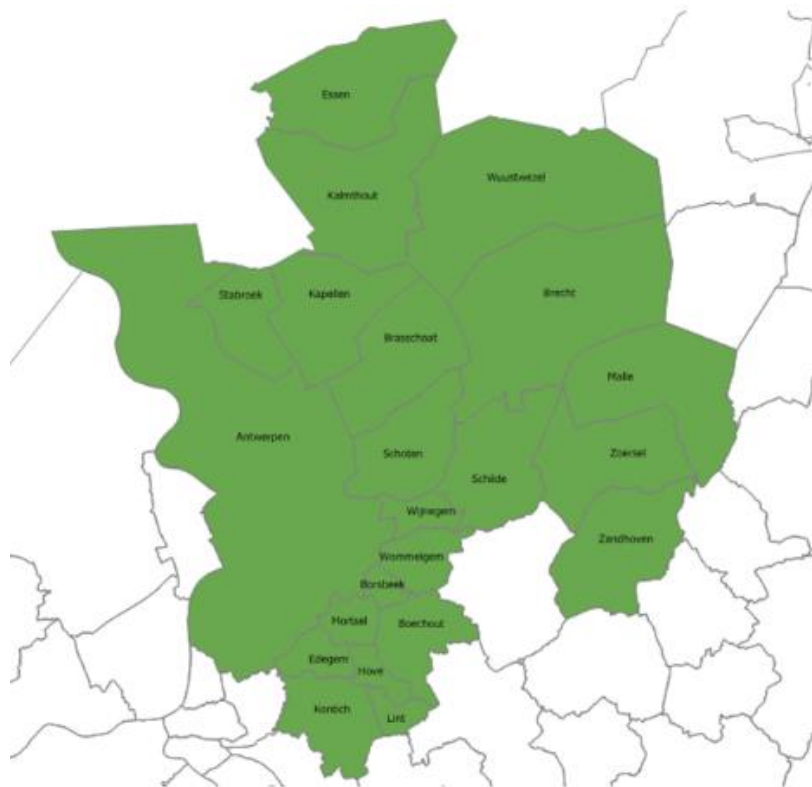
- Een uitgebreid psychiatrisch ziekenhuis met diverse afdelingen en zorgprogramma's:
 - Met een supra-regionaal aanbod:*
 - Moeder baby eenheid
 - Afdeling voor personen met een verstandelijke beperking
 - Afdeling voor personen met een Niet aangeboren Hersenletsel
 - Intensieve behandel eenheid

Met een regionaal aanbod:

- Ouderen
- Afdelingen voor personen met een stemming en persoonlijkheidsproblematiek
- Afdelingen voor personen met een psychotische kwetsbaarheid
- Afdelingen voor acute zorg en opname
- Afdelingen binnen de langdurige zorg
- Mobiel team Kompaan (langdurende zorg) en Mobiel team Het Veer (crisis), diverse outreach-activiteiten bij specifieke doelgroepen (NAH, ouderen, psychose, verstandelijke beperking, moeder baby)
- Een psychiatrisch verzorgingstehuis, De Landhuizen
- Een initiatief beschut wonen, De Sprong
- Diverse ontmoetingshuizen in de regio (Oa. in Brasschaat, Zoersel, Kalmthout)
- Een therapeutische gemeenschap De Evenaar te Antwerpen
- Een Psychosociaal revalidatiecentrum Keerkring op twee locaties (Schilde en Antwerpen) met arbeidscoaching

Een organisatie die deel uitmaakt van het netwerk geestelijke gezondheidszorg SaRA (www.netwerksara.be). SaRA richt zich tot alle (jong-)volwassenen en ouderen vanaf de leeftijd van 16 j binnen onderstaande zeven eerstelijnszones:

- Noorderkempen: Brasschaat, Essen, Kalmthout, Kapellen, Wuustwezel
- Voorkempen: Brecht, Malle, Zoersel, Schilde, Wijnegem, Zandhoven
- Noord Antwerpen: 2170 Merksem, 2030 Antwerpen-Luchtbal, 180 Ekeren, 2040 Berendrecht-Zandvliet-Lilo, 2900 Schoten, 2940 Stabroek
- Antwerpen Oost: 2100 Deurne-Antwerpen, 2140 Borgerhout-Antwerpen, Wommelgem
- Antwerpen Centrum: 2000 Antwerpen, 2018 Antwerpen, 2060 Antwerpen, 2600 Berchem-Antwerpen, 2050 Linkeroever-Antwerpen
- Antwerpen Zuid: 2020 Antwerpen, 2660 Hoboken-Antwerpen, 2610 Wilrijk-Antwerpen
- Zuid Oost Rand Antwerpen (ZORA): Mortsel, Boechout, Edegem, Hove, Kontich, Lint, Borsbeek



Bethanië richt zich betreffende de basiszorg vooral op de ELZ van Voorkempen, Noorderkempen en Noord Antwerpen.

De hoofdcampus bevindt zich in Zoersel, een kleine campus van het psychiatrische ziekenhuis bevindt zich in Kapellen (ELIM, centrum voor psychotherapie).

Bethanië bestaat bijna 100 jaar (feestjaar in 2024), en heeft een sterke traditie in inclusieve en humane zorg voor mensen met een EPA – problematiek en dit vanuit diverse ondersteuningsvormen. Diverse therapeutische behandelvisies (ook systeem en gedragstherapeutisch) zijn aanwezig in het ziekenhuis, het psycho-analytisch denkkader en de institutionele psychotherapie zijn toch eerder de onderstroom binnen het geheel, zij het toegepast op diverse werkwijze. Ook is er de voorbije jaren erg sterk geïnvesteerd in de lichaamsgerichte benadering (non-verbale therapie)

We trachten “tijd” te geven aan mensen om hen te ondersteunen en te behandelen.

Er is een intense samenwerking met het AZ Voorkempen, zeker wat betreft de organisatie van de indirecte zorg (keuken, technische dienst, aankoop, apotheek, ...). Het AZ is o.a. ontstaan uit de hulpvragen vanuit de psychiatrie o.a. anesthesie, heilkunde en materniteit als eerste somatische diensten.

Bethanië maakt deel uit van de intersectorale zorggroep Emmaüs vzw (waaronder de zorg voor personen met een handicap, algemene ziekenhuizen, kind-en jeugdzorg, kinderopvang).

In 2018 hebben we binnen deze organisatie beslist om niet in een accrediteringstraject te stappen, doch een eigen inhoudelijk traject vorm te geven in het kwaliteitsbeleid. Dit wordt verder beschreven in hoofdstuk 3.

2 Inhoudelijk duiding kwaliteitsbeleid

2.1 Wat is kwaliteit? Een evolutief begrip.

In het decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen van 29 april 1997 wordt kwaliteit beschreven als “het geheel van eigenschappen en kenmerken van de hulp -en dienstverlening die van belang zijn voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften” (...) De achterliggende redenering van het kwaliteitsdecreet was als volgt: een kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening wordt bepaald door de factoren die deze dienstverlening uitmaken, o.a. opgeleid personeel, aangepaste werkmethoden, middelen en infrastructuur, een gedragen visie ... Kortom de voorwaarden situeren zich op het niveau van het interne bestuur of de interne organisatie (Brandt, 2000, p.13-14)

In het advies over kwaliteit in zorg en ondersteuning van de Vlaamse Raad WVG (juni 2021) lezen we het volgende omtrent de brede visie op kwaliteit van zorg en ondersteuning. Zorg en ondersteuning moeten steeds maatschappelijk verantwoord zijn. Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning is tegelijk kwaliteitsvol, performant, sociaal rechtvaardig, relevant en toegankelijk. Veel internationale omschrijvingen van “kwaliteitsvolle zorg bevatten ook deze uitgangspunten. Ze sluiten aan bij het quintuple aim raamwerk van het Institute of Healthcare Improvement. In 2007 introduceerde het Institute of Healthcare Improvement de Triple aim, een concept van verbeterde patiëntervaring, betere resultaten en lagere kosten als sleutel tot transformatie van de gezondheidszorg. Het model legt de link tussen de kwaliteit van de gezondheidszorg en de economische groei. Momenteel is dit model uitgebouwd tot quintuple Aim, waarbij de arbeidstevredenheid van het personeel en de sociale rechtvaardigheid en inclusie als vierde en vijfde pijler worden meegenomen. VIVEL, het Vlaamse Instituut voor de Eerstelijnszorg, hanteert het als toetssteen voor de strategisch beslissingen.

Onderstaande figuur geeft de diverse pijlers weer, met de vertaling naar strategische keuzes.

Quintuple aim: onze focus ... met impact

1. Verbeteren van de zorg
2. Verbeteren van de gezondheidstoestand
3. Meerwaarde voor de professionals
4. Sociale rechtvaardigheid en inclusie
5. Realiseren van 'meer'waarde



De diverse pijlers hebben duidelijke link met de criteria van het nieuwe decreet voor de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en gezin.

Dit Vlaamse decreet (opvolger van decreet van 2003, actueel in de goedkeuringsfase) creëert een erg algemeen kader van de manier waarop aan kwaliteit van zorg wordt gewerkt in het hele beleidsdomein. De belangrijkste principes worden vastgelegd, naast de verantwoordelijkheden van voorzieningen en overheid. Een centraal instrument vormt het belanghebbendenoverleg. In dit overleg geven administratie, voorzieningen, zorggebruikers en andere belanghebbenden vorm aan kwaliteitsindicatoren, kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitskader, voor de door de Vlaamse Regering vastgelegde kwaliteitsthema's. Men geeft op die wijze flexibel te kunnen inzetten op nieuwe evoluties en noden binnen zorg en welzijn. Een jaarlijkse evaluatie in het Vlaams Parlement wordt voorzien. Het ontwerpdecreet plaatst de participatie van de zorggebruiker, het samen formuleren van doelstellingen en de transparantie van de kwaliteit van zorg en het hele proces daartoe centraal. Zorg moet maatschappelijk verantwoord zijn, en moet naast kwaliteitsvol, ook performant, sociaal rechtvaardig, relevant en toegankelijk zijn. In artikel 4 van het ontwerpdecreet lezen we: (...) "De voorziening hanteert de nodige kwaliteitsinstrumenten-en indicatoren, als onderdeel van een impactgericht kwaliteitssysteem, met het oog op het realiseren van kwaliteit van zorg. De voorziening hanteert daarbij onder meer ervaringsmetingen bij de zorggebruikers. Een voorziening kan zich daarbij laten adviseren of certificeren door een externe organisatie (...)".

Als we de definitie van kwaliteitszorg vanuit een medisch denken beschrijven dan vertrekken we vanuit een definitie van het Institute of Medicine (IOM): "de mate waarin gezondheidszorg voor individu en voor de bevolking de kansen verhoogt om de gewenste

gezondheidsresultaten te verkrijgen en de mate waarin die consistent zijn met de huidige professionele kennis” Een handvol analytische kaders voor kwaliteitsbeoordeling hebben geleid tot maatregelen & ontwikkelingsinitiatieven in de publieke en private sector. Een van de meest invloedrijke is het raamwerk van het IOM, dat de volgende zes doelstellingen voor het gezondheidszorgsysteem omvat.

- **Veilig:** Voorkomen van schade aan patiënten door de zorg die bedoeld is om hen te helpen.
- **Effectief:** diensten verlenen op basis van wetenschappelijke kennis aan iedereen die er baat bij zou kunnen hebben en afzien van het verlenen van diensten aan degenen die daar waarschijnlijk niet van zullen profiteren (respectievelijk ondergebruik en misbruik vermijden).
- **Patiëntgericht - persoonsgerichtheid:** zorg bieden die respectvol is voor en reageert op de voorkeuren, behoeften en waarden van de individuele patiënt en ervoor zorgt dat de waarden van de patiënt leidend zijn bij alle klinische beslissingen.
- **Tijdig:** wachttijden en soms schadelijke vertragingen verminderen voor zowel degenen die zorg ontvangen als degenen die zorg verlenen.
- **Efficiënt:** verspilling vermijden, inclusief verspilling van apparatuur, benodigdheden, ideeën en energie.
- **Billijk – toegankelijke zorg:** zorg bieden die niet in kwaliteit varieert vanwege persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, geografische locatie en sociaaleconomische status.

Recent wordt dit ook aangevuld met volgende twee kenmerken:

- **Continu:** samenhang tussen de episodes is verzekerd.
- **Geïntegreerde zorg:** wordt verleend in onderling afgestemde samenhang tussen zorgverstrekkers

Tussen deze dimensies dient een evenwicht nagestreefd te worden. In acute setting van een algemeen ziekenhuis wordt er erg veel belang gehecht aan het aspect “veiligheid”.

In de geestelijke gezondheidszorg kan de focus méér liggen op de persoonsgerichtheid. De dimensie patiëntgericht wordt veranderd in de dimensie persoonsgerichtheid om te benadrukken dat met de hele persoon en zijn onmiddellijke omgeving rekening dient gehouden te worden, en niet enkel in functie van de pathologie.

De voormalige voorzitter van het IHI stelt zelfs onomwonden:

“Person-centredness is not just one the dimensions of health care quality, it is the doorway to all qualities” (Don Berwick)

2.2 Kwaliteitsbeleid in de Vlaamse praktijk van de gezondheidszorg

2.2.1 Tot 2020 ...

Sinds de invoering van het kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 is er een evolutie geweest in de kwaliteitszorg binnen de zorg en welzijnsvoorzieningen. Het decreet verplicht de voorzieningen nog steeds een kwaliteitsplanning op te maken en een kwaliteitshandboek jaarlijks te actualiseren. Binnen de voorzieningen (vooral de ziekenhuizen en de grote organisaties) is de intrinsieke motivatie om aan kwaliteit te werken toegenomen. Naast het overheidstoezicht (via het Vlaamse Agentschap zorginspectie) kwam er plaats voor externe evaluatie (werken met indicatoren en accreditering/certificering) en worden de bekomen kwantitatieve resultaten publiek transparant gemaakt (www.zorgkwaliteit.be³)

De overheid ontwikkelde een handhavingsbeleid om de minimale kwaliteit van zorg af te kunnen dwingen (visietekst ZNI, 2019).

Dit leidde tot een driepijler model eind de jaren 2019 in Vlaanderen:

1. De keuze voor het eigen kwaliteitsbeleid door een voorziening (inclusief de keuze voor accreditering);
2. Toezicht door de overheid (controle en handhaving)
3. Vlaams indicatoren project ... geëvolueerd naar het Vlaamse Instituut voor kwaliteitszorg (VIKZ) voor de eerste lijn, algemene ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg

Het federaal meerjarencontract kwaliteit en patiëntveiligheid, oorspronkelijk vooral met focus op veiligheidscultuur en veiligheidsmanagementsysteem, omvat potentieel elementen van elk van de drie pijlers.

Dit driepijler model heeft zich vooral afgespeeld in de algemene ziekenhuizen, met evenwel zijn effecten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze effecten zijn vooral te verklaren door het wetgevend kader van het ziekenhuismodel (psychiatrische *ziekenhuizen*), de invloed van de werkgeverskoepel (Zorgnet-Icuro omvat algemene ziekenhuizen, woonzorgcentra en de geestelijke gezondheidszorg) en het gegeven dat psychiatrische dienstverlening vaak onder een algemeen ziekenhuisbestuur valt (o.a. UPC Kortenbergh, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen).

Accreditatie

Binnen de algemene ziekenhuizen is in de tweede helft van 2010 – 2020 fel ingezet op diverse accrediteringsystemen. De benadering van zorg als een product, zorg als een geheel van meetbare, beheersbare activiteiten, ondersteund door gestandaardiseerde methoden en technieken, kwam sterk op de voorgrond. De nadruk kwam te liggen op veilige zorg. Er is niet voor niets vaak sprake van Quality en Safety. Dit denken sluit erg sterk bij de evoluties in

³ De data op deze website zijn erg moeilijk interpreteerbaar, zeker zonder contextduiding, én zeker voor het breder publiek. Het publiceren van deze data als finaliteit houdt zelf ernstige risico's in: "cherry picking", toename exclusiviteit binnen het opnamebeleid.

productiesector, waar de focus op de marktwerking, het managementsdenken, kwaliteitscontrole en efficiëntieverhoging erg belangrijk is. Het vertrekt vanuit een maak – beheersbaarheidslogica. De sector geestelijke gezondheidszorg, vaak aanleunende bij de evoluties van de algemene ziekenhuizen, wordt hierdoor sterk beïnvloed.

Diverse kwaliteitssystemen zijn geïmplementeerd in de algemene ziekenhuizen, vooral het Amerikaanse Joint Commission International (JCI), als het Nederlands Instituut in de zorg (NIAZ) systeem. De meeste ziekenhuizen lopen twee accreditatietrajecten. Externe auditors begeleiden het proces en geven het kwaliteitslabel, wat als externe public relations wordt gehanteerd ... tot in de media toe.

In deze periode wordt er binnen de Psychiatrische ziekenhuizen erg weifelend gestart met accreditering, toch bij minstens de helft van de ziekenhuizen. Sommige PZ halen een deelcertificaat, anderen startten het proces op

ZNI schrijft in 2019: "(...) Een vijftal psychiatrische ziekenhuizen behaalden een accreditatie en nog een kleine 20 PZ zijn bezig met een accreditatietraject. Door een kleinere groep van psychiatrische ziekenhuizen en bijna alle andere type GGZ-voorzieningen wordt er niet geaccrediteerd. Voornaamste argumenten hiervoor zijn dat dit onvoldoende beantwoordt aan de specificiteit van de sector, te veel nadruk legt op veilige zorg maar amper aandacht heeft voor het herstel en persoonsgerichte karakter binnen de zorg (...).

Indicatoren

In de algemene ziekenhuizen is het Vlaamse indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) gestart in 2011. Samen met heel wat experten, werden een aantal indicatorensets samengesteld. Dit betrof voornamelijk proces-en outcome indicatoren.

Sedert 2016 sloten de GGZ – voorzieningen zich aan bij het werken met indicatoren. Verschillende indicatoren zijn ontwikkeld en gepubliceerd. Enkele voorbeelden: Vlaamse Patiëntenpeiling GG, implementatie van het suïcidepreventiebeleid, volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift en inschakelen van ervaringsdeskundigheid. Het gaat vooral over procesindicatoren.

Toezicht door de overheid

Binnen de algemene ziekenhuizen kregen de geaccrediteerde ziekenhuizen een vrijstelling van systeemtoezicht door Zorginspectie. De federale overheid speelt ook nog steeds een rol in het kwaliteitsbeleid (en zorgt voor een deel financiering) De nadruk ligt vooral op patiëntveiligheidscultuurmeting, de implementatie van een veiligheidsmanagementsysteem en ondersteunende workshops rond incidentanalyse. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen is dit meerjarenplan verruimd naar netwerken en thematische analyses (o.a. suicide, afzondering, ...)

In de sector van de psychiatrische ziekenhuizen stemde de Vlaamse overheid haar toezichtsbeleid niet af op een eventuele accreditatie. Sinds 2018 werkt zorginspectie aan de ontwikkeling van (deel)voorzienings specifieke referentiekaders (PZ, PVT, ...) en thematische referentiekaders (o.a. vrijheidsbeperkende maatregelen, suicidebeleid, ...)

2.2.2 Vanaf 2021

Accreditatie

De euforie rond de accrediteringstrajecten binnen de algemene ziekenhuizen is achter de rug. Een belangrijk deel van de AZ heeft geen nieuwe accrediteringsgolf opgestart. Ook internationaal komen er méér stemmen op die zeggen dat méérwaarde van (opéénvolgende) accrediteringstrajecten minimaal is.

Actueel is er binnen de leerstoel “hospital for the future” (De Ridder D. & Van Haecht K., 2021) een nieuw beleidsinstrument ontwikkeld, in eerste instantie voor de algemene ziekenhuizen. Het nieuwe modum, FlaQum genoemd bestaat uit een beleids-, visie- en co-creatiemodel rond kwaliteit van zorg.

Ze pogen een antwoord te bieden op de vraag: Wat hebben we nodig om tot een duurzame Q van zorg te komen in Vlaamse zorgorganisaties? Deze vraag wordt beantwoord door de introductie van drie modellen:

- 1) Een beleidsmodel: helpt keuzes te maken in transparantie en maatschappelijke verantwoording. Daarbij worden externe partners gevraagd om te helpen dit te toetsen en te kijken of dit verankerd is in heel de organisatie;
- 2) Een visiemodel: helpt om een koers te kiezen waarop ingezet zal worden en die past binnen de organisatie. Hierbij wordt niet enkel rekening gehouden met de patiënt (externe klant) en zijn naaste omgeving, maar ook met de eigen medewerkers (interne klant);
- 3) Een co-creatiemodel: hoe gaan we de visie op beleid inbouwen in eigen organisatie via drivers, bouwstenen en actievelden. Hoe trajecten uitbouwen in eigen organisatie of samen met partnerorganisaties?

We krijgen recent een meer divers beeld van eigen keuzes binnen de algemene ziekenhuizen:

- Een belangrijk aantal ziekenhuizen overweegt de implementatie van bovenstaand model;
- Sommige algemene ziekenhuizen maken de keuze voor een derde accrediteringscyclus (bvb. AZ Jessa ziekenhuis). NIAZ is ondertussen omgevormd tot Qualicor Europe. Zij staan voor kwaliteit (Quali) met het hart (cor) in de zorg.
- Enkele algemene ziekenhuizen piloteren met een alternatief denken (bv. AZ st. Maarten Mechelen)

Parallel met bovenstaande evolutie verwoordt Joris Vandenberghe volgende evoluties die invloed hebben op het kwaliteitsdenken anno 2022, in het bijzonder binnen de algemene ziekenhuizen, doch ook ruimer binnen de “gezondheidszorg”:

- Nadruk op (hyper)specialisatie in de gezondheidszorg: de pathologie centraal;
- Opkomst van het netwerk-denken als continuïteit van zorg;
- Toename focus evidence based behandelen en behandelprotocollen;
- Het “meten is weten” adagio;
- Toename van juridisering in de zorg;
- Samenleving (bij monde van de “vierde macht”) die telkens méér verantwoording vraagt, die méér ijvert voor externe kwaliteitscontrole en transparantie. Het gevolg is dat de overheid zich anders verhoudt tegenover het “gesubsidieerde middenveld”;
- De individualisering binnen de maatschappij, de nadruk op veiligheid (en dus angst)

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen zijn er actueel een dertiental PZ bezig met een accrediteringsproject af te ronden en/of met het behalen van een globale of deelaccreditatie. Het gaat hoofdzakelijk over Qualicor Europe. Recent, op een thematische permanente werkgroep PZ en PAAZ (binnen de werkgeverskoepel van Zorgnet-Icuro, 2023.03.24), waar uitwisseling omtrent het thema kwaliteitsbeleid (vanuit de eigen keuze als voorziening) op de agenda stond, viel op dat bij een belangrijk deel van de organisaties, het thema kwaliteitsbeleid steeds meer werd gekoppeld aan de integratie binnen het “algemeen en strategisch beleid binnen de organisatie (zie hoofdstuk 4.)

En dit eerder onafhankelijk van de keuze voor accreditering.

Enkele psychiatrische ziekenhuizen houden actueel de “boot af” om een principiële keuze rond een extern kwaliteitssysteem. Andere PZ, waaronder Bethanië kiezen resoluut voor de ontwikkeling en implementatie van een eigen kwaliteitsproces. Bethanië ontwikkelt dit samen met UPC Duffel, PZ St. Hiëronymus (Sint-Niklaas) en PZ Sleidinge. Tegelijkertijd wordt er binnen Bethanië gewerkt aan een intersectoraal kwaliteit model in intense samenwerking met jeugdzorg Emmaüs. Dit impulsproject, onder de vleugels van Emmaus vzw, situeren we verder in onze uitgangspunten.

Toezicht door de overheid

De Vlaamse overheid ontwikkelt vanuit bovenstaande tendensen diverse instrumenten die vertrekken vanuit deze logica. Een logica die hoofdzakelijk gekenmerkt wordt door wantrouwen, beheersen en controle, standaardisatie en voorspelbaarheid, meten en transparantie en veiligheid. De diverse, actueel vooral thematische referentiekaders, die gehanteerd worden bij een thematische inspectie (of bij een klacht), leiden tot een rapport waarin vooral scores worden gegeven op wat er “neergeschreven is in documenten”.

Voorbeelden van deze thematische referentiekaders zijn o.a. suïcidepreventiebeleid, vrijheids-beperkende maatregelen. Andere thema's worden voorbereid, o.a. referentiekader context.

Het afvinken van zorgactiviteiten (bvb. Inschatting van suïcide bij een opname of bij een transfer) wordt als de norm beschouwd. Niet de kwaliteit van het gesprek of de eventuele noodzaak en doordachte inschatting van de zinvolheid van dit gesprek in deze particuliere situatie.

Deze referentiekaders zijn vaak geïnspireerd op multidisciplinaire richtlijnen, waarin de "ideale zorg" staat beschreven. Multidisciplinaire richtlijnen (MDR) zijn vaak inhoudelijk erg inspirerend zijn en ontwikkeld door participatie van onderzoek, praktijk, ervaringsdeskundigen en overheid ... De randvoorwaarden voor de uitvoering ervan MDR, zijn evenwel nooit vervuld in de praktijk.

Indicatoren vanuit het Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg (VIKZ)

Het VIKZ is actueel bezig, in overleg met vertegenwoordigers uit de sector, om indicatoren te ontwikkelen en te meten. Hun opdracht wordt vastgelegd vanuit een beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid. Het VIKZ creëert, piloteert en implementeert meetbare indicatoren vanuit een helder (evidence based medicine) en strikt protocol. Het finale doel is om te komen tot indicatoren die kunnen gebenchmarkt kunnen worden, en waarvan de resultaten de toets doorstaan van een publieke rapportage. Men wil evolueren tot een minimale set van indicatoren voor de ganse sector (website: zorg.kwaliteit.be) Het Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg is een onafhankelijke vzw, ondersteund door de Vlaamse overheid. Het VIKZ heeft als doel om de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in die sectoren die een overeenkomst hebben met het instituut hebben, transparant te maken en te verbeteren, teneinde het Vlaams kwaliteitsbeleid in de zorg verder te ontwikkelen. Ze baseren zich hiervoor ook op het advies van de Hoge Gezondheidsraad (9204, 2016): Kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg.

Actuele voorbeelden zijn: Vlaamse patiënten peiling, suïcidepreventiebeleid, het gebruik van benzodiazepines, ...

2.3 Posing tot synthese

Onderstaande figuur geeft een mooie synthese van de actuele situatie en inhoudelijke spanning rond het kwaliteitsbeleid binnen de (geestelijke) gezondheidszorg anno 2023 in Vlaanderen.

Conclusie

En - én verhaal



Dialogoog, (kritische)
reflectie, afstemming, ...

Veilig
Effectief
Efficiënt
Tijdig
Gelijkwaardig
Patiënt centraal
Continu
Geïntegreerd



Checken systeemwereld,
procedures, protocollen,
handleiding, ...



20

Het spanningsveld situeert zich als het ware tussen de systeemwereld (“lantaarnpaal”, beheren en controleren, overheid en “management”) en de leefwereld (“kampvuur”, ontwikkelen, klinische praktijk) ...

Bij deze tekening (Karen De Vuyst, 2022) wil ik enkele vragen stellen:

- Wat staat centraal in de geestelijke gezondheidszorg: de systeemwereld (bvb. Evidence Based Medicine protocol voor indicatoren, instrumenten) of de leefwereld (bvb. een particuliere reflectie) ?
- Is een én/én verhaal überhaupt haalbaar voor de hulpverleners, de combinatie van “beheren” en “ontwikkelen en creativiteit”?
Bestaat er een tussenweg tussen reflexiviteit en standaardisering (Esther van Loon, 2015)? Is dit wel “mentaal haalbaar” voor hulpverleners?
- Moeten we als klinische sector met een sterk doorgedreven professionaliteit hiertussen kiezen in ons eigen kwaliteitsbeleid, wetende dat de overheid actueel sterk inzet op checken en beheren? En allicht in het toekomstig kwaliteitsbeleid nog méér ...
- “Zijn richtlijnen nog ondersteunend in de praktijk? “. Zoals beschreven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Jako, S. e.a., 2022). Vooral de omvang van de richtlijnen, het aantal en de quasi vertaling als een “protocol” dienen kritisch benaderd te worden.

Hebben kwaliteitssystemen effectief impact op de kwaliteit van de klinische praktijk?

Zowel Joris Van den Berghe (2022) als Van Geffen, e.a. uit Nederland (proefschrift in 2020, Tijdschrift voor Psychiatrie) bevestigen dat er weinig tot geen impact kan aangetoond worden. “De huidige inzet van kwaliteitssystemen is erg inefficiënt. Er is een gebrek aan een gezamenlijke

definitie van kwaliteit en kwaliteitsinformatie uit de systemen halen is complex. Dit maakt sturing op de kwaliteit van zorg lastig. Daarnaast “speekt” er veel wantrouwen jegens de sector, waardoor systemen eerder worden ingezet voor controle dan voor kwaliteitsverbetering (TvP 62, 2020, p.888)”

- Is er geen dan géén nood aan verantwoording en toezicht van buiten af ?
Zoals Wouter Hart schrijft: “De wereld zit nu eenmaal niet vol met allen welwillende en kundige mensen” (2018). Hij suggereert zeven principes om te komen tot een zinvol toezicht en verantwoorden, anders dan met regels en kwantitatieve data:
 - Prik de illusie van het zeker weten door;
 - Richt je op de bedoeling, niet puur op het systeem;
 - Ga op zoek naar het verhaal;
 - Om te weten moet je ook iets meten;
 - Verdiep je in de praktijk;
 - Toets het toetsend vermogen;
 - Maak het verschil.

(Hart, 2018).

Zeker belangrijke invalshoeken om het eigen kwaliteitsproces verder zichtbaar te krijgen.

Op een recente studiedag (september 2022) vanuit vzw Psyche gaf Chantal van Oudenhove nog enkele belangrijke uitdagingen voor het (kwaliteits)beleid voor de sector naar 2030:

- Toegankelijke zorg en aanvaardbare zorg
- Integrale zorg en ondersteuning
- Inclusie en participatie in werk en educatie
- Persoonsgerichte zorg en shared decision making

Laat het duidelijk zijn dat dit terechte uitdagingen zijn die de “(medische) geestelijke gezondheidszorg” overstijgen.

In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de keuzes van het eigen kwaliteitsbeleid binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis en toetsen we dit af op uitgangsprincipes van het Solution Focused denken.

3 Kwaliteitsbeleid in Bethanië geestelijke gezondheidszorg

3.1 Welke positie nemen we in? Bewegingen in Bethanië vanaf 2018 - 2020

Een dubbele beweging heeft zich afgespeeld in deze periode. Enerzijds de keuze om niet te accrediteren vanuit diverse beweegredenen, en de opstart van de zoektocht samen met de andere psychiatrische ziekenhuizen.

Anderzijds de actieve participatie aan een intersectoraal project, mee geïnitieerd door jeugdzorg Antwerpen, om een eigen intersectoraal kwaliteitsmodel te ontwikkelen, met steun van een eigen onderzoeker (dr. Johan Boxstaens) en onder supervisie van Prof. Dr. Stijn Van Heule, Prof. Dr. Wouter Vanderplassche en Prof. Dr. Stijn Vandeveld (Universiteit Gent).

Beide bewegingen sluiten inhoudelijk erg sterk bij elkaar aan. Jeugdzorg Antwerpen heeft in het voorbije decennium een empowerende akademische werkplaats uitgebouwd (zie ook: Hermans K., Van Regenmortel, T.)

Het theoretisch raamwerk van deze academische werkplaats heeft volgende bouwstenen: de brede benadering van evidence based practice, een interactieve wijze van kennisopbouw, en het empowermentparadigma. Het opzet van het driejarig intersectoraal onderzoeksproject is “de uitbouw van een onderbouwd kwaliteitsbeleid, gebaseerd op het kruisen van onderzoeks-, praktijk- en ervaringskennis”

We belichten hieronder de kort de belangrijkste elementen die ons in 2018 belemmerden om in een accrediteringsproces te stappen.

- Zorgvisie

Onze visie op zorg sluit niet helemaal aan bij de uitgangsprincipes die ten grondslag liggen aan accreditering. De achterliggende opvatting over zorg bij accreditering is *zorg als product*: zorg als een geheel van meetbare, beheersbare activiteiten, ondersteund door gestandaardiseerde methoden en technieken.

Vanuit Bethanië kijken we in de eerste plaats naar *zorg als relatie*: zorg die essentieel bepaald wordt door intermenselijke omgang en attitudes.

- Onbedoelde neveneffecten

Vanuit de praktijk in andere psychiatrische ziekenhuizen stellen we vast dat accreditering *onbedoelde neveneffecten* heeft die sterk wegen op de zorg voor patiënten:

- Een accrediteringstraject gaat gepaard met een verschuiving in tijdsbesteding. Clinici ervaren een grote toename in administratie ten koste van tijd voor hun kerntaak, met name het contact met de patiënt.
- Kwaliteitsverbetering in het accrediteringsmodel wordt eenzijdig gekoppeld aan kwaliteitsmeting. Dit maakt dat niet-meetbare, maar essentiële dingen in de zorg voor psychisch kwetsbare mensen (bv. empathie, aandacht, nabijheid) naar de achtergrond verschuiven.

- De nadruk wordt eerder gelegd op het uitvoeren van programma's, procedures en protocollen, waardoor de professionele reflectie mogelijk verdrongen en ondergraven wordt.

- **Weinig evidentie**

Er is op heden *weinig evidentie* (onderzoeksgegevens) over het effect van accreditering op kwaliteit van zorg. De vraag stelt zich of accreditering, en de procedures die ze oplegt, tot betere zorg leidt. Er bestaat overdadige evidentie die het verband aantoont tussen de kwaliteit van de zorgrelatie en de kwaliteit van zorg (zie verder)

- **Kostprijs**

De kostprijs van een accrediteringstraject loopt hoog op. In eerste instantie zijn er de directe kosten die door de accrediterende organisatie worden gefactureerd aan het ziekenhuis. Daarnaast zijn er nog bijkomende investeringen in functie van de accreditering, directe en indirecte personeelskosten.

Daarnaast is er de vraag of een kwalitatieve externe toetsing door een commerciële firma moet gebeuren. Is de externe bril niet beter een bril vanuit de GGZ-sector als we een duurzame verbetering van de kwaliteit van zorg willen bereiken?

3.2 **Uitgangspunten en inspiratiebronnen (met toetsing aan het SF-denken)**

In onderstaande hoofdstuk beschrijven we onze uitgangspunten rond onze visie op kwaliteitsbeleid. De ordening van deze uitgangspunten is gebaseerd op een presentatie die ik gaf op een recente studiedag (dd. 30.11.22) omtrent het alternatief kwaliteitsverhaal te Antwerpen. De uitgangspunten vanuit het intersectoraal kwaliteitsproject worden er mee in geïntegreerd. De samenhang tussen beide projecten is sterk aanwezig.

We trachten per uitgangspunt een beperkte toets in te bouwen met het SF-denken en handelen: de raakvlakken, doch ook de eventuele verschillen. Een belangrijke context-nuancering evenwel. Zoals vermeld bestaat Bethanië uit vele afdelingen die vaak een andere therapeutische visie hebben, het verschil of de gelijkenis zal dus vergroten of verkleinen naargelang de specifieke context van elke resp. afdeling (doelgroep, therapeutische visie, sfeer, ...). Ook het sterk aanwezige analytisch denken kent veel "kleuren en schakeringen" in zijn toepassingen.

1. Wat werkt in begeleiding en therapie?

Enkele citaten uit onze visietekst alternatief kwaliteitsbeleid die refereren naar deze uitgangsvisie:

⁴Kwaliteitsvolle 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 (Thornicroft & Tansella, 2014).

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

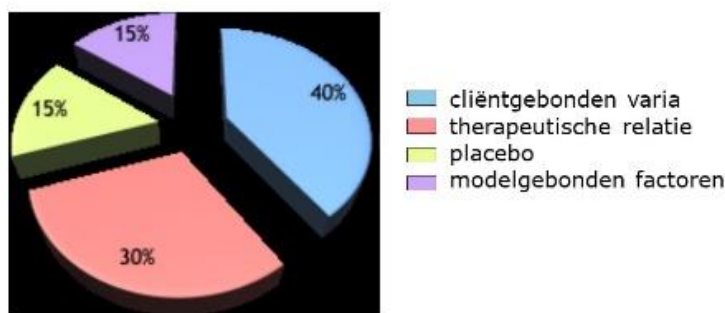
mensen die de band met het leven en

anderen

dreigen te verliezen. Hoe

de zorgverlener zijn kennis en

WAT WERKT IN BEGELEIDING EN THERAPIE?



ervaring inzet, bepaalt het effect. Zorgkwaliteit vraagt dan ook een voortdurende reflectie over de kwaliteit en continuïteit van de zorgrelatie (Van Audenhove & Declercq, 2017).

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 zorg⁵. 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 (Elwyn, Frosh e.a., 2012)

⁴ De tekst in *ITALIC* is telkens overgenomen uit de visietekst opgesteld door de 4 Psychiatrische Ziekenhuizen: "Kwaliteitsbeleid: een alternatief" (2020)

⁵ Dit verwijst naar het concept van "person-centredness". De persoonsgerichtheid trekken wij mogelijk nog iets meer open door onze antropologische benadering binnen het eigen kwaliteitsbeleid. Antropologie verruimt het persoonsgerichte nog meer naar onder andere cultuur (gezien pathologie ook 'reageert' op cultuur).

SF-toets

Bovenstaande invalshoek wordt bevestigd door de onderzoeksresultaten van Michael Lambert die vermeld staan in Barry Duncan & Miller: *The heart and soul of change* (2010) (zie ook bovenstaande dia) Het Brugs model is een metamodel, gericht op de algemene factoren en gestuurd door de cliënten.

Belangrijke componenten van de therapeutische relatie volgens Duncan zijn:

- Empathie, authenticiteit en positieve perspectief
- Een overeenkomst over doelen en verwachtingen
- Overeenkomst over de werkwijze.

Duncan hecht erg veel belang aan de systematische feedback vanuit de cliënt⁶ naar de therapeut mbt de relatie.

In de podcasts van Dirk De Wachter en Dirk Quagebeur (2023) van het “Korzybski House” wordt het belang van een authentieke en vriendelijke grondhouding ook bevestigd, met een hoopvolle ondertoon. De hulpverlener dient vanuit een niet – wetende houding nieuwsgierig met de cliënt om te gaan. De huisarts, Dirk Quagebeur, benadrukt het belang van het erkennend en waarderend spreken naar de patiënten toe. Het werkt statusverhogend en zorgt voor meer transfer.

In het handboek TA (p. 33 – 227) wordt er uitvoerig en concreet beschrijving gegeven van de cliëntgebonden, therapeutgebonden en relatiegebonden factoren die veel invloed hebben op het werkzaam karakter van een therapie.

In de SF-wereld gaat men ervan uit dat elk individu beschikt over autopoëtische krachten, troeven, resources, competenties, ... om met problemen en moeilijke situaties om te gaan. Elk werkt vanuit zijn eigen sterktes. Wat voor de één werkt, werkt niet noodzakelijk voor de ander.

Ook Flückiger, geciteerd in *Psyche en Brein* (2022) geeft aan dat de therapeutische relatie de meest robuuste voorspeller voor succes van een behandeling is die we vandaag kennen. Vaardigheden zoals empathie, warmte, aandacht en veerkracht spelen een rol, maar ook de mate waarin de therapeut op het probleem focust, hoop geeft en de patiënt activeert zijn van belang (o.a. Margaf, Flückiger)

Binnen Bethanië is het psycho - analytisch denken erg aanwezig. Deze therapeutische stroming verschilt in haar denken omtrent “pathologie” t.a.v. het denken binnen het Korzybski Instituut. Mark Solms beschrijft in een recent artikel omtrent de wetenschappelijke status van de psycho-analyse (2018) hoe deze therapeutisch stroom zich onderscheidt van andere

⁶ Duncan ontwikkelde twee eenvoudige vragenlijsten om patiëntenfeedback te structureren, de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS)

Er bestaat voldoende onderzoek dat systematische feedback erg zinvol en noodzakelijk is om de outcome van therapieën te optimaliseren. De therapeut kent immers teveel “blinde vlekken”.

vormen van psychotherapie. “(...) De psychoanalytische techniek richt zich daarom op het volgende:

- Identificatie van de dominante emoties (die bewust worden gevoeld maar niet noodzakelijkerwijs worden herkend als behorend tot het zelf, ...);
- Deze emoties onthullen de betekenis van het symptoom⁷. D.w.z., ze leiden de weg naar de (ineffectieve) geautomatiseerde programma's die aanleiding geven tot de gevoelens;
- De pathogene actieprogramma's kunnen niet direct worden onthouden, juist omdat ze geautomatiseerd (dwz “onbewust”)⁸ zijn. Daarom identificeert de analist ze indirect, door de zicht herhalende gedragspatronen die ervan afgeleid zijn, onder de aandacht te brengen (...) ...Om deze redenen kost psycho - analytische behandeling tijd –dwz talrijke frequente sessie – om het “doorwerken te vergemakkelijken” (2018)

Het verschil met het denken binnen het Korzybski Instituut lijkt enigszins fundamenteel, zeker wat betreft de concrete therapeutische interventies. Er zijn evenwel 85% andere bepalende factoren in de therapeutische alliantie, van méér doorslaggevend belang lijken.

Zoals reeds vermeld bestaan er binnen Bethanië veel nuances en verbredingen t.a.v. dit oorspronkelijke denken. Centraal staat, volgens veel analytici, de positie van het niet – weten als therapeut, de belangrijkste positie, om te kunnen therapeutisch werken. En dit sluit erg sterk aan bij het SF – denken.

Zelfs de oude filosoof Socrates benadrukte zijn kennis van onwetendheid. Daarmee bedoelde hij niet afstand doen van kennis, maar een realistische inschatting van zijn eigen onwetendheid als uitgangspunt voor het streven naar kennis. Degenen die hun onwetendheid hebben erkend, kunnen instructie ontvangen. Een bruggetje naar het tweede uitgangspunt.

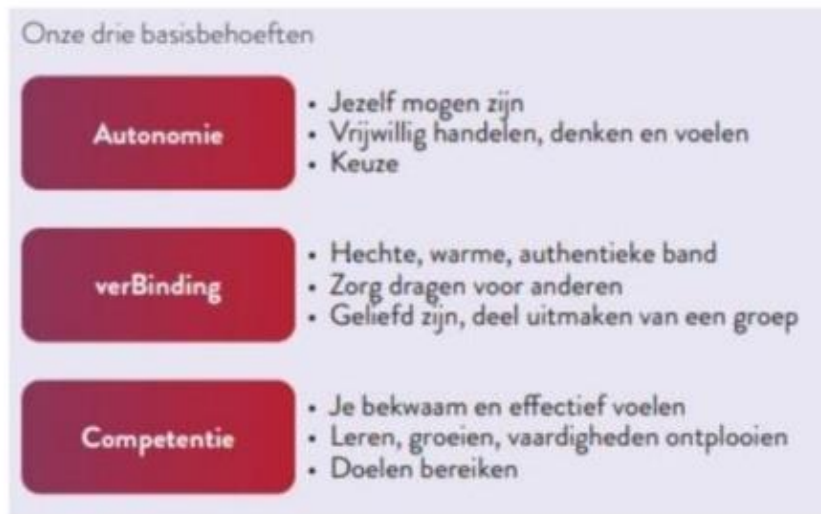
⁷ Binnen het Korzybski – instituut ligt de nadruk minder op het begrijpen van de particuliere geschiedenis van een patiënt (wel erkennen van de last en het lijden), als verklaring voor de actuele symptomen. Focus ligt in het omgaan met, het betekenis geven aan, het veranderen in de richting van een méér gewenste toekomst. De lichaamsgerichte benadering, zeker wat betreffende de trauma-benadering, helpt zeker met het neuro-biologisch “begrijpen” van hoe een traumaverwerking verloopt.

⁸ Dit sluit aan bij de theorie van de gewoonten. De mens, of op z'n minst zijn persoonlijkheid, omschrijven ze als de som van zijn gewoonten. Gewoonten kunnen beschreven worden vanuit de triade logos, pathos en ethos, ingebed in de oikos. Ze kunnen beschreven worden op drie niveaus: het bewuste, het onbewuste en interactionele.

Pathologie ontstaat als het hebben en uitvoeren van gewoonten die ongewenst en niet overeenstemming zijn met de existentiële keuzes van de patiënt en zijn of haar omgeving (TR p.43-44)

2. Wat motiveert mensen?

WAT MOTIVEERT MENSEN?



De zelf-determinatie-theorie sluit aan bij de belangrijkste universele behoeften van de mens. Maarten Van Steenkiste (Vitamines voor groei, 2015) en Erik Franck (2021) hebben op basis van deze inzichten diverse instrumenten (incl. software) en opleidingstools voor individuen, teams en organisatie ontwikkeld (o.a. in functie van coaching en leiderschap). In de virtuele kwaliteitsconferentie “kwaliteit leeft” (oktober 22), verwoordt Erik Franck het als volgt: (...) “First commitment, than compliance ... belang van cultuur en het aan zet zijn als team”.

Ook in Zorgwijzer (108, tijdschrift Zorgnet-icuro, 2023) verwoorden Erik Franck en Kris Van den Broeck in het kader van project “blijf aan Z” het belang van empowerment en bottom-up cultuur om zorgprofessionals aan boord te houden.

Het spreekt voor zich dat in tijden van de “war for talent” en dus schaarste op de arbeidsmarkt dit belangrijk is om kwaliteitsvolle medewerker aan te werven. Ook in een periode dat bovenstaande invalshoek het risico op “morele stress en burnout” lijkt te verminderen, is het erg belangrijk is om medewerkers een werkomgeving aan te bieden waar er vanuit deze behoeften vertrokken wordt.

Dit wordt ook bevestigd in het interne rapport van Reframing studio, uitgewerkt op vraag van Emmaüs vzw, met de “zorgwerkgever van de toekomst” als thema. “(...) De betekenisvolle werkgever van de toekomst is een “zingever” en geeft haar werknemers waardering, autonomie⁹, verbinding en de ruimte om hun competenties zowel in te zetten als ook te ontwikkelen (...)” (p.37 uit het interne rapport)

⁹ De term “autonomie” kent veel betekenissen. We bedoelen hier vooral dat je als persoon de beleving hebt dat je eigen keuzes kan denken, voelen, uitvoeren. Dat je eigen keuzes worden erkend, zonder dat ze telkens door anderen worden gevolgd.

In onze keuze vertrekken we vanuit het geloof in de professionaliteit van de werknemer, mits ondersteund door een expliciete leercultuur (zie ook 3.3. *Wat zijn de bouwstenen van ons kwaliteitssysteem*)

Belangrijk is dat bovenstaande behoeften ook gelden voor onze patiënten, onze medemensen, en dit is dus ook cruciaal over hoe we naar onze patiënten kijken en er samen met handelen. In onze visie – nota beschrijven we het als volgt:

“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” (p.3).

Deze invalshoek sluit sterk aan bij de empowerende gedachte van zowel de herstelbeweging, als in het denken omtrent de “empowerende academische werkplaats” (Jeugdzorg Antwerpen)

SF-toets

Dit uitgangsprincipe sluit sterk aan bij het gedachtengoed van Korzybski Instituut, zij het dat hier de focus ligt op de cliënt – therapeut relatie. Doch wat zich afspeelt binnen de “bubbel” van deze therapeutische relatie, kunnen we echter extrapoleren naar organisaties.

Denken we maar aan volgende premissen en uitgangspunten:

- Het absoluut vertrouwen in de autopoëtische krachten van mensen;

“Een van de meest belangrijke aspecten van Solution Focused Based Training is de (...) aanname dat mensen over veerkracht beschikken (...). Een diep geloof dat de meeste mensen de sterkte, wijsheid en ervaring hebben om verandering te bewerkstellingen” (Steve De Shazer, Yvonne Dolan et al, More Than Miracles. (TA, p.567)

- De kracht van “het zelf keuzes te kunnen maken”;

“Therapists should not try to change clients; clients must decide when and if they are ready for change” (Lipchik, 2002)

“Het doel van de therapie is cliënten te helpen om hun vrijheid van keuze te heroveren, d.w.z.

- Duidelijk maken wat hun existentiële keuzes zijn;
- Die keuzes uitdrukken in gewoonten;
- Hun ongewenste gewoonten te laten vallen;
- In zichzelf resources en de vaardigheden te vinden om dit te verwezenlijken;
- En zo de vrijheid te heroveren om hun leven zo te leven zoals zij het kiezen”.
(TA, p.35)

- De visie van theorie van weerstand en motivatie vanuit het Korzybski - instituut;
¹⁰ Weerstand geeft nuttige informatie aan de hulpverlener; het geeft informatie over de therapeutische alliantie die we wel of niet hebben met de patiënt, of onze interventie afgestemd is op onze relatie.¹¹ “Weerstand is vaak eerder een teken van gezonde assertiviteit van onze cliënt die zich geen bankstel laat opsolferen als hij slechts een stoel wil (...)” (Myriam Le Fevere de Ten Hove, 2013, p.34).

Weerstand is geen bruikbaar begrip. Een uitspraak als “de patiënt wil niet” gaat gepaard met het idee van macht en controle, van een lineaire wijze van denken, waarbij je de oorzaak van weerstand lineair bij de patiënt legt. Het Korzybski – instituut vertrekt vanuit de assumptie dat patiënten bereid zijn om samen te werken, en dat weerstand dus feedback geeft over de samenwerkingsrelatie rond een bepaalde topic.

Motivatie op zich bestaat niet ... Men is altijd gemotiveerd om “iets” te doen, het is erg belangrijk dat dit gedifferentieerd wordt.

“Motivatie” is een actieve handeling, die vaak mee beïnvloed wordt door het wel of niet aansluiten bij de existentiële keuzes van de patiënt (bv. op ambulante therapie komen als cliënt met een alcoholverslaving om je relatie met je vrouw te behouden, niet om te stoppen met drinken) De assumptie is dat er is altijd sprake van samenwerking, dat je als therapeut dient te zoeken naar een afgestemde samenwerking zodat je geen aansluiting en verbinding verliest met de patiënt.

“Bedenk steeds dat niemand ’s morgens opstaat met de gedacht om er eens een boeltje van te maken vandaag. Mensen wensen bij te dragen, succesvol te zijn geaccepteerd te worden en houden er niet van om zichzelf of anderen schade te berokkenen” (Insoo Kim Berg)”

“Our role is to identify useful change and amplify it” (Georges Bateson)

- Het belang van het bewust geven van “aangepaste” complimenten binnen het therapeutische relatie (TA, p.73-87), het belang van indirecte en directe complimenten.

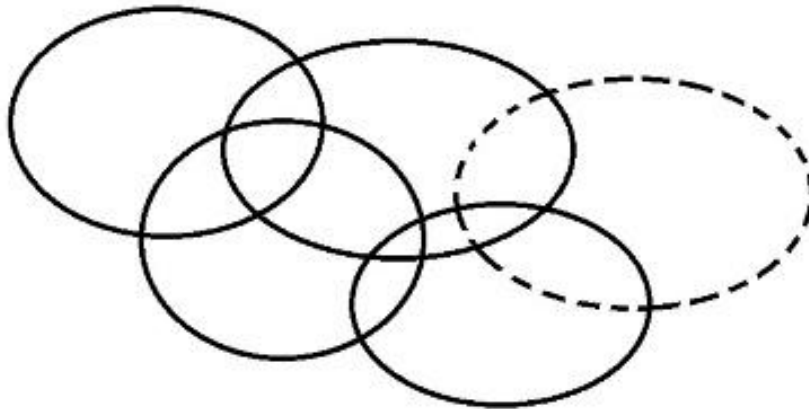
¹⁰ Steven De Shazer formuleert het als volgt: “weerstand bestaat niet”

¹¹ Binnen het Korzybski – instituut maakt men binnen het interventieschema een onderscheid tussen diverse vormen van samenwerkingsrelaties

- de vrijblijvende relatie (geen hulpvraag),
- de zoekende relatie (niet werkbare hulpvraag),
- de consulterende relatie (passende resources) en de expert relatie. Een erg belangrijk werkschema om bewust uw mandaat, mogelijke vragen en interventies aan af te toetsen.

3. Welke kennis telt? Welke waarheid telt?

WELKE KENNIS TELT?



We beschouwen kennis en kunde als een erg gelaagd concept

Niet enkel evidence based kennis, niet enkel evidence based practice kennis, niet enkel de professionele kennis van het team opgeleide medewerkers, niet enkel de multidisciplinaire richtlijnen van een onderzoekscentrum, niet enkel de normen vanuit de overheid, ...

We benaderen ervaringskennis op een positieve wijze, als een vorm van kennis die “gelijkwaardig” is aan de wetenschappelijk onderbouwde, vaak medische kennis.

En we trachten dit vorm te geven op micro- (triade patiënt - hulpverlener - context), meso- (afdeling - zorgprogramma) als macro- niveau (organisatie - netwerk). Uit onze visie-tekst:

Op microniveau hebben we 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 principes¹²: zorg die helpt opnieuw inhoud en richting te geven aan het leven.

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 (Van den Heuvel, 2014). Inbreng vanuit

¹² CHIME-D: Connectiveness, Hope and optimism, Identity, Meaning, Empowerment, Difficulties

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.

We willen verder investeren in 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?*

Dit sluit aan bij de conclusies van het doctoraat van historica Willemijn van der Zwaard (2021) uit Nederland. De Nederlandse verzorgingsstaat streeft ernaar iedere burger een menswaardig bestaan te bieden, maar kille bureaucratie en paternalistisch overheidsoptreden (gebaseerd op een “gemiddelde norm”) liggen voortdurend op de loer. De beste bescherming hiertegen komt van professionals die over de vereiste discretionaire ruimte beschikken (en dus de autonomie krijgt om zich telkens aan te passen aan de particuliere patiënt en zijn context). Hulpverlening aanbieden gebaseerd op de gemiddelde patiënt -die niet bestaat-, is geen gepaste en kwaliteitsvolle hulpverlening.

Op meso- en-macroniveau trachten we de ervaringskennis een fundamentele plaats te geven door een team van ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen. Activiteiten die ze waarnemen zijn o.a. lotgenotencontact, ondersteunende gesprekken met patiënten, het schrijven van het herstelverhalen in herstelwerkgroepen, psycho - educatie, WRAP – werkgroepen, het bevragen van focusgroepen in het kader van het kwaliteitsbeleid (zie verder), het begeleiden van spiegelgesprekken met patiënten, ...

Daarnaast trachten we naast de formele dialoog ruimte te bieden voor een (informele) cultuur van dialoog. Dit sluit ook sterk aan bij Peter Rosseel (2023) die ook pleit voor een cultuur waar tijd en ruimte wordt gecreëerd voor het conceptueel conflict, waar het “inhoudelijk debat” centraal wordt gezet, het waardierend niet – akkoord gaan. Een cultuur waar actief luisteren, kwaliteit van samenwerken, co-creatie, ... wordt gepromoot en gefaciliteerd.

Bovenstaande sluit sterk aan bij het concept van de empowerende academische werkplaats (Van Regenmortel). Globaal kan gesteld worden dat empowerment onderzoek vanuit haar theoretisch basiskader en waardenoriëntatie een integratie kent van evidence based practice, practice based evidence, experience based evidence en value based evidence. Het omarmt bij

deze multidisciplinair en transdisciplinair onderzoek. Rode draden bij empowerment zijn versterkend en verbindend werken aan de hand van een gelijkwaardige participatie van alle stakeholders in de samenleving, beleid, zorg en onderzoek met bijzondere aandacht voor de stem en inbreng van de meest kwetsbare partijen. In het kader van (onderzoek naar) hulpverlening betekent dit dat expliciet stem wordt gegeven aan de professional en aan hun praktijkkennis (veelal impliciete kennis), maar niet in het minst ook gebruik maken van de ervaringskennis die bij cliënten en hun omgeving aanwezig is. Empowerment onderzoek gaat dus uit van drie gelijkwaardige vormen van kennis: wetenschappelijke of theoretische kennis, professionele of praktijkkennis en ervaringskennis. Deze dienen in onderzoek bij elkaar gebracht en met elkaar gekruist te worden.

Ook binnen de kwaliteitsmethodiek van het universitair onderwijs (KUL, COBRA, Pollefey, 2015) wordt er veel belang gehecht aan de dialoog tussen de primaire actoren in het onderwijsproces, zijnde de studenten, de medewerkers, docenten, internationale peers en de resp. afnemers (o.a. bedrijven).

Tot slot in het intersectoraal onderzoeksproject rond kwaliteit van zorg en hulpverlening vormt de dialogische interactie tussen alle stakeholders de basis voor de ontwikkeling van een intersectoraal kwaliteitskader (Boxstaens, 2021).

SF-toets

Bovenstaand denken sluit sterk aan bij het concept van de “not – knowing stance” – de niet-wetende houding van de therapeut - (Anderson & Goolishian, 1992) binnen de micro-omgeving. Elke cliënt is verschillend en het is niet zo dat de therapeut als expert kan weten wat het beste is voor de cliënt. De cliënt (en dus zijn/haar kennis en kunde, “resources”) wordt als de expert beschouwd in de cliëntgestuurde therapie. De therapeut is de expert voor het therapeutisch proces. De cliënt is de expert voor de doelstellingen, keuzes, resources en vaardigheden.

“Change will lead to insight more often than insight will lead to change” (Milton Erickson)

Verschil

Zeker op sommige afdelingen ervaar ik niet dat onderstaande gedachte, geldig vanuit het SF - denken, effectief gedeeld wordt:

“Het oplossingsgericht model is geen teaching model. Het hoeft de “deficits” (problemen, beperkingen van de cliënt niet te remediëren en te kennen). Oplossingen horen onze cliënten toe. Wij helpen een context creëren waarin de cliënten andere keuzes kunnen maken. Dit is de vaardigheid die de therapeut moet zien te verwerven” (TA p.30)

De focus ligt op sommige afdelingen op het erkennen en begrijpen van het problematisch levensverhaal, niet verwonderlijk gezien de analytische onderstroom. De aandacht voor het

contact, de ambiance, de sfeer, de psychologische veiligheid ... is evenwel identiek met de SF-benadering.

4. Welke wereld is ondersteunend voor welke wereld?

WELKE WERELD IS ONDERSTEUNEND VOOR WELKE WERELD?



In ons uitgangsvisie wordt er gekozen voor een duidelijke prioritaire denkrichting. We vertrekken vanuit de “bedoeling” en leggen veel nadruk op het denken en handelen in de leefwereld, zonder evenwel de systeemwereld te ontkennen.

Ik haal enkele citaten uit het boek “Verdraaide organisaties” van Wouter Hart (2012) die voor mij de essentie van deze uitgangsvisie weergeven:

“In ons privéleven hebben we de pijl zogezegd voor het overgrote deel goed staan. Zodra we in organisaties komen sluipt er een soort managementslogica in ons hoofd die voorbijgaat aan het gezonde boerenverstand en aan allerlei natuurwetten die niet te negeren zijn zonder schade te veroorzaken. Het is de uitdaging voor organisaties om primair vanuit de binnen naar buiten gericht pijl te gaan organiseren en zodoende veel beter te presteren tegen veel lagere kosten” (p.35)

“Kenmerken van de pijl van binnenuit, dit leidt naar **méér** (en dus *minder*):

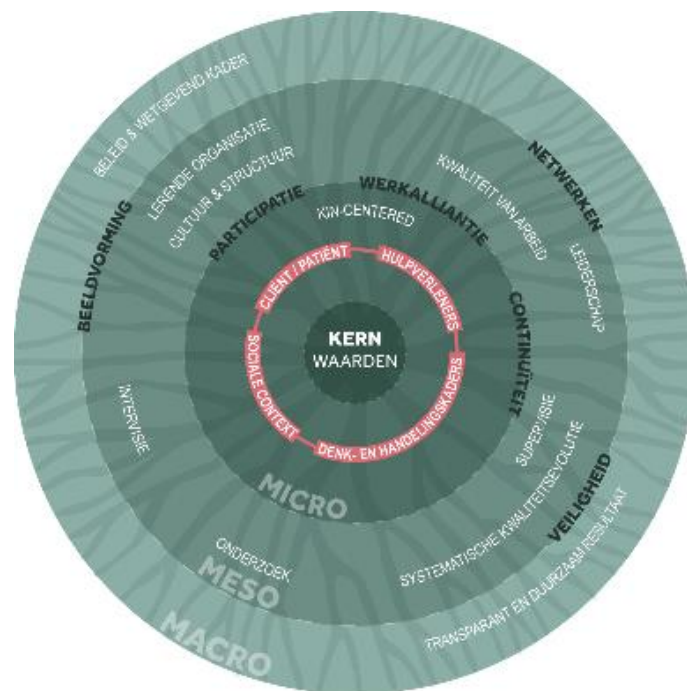
- **Keuzen maken** (*compleet willen zijn*)
- **Kosten –waarde perspectief** (*tijd – geld perspectief*)
- **Variatie** (*standaardisatie*)
- **Uitnodigen** (*afdwingen*)
- **Waarnemen in de leefwereld** (*kaart = gebied*) (p.62)

“In het managementsdenken bestaat de veronderstelling dat als de systeemwereld maar ‘af’ is, de leefwereld zich ernaar gaat gedragen en dat daarmee de klant geholpen is en dus op de juiste manier aan de bedoeling wordt gewerkt. Zo werkt dat volgens ons niet. Dat is de mythe van de beheersbaarheid en die leidt tot verdraaide organisaties” (Wouter Hart)

M.a.w. we geloven sterk in de interpunctie vanuit de “bedoeling”: particuliere humane zorg aanbieden met het perspectief van het ondersteunen van het herstelproces van de cliënt binnen zijn context. En dus vertrekkend vanuit de concrete leefwereld (lees: het levensverhaal van de patiënt).

Parallel met de “bedoeling” van Wouter Hart, staan in het intersectoraal kader voor kwaliteit van zorg en hulpverlening de waarden in de kern (Boxstaens, 2021). De waarden zijn richtinggevend voor alle andere elementen die in het kader aanwezig zijn. We spreken dan ook over een waardengedreven kader. De waarden zijn nauw verbonden met de visie op mens- en wereld die door de betrokken organisaties wordt uitgedragen.

Daarin staat o.m. de holistische benadering van iedere mens, respect voor uniciteit, gelijkwaardigheid, openheid en vertrouwen centraal.



Ook Niki Verschueren (KUL, cel onderwijskwaliteit) hanteert het model van Wouter Hart: “Zoals de COBRA – kunstenaars kunst terug naar de bron wilden brengen, wil ook de kwaliteitszorgmethode het onderwijs terugvoeren naar haar oorspronkelijke bedoeling: de adequate en integrale vorming van personen in een bepaalde academische discipline” (2022).

SF-toets

Deze uitgangsvisie wordt sterk onderschreven door het Korzybski Instituut.

“The map is not the territory” (Korzybski)

Alfred Korzybski toonde aan dat we ons taalgebruik (de kaart) zo efficiënt mogelijk aan de onderliggende realiteit (het territorium) horen aan te passen.

Binnen het Korzybski Instituut wordt dan ook veel belang gehecht aan de taal die gebruikt wordt in het spreken met de cliënten. De focus ligt op een “taal” waarin hoop, coping, gewenste toekomst, wat wel werkt, wat belangrijk is, wat gewenst wordt, ... centraal staat. In de particuliere dialoog met de cliënt wordt veel aandacht gegeven aan het concretiseren, het zichtbaar maken, de reflectie over de logos, pathos, ethos en èthos.

Taal creëert de realiteit, en die realiteit bepaalt ons levenscomfort.

Verschil

In hoofdstuk 4 wordt stil gestaan bij het verschil in het generiek taalgebruik en betekenisverlening tussen de praxis in Bethanië en het SF-denken. Zeker binnen de overheersende cultuur en in de dialoog is dit wel zichtbaar en hoorbaar (zonder dit evenwel te veralgemeniseren)

5. Kenmerken voor een levendige organisatie

Kenmerkend voor een open levendige organisatie?



We benaderen een organisatie als de Bethanië een levendige open organisatie. Met alle kenmerken die hierbij horen om de werkelijkheid te verklaren... We kunnen dit verklaren vanuit diverse denkkaders, zoals het ecologisch denken, het systemisch denken en het rizomatisch denken.

En we geloven sterk in het concept van parallelle processen¹³, zijnde de oneindige samenhang tussen de diverse domeinen van een organisatie. En de noodzakelijke keuzes die te maken hebben in deze samenhang als organisatie. Hiermee bedoelen we dat het essentieel is dat de mensvisie die we hebben naar onze patiënten, coherent is met de visie die hebben naar onze medewerkers en dus de organisatie, en het leiderschap dat we verwachten. En dat dit alles, bij voorkeur, zo parallel mogelijk loopt met de keuzes in het eigen kwaliteitsbeleid en de (zorg)strategie.

Uit onze visietekst:

*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 leidinggevend en 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 (SAR WGG, 2015)

*Naast vertrouwen hechten we veel belang aan ethiek en het durven en mogen nemen van verantwoorde risico's. **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 (Van Audenhove, 2015). 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 (Slade, 2009). 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 en efficiëntie. We willen professionals aanzetten tot reflectie en zelf helderheid*

¹³ Belangrijk is ook om ons bewust te zijn van de parallelle processen tussen de kenmerken / de kleur van een doelgroep ("pathologie") binnen een afdeling, en teamkenmerken ("kleur van het team") van het behandelend team, en omgekeerd.

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.

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.

Verantwoorde risico's¹⁴: *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.

SF-toets

Deze uitgangsvisie wordt onderschreven door A. Stellamans, gebaseerd op o.a. het werk van Mark McKergow: Organisaties zijn levende systemen, en levende systemen zijn lerende systemen.

Kenmerkend voor complexe systemen zijn: interactie (emergent), onvoorspelbaarheid, niet modellerbaarheid, openheid en de constante beïnvloeding van buitenaf.

Een citaat dat ik treffend vind binnen deze context.

¹⁴ In recentere teksten spreken we eerder van "verantwoord kansen" geven. Dit sluit ook aan méér aan bij het SF denken, wat willen we vooral WEL.

“The major problem in the world are the results of the difference between how nature works and how people think!” (Gregory Bateson)

Dit citaat sluit sterk aan bij het rizomatisch denken ...

Vershil

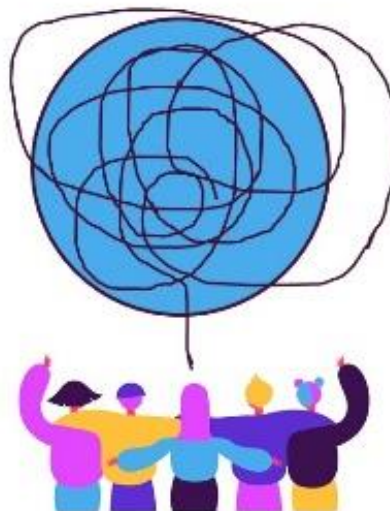
Het SF-denken geeft nieuwe mogelijkheden en een andere taal aan de invulling van het lerend systeem, en biedt extra mogelijkheden om het leren binnen organisatie te stimuleren ... Deze keuze wordt actueel niet expliciet en bewust gemaakt binnen de organisatie Bethanië. In hoofdstuk 4 wordt dit verder uitgewerkt.

6. Complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg

De complexiteit binnen de geestelijke gezondheidszorg “omarmen”?

“Ziektebeeld”

Behandeling van
geestelijke
gezondheids-
problemen



Organisatie(s)
van (binnen) de
geestelijke
gezondheidszorg
in België

De complexiteit in
onze
maatschappij

Het laatste uitgangspunt sluit sterk aan bij het voorgaande: een open levendige organisatie heeft immers “complexiteit” als kenmerk. En toch onderscheiden we het van het voorgaande, omdat het in situatie van geestelijke gezondheidszorg zo prominent aanwezig is.

Mensen hebben verklaringen nodig om de werkelijkheid te verstaan. Dit stelt zich het scherpst wanneer de gang van zaken niet naar wens verloopt. De “waarom” – vraag is aloud bekend. In onze Westers denken en binnen onze maatschappij wordt er traditioneel vaak in oorzaak – gevolg verbanden geredeneerd. In de realiteit, en zeker binnen de realiteit van een organisatie binnen de geestelijke gezondheidszorg, verlopen de verbanden veel complexer, en dus niet mechanistisch en lineair.

Diverse benaderingen en verklaringen zijn mogelijk. Enkele theoretische perspectieven:

- Vanuit de interactieakademie (Rita Steens, 1993): de oneindigheid van circulariteit en beïnvloeding;
- Vanuit het Rizomatisch denken (Deleuze): een concept uit de biologie wat verwijst naar een ondergronds wortelsysteem, een open gedecentraliseerd netwerk, dat op een niet te overziene, horizontale manier uitwaaiert naar alle kanten;
- Vanuit het denken omtrent chaotische organiseren (Nicoline Mulder, 2021)

Een interne visie - tekst van Bart Reynders (2020) nemen we over om onze zienswijze binnen Bethanië te beschrijven: “Onze ecologische visie op het ziekenhuis en kwalitatieve zorg”(...)

Goede zorg vereist het in acht nemen erg veel perspectieven. Het is een voortdurend complex werk van afstemming, tijd en ruimte creëren, ‘grond bewerken’ terwijl de uitkomst steeds onvoorspelbaar blijft. ‘Zorg’ is dermate complex dat het beantwoordt aan het denken van de complexe dynamische systemen (een tak binnen wetenschap). Wel vaker wordt de complexiteit van het ecosysteem van een bos aangegrepen om die complexiteit in een duidelijk beeld te vatten.

Over wortels en bomen: Waar de gezondheid van een bos vroeger meestal werd afgeleid uit het zichtbare van bomen, struiken, kreupelhout en een kruidlaag is men gaan begrijpen dat de gezondheid van een bos wordt gevormd door het erg complexe wortelsysteem waar een erg fijnmazig schimmeln netwerk het hele systeem met elkaar verbindt. Deze verbindingen zorgen voor een voortdurende informatie-uitwisseling zodat het systeem zich kan aanpassen aan steeds veranderende omstandigheden. Het is immers een levend systeem. Zo weet men nu dat er onder één voetstap 500km netwerk schuilt, dat bomen info doorgeven over groeiwijzen op die specifieke plek, dat stoffen worden uitgewisseld om zichzelf te verdedigen tegen ziekte en zieke stukken van het systeem zich kunnen onthechten om de rest van het systeem te beschermen. Het zichtbare van een bos is met andere woorden het resultaat van een erg complex en fijnmazig onderliggend netwerk. Maar dit onderliggende netwerk ook het zichtbare nodig en dat zichtbare geeft op zijn beurt ‘voeding’ zodat dat ondergrondse zijn werk kan doen. Het is dus een circulair, elkaar voortdurend beïnvloedend systeem.

Als we naar de traditie van het ziekenhuis kijken, merken we dat het ziekenhuis rijk is aan vele (creatieve) ideeën en vele initiatieven waarbij alles in een voortdurende verandering of evolutie zit. Tegelijk tracht ieder de complexiteit van zorg te erkennen en die complexiteit te gebruiken als insteek om mensen te helpen. Ook hier merken we een complex en fijnmazige moeilijker zichtbaar te krijgen wortelstructuur waar alles met elkaar verbonden is en er voortdurend informatie (cognitief, affectief, verbaal, non-verbaal, ...) wordt doorgegeven waardoor zaken beginnen ‘leven’. Denk aan concrete verlangens zoals veranderingen in het denken omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen, verzuchtingen omtrent administratie en/of medische dossiers, ... Zaken die op een bepaald moment zichtbaar worden, ontstaan omdat deze kunnen beginnen leven en evolueren in deze ‘wortelstructuur’. In die zin is het belangrijk om trachten te begrijpen hoe zo’n wortelstructuur werkt én te begrijpen hoe die voortdurend beïnvloedt kan worden, zowel op positieve als negatieve wijze. In die manier zijn er veel aanknopingspunten te maken met goed en duurzaam bosbeheer.

Eigenschappen van een complex systeem: In een complex systeem wordt er voortdurend informatie uitgewisseld, dat wil zeggen dat het essentiële ‘tussen’ gebeurt, dat er voortdurend een overdracht plaatsvindt. Vandaar het belang van tussenruimtes waar iets kan bestaan en overgedragen worden. Het gaat om de interesse (inter: tussen en ‘esse’: zijn). Interesse ontstaat omdat er ‘tussen’ mensen iets kan ‘zijn/bestaan’. Een andere eigenschap van een complex systeem is bijzonder kwetsbaar omdat het langs alle kanten beïnvloedt kan worden. In ecologie is dat erg duidelijk maar ook in ons werk ervaren we vaak

hoe snel het kwetsbare van ons werk beïnvloed wordt. Dit hangt samen met het gegeven dat een complex netwerk niet gesloten is, het is geen labo-situatie maar het is open en verbonden met bijzonder vele zaken. Een andere eigenschap is dat een complex netwerk steeds vanuit zichzelf zal zoeken naar een evenwicht. Dit maakt dat het niet hiërarchisch aan te sturen valt maar er vanuit een hiërarchie wel geprobeerd kan worden het systeem 'goed' te beïnvloeden. Uiteindelijk beïnvloedt iedereen voortdurend mee dat systeem...het kleinste deel beïnvloedt het grote geheel én het grote geheel beïnvloedt het kleine deel. Verantwoordelijkheid van het zorg dragen voor zo'n systeem of het kwalitatief verzorgen ligt met andere woorden nooit bij één iemand of een bepaalde functie maar is dat iets dat zich verspreidt overheen alle elementen van zo'n systeem. Elke hulpverlener en werknemer beïnvloedt dus dat kwetsbare systeem, maar ook patiënten, context (gaande van familie tot overheid), wetenschappelijke evoluties...beïnvloedt mee dat systeem. Dit denken leidt wel eens tot de zin 'kwaliteit is van iedereen'. Vanuit deze optiek is er voor gekozen om een team kwaliteit op te starten die mee op zoek gaan hoe dat voortdurende en complexe werk mee te ondersteunen en faciliteren (en dus niet naar zich toe te trekken).

Net als er in een bos een zichtbare laag van struiken en bomen is, bestaat dit ook in een ziekenhuis in de vorm van gebouwen en/of verbouwingen, projecten, initiatieven, afdelingen, outcome-metingen,... Maar al dat zichtbare 'groeit' enkel omdat er daaronder een enorm vertakt en complex verbonden wortelnetwerk schuilt. Een wortelnetwerk waar er een voortdurende informatie-uitwisseling plaatsvindt die er voor zorgt dat er bovengronds verschillende planten en bomen kunnen zorgen die resulteren in een ecosysteem dat zich voortdurend tracht aan te passen aan allerlei invloeden die zowel van binnenuit als van buitenaf komen.

Ook in ons ziekenhuis merken we dat we vaak projecten of initiatieven opstarten omdat er binnen afdelingen 'iets' begint te leven, omdat er ideeën en goesting ontstaat? ... Maar ook omdat er buiten ons vanalles leeft: een nieuw inzicht uit de wetenschap, een verlangen vanuit zorgpartners, een beslissing vanuit een overheid... En ook hier merken we hoe er een erg complex en verbonden wortelnetwerk bestaat waar onderling voortdurend informatie (zowel cognitief als affectief) wordt uitgewisseld. Het is onze overtuiging dat net dit complexe wortelstelsel een erg belangrijke rol speelt in een gezond ziekenhuis (een gezond ecosysteem, zeg maar). Het is net omdat er een goed vertakt en verbonden wortelstelsel bestaat en in stand gehouden wordt dat ideeën kunnen leven, dat initiatieven kunnen ontstaan en er vanuit dat wortelstelsel iets kan groeien...het zichtbare is met andere onherroepelijk verbonden met het moeilijker zichtbaar te krijgen netwerk.

Over circulariteit: Een complex, levend systeem werkt circulair in de zin dat het ene het andere beïnvloedt in een voortdurende wisselwerking. Als er vanuit het ondergrondse netwerk iets ontstaat, zal dat wat ontstaat opnieuw als voeding dienen voor die ondergrond (denk aan vallende bladeren, dode bomen). Een initiatief dat 'afsterft' zorgt op zijn beurt voor voeding en elementaire bouwstenen voor iets nieuw dat kan ontstaan (valkuilen raken bekend, wat werkt kan overblijven...).

Over kwaliteitsevolutie versus –verbetering: Er wordt bewust gesproken over kwaliteitsevolutie in plaats van verbetering. In een levend en lerend systeem is het evident dat er soms ook iets achteruit kan gaan. Als er bijvoorbeeld veel ervaring in een team verdwijnt is het logisch dat dit een grote impact heeft op bepaalde thema's. We dienen ons steeds af te vragen: wat is de huidige toestand en welk 'werk' dient er eerst te gebeuren?

Kwaliteit als bosbeheer: Het is de gedeelde vraag in een ziekenhuis of het ecosysteem dat ontstaat en hoe we er mee omgaan kwalitatief (goed) is of niet. Het is immers niet omdat er een systeem is, dat dat ook vanzelf het goede is. In de ecologie zijn tal van voorbeelden hoe exoten, ziekten, vervuiling...wel tot een zeker ecosysteem leiden, maar dit niet het gewenste of nodige ecosysteem is. In die zin is er dus wel een voortdurende bevraging en nadenken (reflexie) nodig. Het is die visie die we centraal stellen (en volgens ons iets is wat we eigenlijk al doen). We gaan ervan uit dat een voortdurende bevraging en reflexie nodig is om de moeilijke maar noodzakelijke vragen te beantwoorden: 'Doen we het goede?' en

‘Doen we het goede goed?’. De idee is dat we samen op zoek gaan hoe we dat werk kunnen doen, wat daar voor nodig is, wat ons helpt en wat ons iets onmogelijk maakt. Het is evident dat zo iets op verschillende manieren kan en de eigenheid van bijvoorbeeld een afdeling kan maken dat er erg verschillende wijzen van ‘bosbeheer’ ontstaan. Allicht zullen er wel enkele gemeenschappelijkheden bestaan. Via het onderzoek van het impulsfonds trachten we die zichtbaar te krijgen.

Een beleid rond kwaliteit, of dat nu bekeken wordt vanuit een afdeling, vanuit een dienst of ruimer vanuit het ziekenhuis, stelt zich dus steeds de vraag wat moet worden gefaciliteerd; worden ondersteund; wel of geen ruimte krijgen; tijd krijgen/met rust gelaten worden; ‘onder handen’ moet worden genomen; ...”

Johan Boxstaens legt de link tussen het rizomatisch kijken en de reflexieve kwaliteit. “Daar waar ‘verbinding’ tussen mensen en processen centraal staat in het rizomatisch netwerk waarin zorg en hulpverlening worden gecoproduceerd, wordt ‘verbinding’ opnieuw een essentieel element in de manier waarop we reflexiviteit (dit zijn kwaliteitsvolle en kritische reflectieprocessen) willen hanteren in functie van kwaliteit van zorg en hulpverlening. Hiermee bedoelen we dat reflexiviteit aanwezig dient te zijn op alle niveau’s (micro, meso, macro) en bovendien moeten er duurzame verbindingen gemaakt worden tussen deze reflectieprocessen (uit de conceptnota “Van kwaliteitsvolle reflectie naar reflexieve kwaliteit”, 2021, p3-4).

De “complexiteit” van geestelijke gezondheidsorganisatie is erg gelaagd. We doen een poging om deze gelaagdheid te duiden (o.a. gebaseerd op Damien Denys, 2020)

- Het ziektebeeld van psychisch lijden is complex ... er bestaat een onderscheid tussen de “stoornis”, de “ziekte”, “de aandoening” en het “klinisch toestandsbeeld”. Dit is telkens erg particulier en contextueel bepaald. De ene depressie is de andere niet ...;
- De behandeling is complex ... er bestaat geen lineair verband tussen de oorzaak en het gevolg (stoornis);
- De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in België is erg complex ... het onderscheid tussen de Federale en gemeenschapsbevoegdheid, het onderscheid tussen de gezondheids- en welzijnszorg ... de vele structuurelementen zijn niet helpend voor de bereikbaarheid, toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg;
- De complexiteit van onze maatschappij ... gekenmerkt door individualisme, het “ik” als onderneming, veel “buitenkant” en vergelijken (“sameness”, Stijn Van Heule, 2023), het afwezig zijn van een “groter verhaal”, ...

En hiermee vereenvoudig ik allicht de “complexiteit” nog, gezien de erg sterk wederzijdse beïnvloeding en samenhang ... We citeren Jim Van Os, die recent in het Tijdschrift voor Psychiatrie pleit om de huidige ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken vanuit de complexiteitswetenschappen, en geestelijke gezondheidszorg benadert als een complex adaptief systeem.

“De medicalisering van psychische klachten binnen de ggz en de ‘identiteitscrisis’ van de psychiatrie staat volop, - en meer dan voorheen – ter discussie. Het uitsluitend conceptualiseren van geestelijke gezondheid in termen van stoornissen, slecht functionerende hersenen/cognitie, evidence based richtlijnen en stoornisgerichte

specialistische zorgpaden verliest steun. Mentale gezondheid kan niet meer losgezien worden van kwaliteit van leven, zingeving, meedoen in de samenleving en het dagelijks functioneren en de behoefte aan zelfregie” (Jim Van Os, 2022)

Het recent rapport van het Trimbos instituut te Nederland, Ggz uit de knel (Boumans, 2022) sluit aan bij bovenstaande bevindingen. Op basis van kwalitatieve interviews bij een 40-tal stakeholders, wordt er vastgesteld dat het groeiend aantal GGZ-gebruikers (en de toestroom naar ggz – hulp), toe te schrijven is aan verschillende sociologische en systeem-gerelateerde factoren. Ik som de belangrijkste op, die ook erg relevant zijn voor de Vlaamse GGZ:

- a. Een complexer wordende samenleving met meer prestatiedruk en bestaansonzekerheid, waarin structuren van sociale cohesie hebben plaats gemaakt voor een belofte van individuele maakbaarheid;
- b. Een toenemende medicalisering van psychisch en psychosociaal lijden, waarbij het recht op zorg is georganiseerd aan de hand van ‘objectief’ vast te stellen medische diagnosecategorieën;
- c. De beperktheid van de Zorgverzekeringswet (...) waardoor het aantrekkelijk werd om ‘lichtere patiënten’ binnen te halen en het leveren van complexe zorg juist onaantrekkelijker werd.
- d. De focus op toegesneden, specialistische behandeling (...) met vooral gevolgen voor mensen met complexe problematiek, dan wel mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Zij worden soms eindeloos van het kastje naar de muur gestuurd en staan dan soms lang op (een of meerdere) wachtlijsten zonder dat het leidt tot een duidelijk (integraal) zorgplan;
- e. Het principe van ‘getrapte zorg’, dat vooral voor mensen met ernstigere problemen, averechts uitpakt, omdat als de behandeling niet heeft gewerkt, iemand doorgeschoven wordt naar een volgend echelon (...) inclusief de wachttijd, de diagnostiek en de behandeling ...
- f. Kwesties rond uitstroom, waaronder de onnodige chronificering van ‘zwaardere’ patiënten door gebrek aan adequate, integrale zorg, en het gebrek aan mogelijkheden voor waakvlam zorg voor mensen van wie de behandelcomponent (tijdelijk) minder intensief is ...

Bovenstaande verklaringen onderschrijven alvast onze uitgangsvisie m.b.t. complexiteit ...

SF-toets

Bovenstaand denken sluit sterk aan bij het SF – gedachtengoed, zowel in het individueel therapeutisch contact als in het denken over organisaties.

Enkele parallelle gedachten:

- “er is geen causaal verband tussen oorzaak en gevolg”;
- “wat werkt voor de ene werkt niet voor de andere”;
- “verandering is constant en onvermijdelijk”;

- “kleine stappen kunnen tot grote veranderingen leiden” , dit sluit sterk aan bij het ‘butterfly – effect’ van de complexiteitswetenschappen:
- “de holistische benadering van de patiënt, geen medisch reductie ”

Een poging tot synthese

Bovenstaande uitgangspunten hebben geleid tot onderstaande synthese, onderbouwd vanuit de praktijk, doch ook vanuit de diverse theorieën. Het staat als het ware ook wat los van een dominante “therapeutische stroming” (...15% ...)

“De theorie dient de praktijk te volgen, en niet omgekeerd” (Steven De Shazer)

Deze uitgangsvisie sluit aan bij het denken van de Akademische werkplaats.

VERTAALSLAG NAAR KWALITEITSBELEID GGZ

Van	Naar
Standaarden 'zorg als product'	Particulier, erg context specifiek, holistische mensvisie 'relationeel ingerichte en afgestemde zorg"
Extern perspectief	Toetsen vanuit diverse perspectieven Belang van kwaliteitsbewaking van binnenuit Aanvullend: externe toetsing
Kwantitatieve data – meten	Aantoonbaar maken (ook kwalitatieve data) 'Tellen en vertellen'

VERTAALSLAG NAAR KWALITEITSBELEID GGZ (vervolg)

Van	Naar
Projectmatig & cyclus	Permanent karakter Kwaliteitscultuur van reflectie, bevragen en verbinden
Wantrouwen, controle	Vertrouwen, verantwoord kansen geven, hoop
Verantwoorden, weinig onmacht verdragend (alles oplossen)	Toelichten eigenaarschap opnemen, Professionaliteit (inclusief onmacht, niet – weten, niet oplossen)

We laten deze synthese¹⁵ voor zich spreken. In de huidige realiteit kunnen we de titel van de tweede kolom pragmatisch wijzigen in **“naar méér”** in plaats van “naar”.

Ter vergelijking geven we nog een dia van Nikki Verschueren (KUL, 2022) omtrent de visie op kwaliteitszorg vanuit het hoger onderwijs. Er bestaan duidelijk veel overeenkomsten in de uitgangspunten.

Visie op kwaliteitszorg

Waarderende aanpak

Er is kwaliteit. Laat ons dat zichtbaar maken.

Verified Trust

Verantwoordelijkheid	Professionals waarderen
Transparantie	Eigenaarschap aansterken
Navolgbaar	Inspireren
Verifieerbaar	Ondersteunen



“(…) Onderwijskwaliteit [is] veeleer een streefdoel dat interne belanghebbenden en externe peers in dialoog (her)definiëren, dan een statisch gegeven dat door middel van enkele criteria kan worden afgevinkt.” – Nota ‘Kwaliteitsborging onderwijs’ (4R 20 juni 2018)

8

Doel Opgvolging: Onderwijskwaliteit

KU LEUVEN

¹⁵ In deze synthese kunnen we het woord “permanent” vervangen door “circulair”.

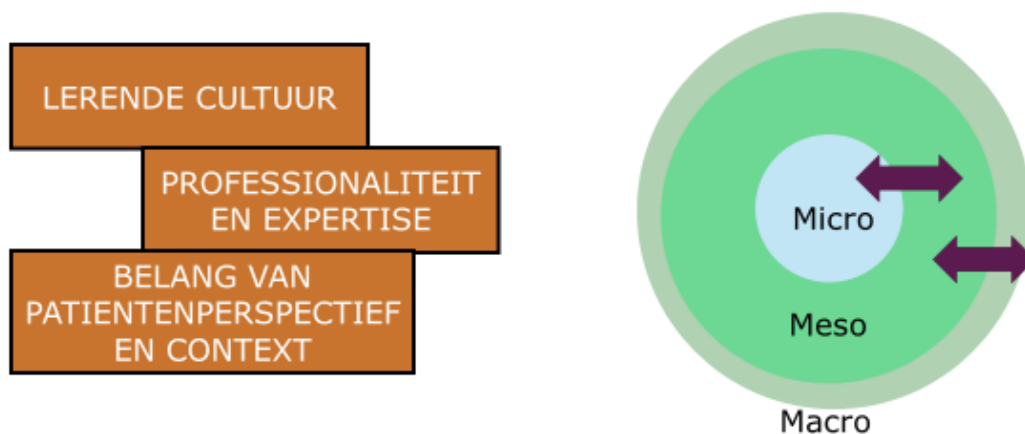
3.3 Elementen van de concrete uitwerking: bouwstenen en het metaproces (met toetsing aan het SF-handelen)

3.3.1 Globale bouwstenen

In de visietekst die ontwikkeld is door de vier psychiatrische ziekenhuizen (2020), onderscheiden we drie grote bouwstenen om het eigen kwaliteitsbeleid concreet vorm te geven. Ze geven gestalte aan een kwaliteitscultuur die we cruciaal vinden. We vullen aan met de beschrijving die omschreven wordt in de teksten van het intersectorale kwaliteitsmodel voor zorg en hulpverlening.

In de actuele dagelijkse praktijk merken we dat deze bouwstenen in de toekomst nog méér focus, concretisatie en explicitering vragen. De SF – toets kan hiertoe inspiratie geven en wordt verder geëxpliciteerd in hoofdstuk 4.2.

BOUWSTENEN IN ONS KWALITEITSBELEID



We citeren uit onze nota ...

(...) *“Lerende cultuur:*

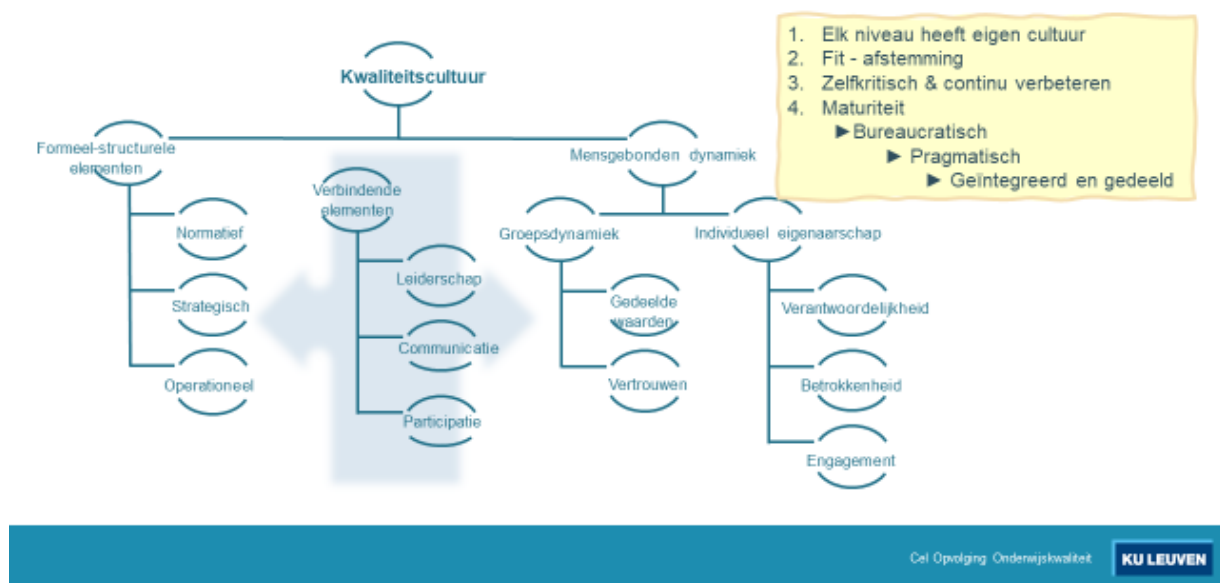
We willen in onze organisaties continu waakzaam blijven voor de geleverde zorg, door medewerkers te stimuleren om de kwaliteit kritisch te volgen en beoordelen. We willen een lerende organisatie zijn, waarbij we incidenten en klachten beschouwen als een opportuniteit om onze huidige manier van werken 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.

Ook Nikki Verschuere (KUL) benadrukt het belang van de kwaliteitscultuur, naast de kwaliteitszorgmethode in het kwaliteitsbeleid. In onderstaande dia geeft ze de belangrijke elementen weer, die ze verder uitwerkt in een recent artikel: “A Maturity Matrix Model to Strengthen the Quality Cultures in Higher Education, 2023”.

Het is belangrijk om vanuit een waarderende benadering, open dialoog en reflectie, onderstaande elementen te bespreken, om de contextspecifieke kwaliteitscultuur in beeld te krijgen. Peter Rosseel verwijst naar het leiderschap van het debat in plaats van leiderschap van de taak (2023)

Kwaliteitscultuur: Hoe werkt je organisatie aan kwaliteit?



“We present a concept model of quality culture that incorporates both the structural / managerial elements of the educational context as well as individual and interpersonal dynamics. The model highlights the importance of leadership, communication and information in connecting both sides of educational practice” (p.1)”

We vermelden in dit kader ook graag het inspirerend werk van Senge, the fifth discipline (2006). De vijf disciplines van een lerende organisatie, disciplines die allemaal met elkaar verbonden zijn:

- Een gedeelde visie opbouwen: een visie dient gecreëerd te worden door middel van interactie met de mensen in de onderneming;
- Vertrekken vanuit het systeemdenken, niet vanuit individuele problemen;
- Belang van nieuwe modellen: de organisatie moet flexibel zijn in het aanvaarden van veranderingen in nieuwe mentale modellen en nieuw beeld van het bedrijf;
- Belang van het leren in teamverband;
- Belang van het persoonlijk meesterschap, dit ontstaat wanneer een individu een duidelijke visie heeft op een doel, gecombineerd met een nauwkeurige waarneming

van de realiteit¹⁶. En vanuit zijn geloof activiteiten kan uitoefenen om deze visie te realiseren.

Uitbouw van expertise – professionaliteit

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.

Inspirerend rond de concretisering van het concept “professionaliteit”, is het eindwerk van Pascal De Paepe (2021) om de rol en positie van de stagemeester van artsen. (...) “Naast een “formeel, academisch curriculum”, waarin alle medische kennis en vaardigheden zit vervat, bestaat er ook een “hidden curriculum” waarin alle informele, inofficiële lessen vervat zitten zoals het overbrengen van waarden en normen. Ze vermeldt het werk van Marianne Mak van der Vossen (2019) die een methode heeft ontwikkeld om onprofessioneel gedrag op te sporen bij artsen in opleiding.

Herkenbare dimensies worden onderscheiden:

- Inzet (o.a. geen of weinig initiatief nemen, zich niet aan deadlines houden, slecht in teamwork)
- Integriteit (o.a. frauderen, data verzinnen of vervalsen, beroepsgeheim niet respecteren)
- Interactie (o.a. onvoldoende communicatievaardigheden, sociale media ongepast gebruiken, pesten, schending van privacy)
- Inzicht (o.a. feedback ontlopen, niet luisteren naar feedback, geen zelfreflectie)

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)*

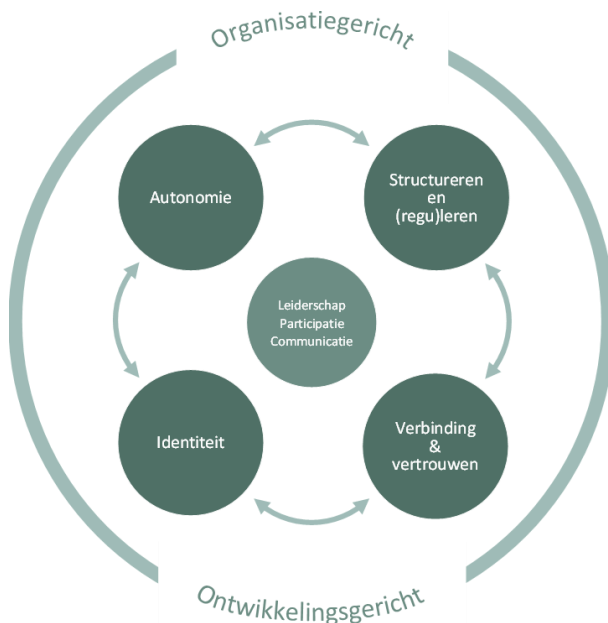
We verzamelen gericht feedback over de zorg die we verlenen. We hebben deze nodig om onze zorg veiliger te maken, om beter in te spelen op communicatie en verwachtingen, maar bovenal om mensgerichte zorg te kunnen bieden. Tot op heden werken we op een systematische manier met tevredenheidsenquêtes en 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 (...)”

Binnen het intersectoraal praktijkgericht onderzoek evolueren we erg recent naar een nieuw praktijkgericht model “om te komen tot het cultiveren van een organisationele

¹⁶ Maturana en Varela betwijfelen het concept van de “nauwkeurige waarneming van de realiteit”. We kunnen niet ontsnappen aan de subjectiviteit van elke realiteitswaarneming, iedereen decodeert de realiteit met zijn eigen brein, leerervaringen, cultuur, ...

kwaliteitscultuur in zorg en welzijn” (Boxstaens, mei 2023) . Dit model is een nieuwe stap in de integratie van de benoemde bouwstenen en uitgangspunten.



3.3.2 Het metaproces “Reflec”

Binnen Bethanië zijn we actueel aan het piloteren met het Reflec - spiegelproces. Reflec is een metaproces waarmee we o.a. bovenstaande “bouwstenen” willen concretiseren in de praktijk, ons kwaliteitsdenken –en handelen structureel mee willen faciliteren in de dagelijkse praktijk en samenwerkingscultuur.

Op microniveau

Er is in Bethanië veel goede praktijk aanwezig waar de patiënt actief participeert aan zijn begeleidings-en behandelingsproces: doelen, werkwijze, evaluatie, ... Diverse werkvormen zijn aanwezig op de afdelingen. De effectieve aanwezigheid van de patiënt op zijn casusbespreking wordt vooropgesteld, doch is mede afhankelijk van toestandsbeeld, wens van de patiënt en specifieke afdelingswerking.

De participatie van context is groeiend o.a. onder invloed van de aanwezigheid van familie- ervaringsdeskundigen binnen de organisatie. Vaak is dit echter ook niet vanzelfsprekend gezien de aard van de relaties met ouders en kinderen, doch we evolueren wel naar een nieuwe mindshift: “we betrekken de context erbij tenzij ... “

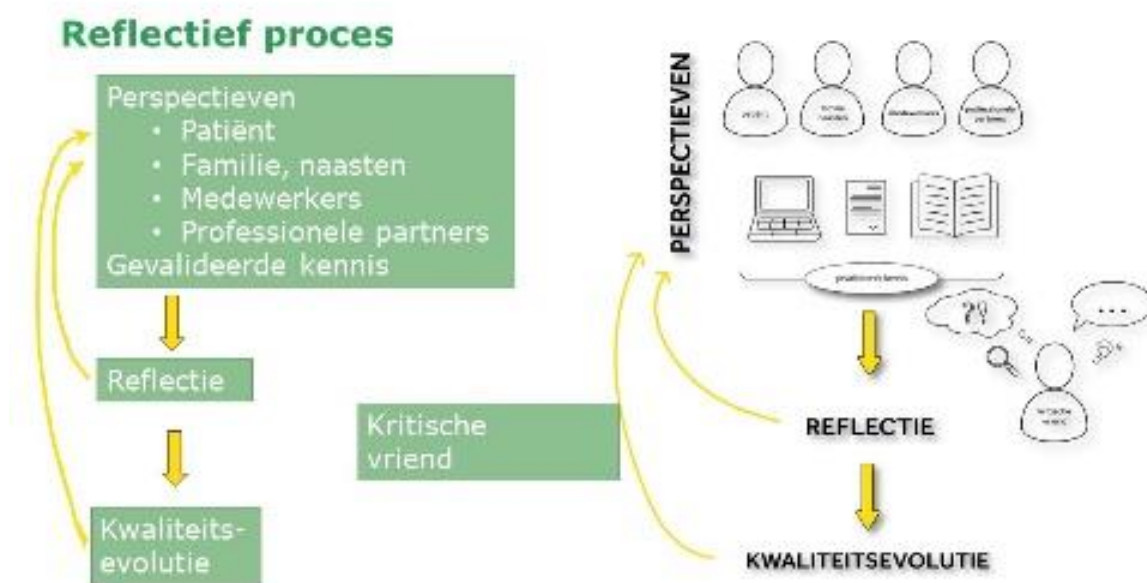
Op mesoniveau

Binnen Bethanië is elke afdeling van het PZ en elke suborganisatie gestart met een reflectief proces uit te werken binnen een kwaliteitsthema (bvb. vrijheidsbeperkende maatregelen, omgaan met suicidaliteit, ervaringsdeskundigheid, somatische zorg ...) Er wordt veel ruimte

gelaten voor eigen keuzes, het proces wordt “bottom-up” gefaciliteerd door het team kwaliteit (zie bijlage 1).

In het najaar van 2023 evalueren grondig wat de werkzame factoren zijn, hoe we dit metaproces verder kunnen integreren binnen onze organisatie op micro en macroniveau. En dit zonder afbreuk te doen aan onze uitgangsprincipes, doch allicht vertrekend vanuit méér zuinigheid.

We beschrijven de essentie van dit metaproces:



Reflec bouwt verder op de inzichten van Cobra (KUL commissie kwaliteit, 2022) en het Impulsfonds (samenwerking met jeugdzorg Emmaüs, eindrapport in 2023). Het heeft als doelstelling zichtbaar te maken wat er is, praktijken vatbaar te maken voor een constructief kritische dialoog, inspirerend en waarderend te zijn, ondersteuning naar de klinische werking mogelijk te maken en te stimuleren om bewust met kwaliteitsevolutie bezig te zijn. Het is geen model maar een meta-proces en voldoet in essentie aan volgende criteria.

Ten eerste is het belangrijk dat **diverse perspectieven** (de expertise en inhoudelijke inspiratie van patiënten, hun sociale context, medewerkers, de organisatie (visieteksten), eventuele externe professionele partners; beschikbare dataregistratie omtrent het thema; de referentiekaders en multidisciplinaire richtlijnen vanuit de overheid én inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek) **meerzijdig en gelijkwaardig** met elkaar worden afgetoetst. Patiënten, hun sociale context, medewerkers en eventueel externe professionele partners worden **rechtstreeks actief bevraagd in homogene groepen**. Dit geeft de mogelijkheid om de methoden die gehanteerd zullen worden om informatie te verzamelen aan te passen aan de mogelijkheden van de deelnemersgroep.

Daarnaast is het niet de bedoeling te starten vanuit een vaste gestandaardiseerde norm maar wel een **volwaardige dialoog en reflectie te faciliteren**. Dit kan resulteren in antwoorden op de vragen: wat te behouden¹⁷, wat te versterken, wat te veranderen en wat is prioriteit.

Ten derde dient het gehanteerde Reflec-proces te **vertrekken vanuit betekenisvolle participatie**. Dit houdt minimaal in dat de verschillende perspectieven worden bevraagd, de verkregen input en reflecties die hieruit volgen worden samengebracht in een syntheseverslag en deze **actief en onderbouwd worden teruggekoppeld aan alle betrokkenen** (patiënten, hun sociale context, medewerkers, externe professionele partners). Dit proces zal gefaciliteerd worden door een **kritische vriend**, wiens rol als volgt omschreven kan worden. Kritisch vrienden:

- begeleiden het Reflec-proces via actief bevragen en empathisch beluisteren;
- hebben een nieuwsgierige en waarderende houding en zijn zich bewust van hun eigen kader;
- dienen zich bepaalde vaardigheden (afhankelijk van de gekozen methodiek) eigen te maken om het Reflec -proces ondersteunend te kunnen begeleiden;
- hebben het mandaat van de afdeling gekregen om constructief kritisch te zijn (niet rechtstreeks betrokken op de afdeling, voldoende vertrouwd met de werking van de afdeling en genieten het vertrouwen van de primaire actoren van de afdeling);
- zorgen voor verslaggeving en terugkoppeling naar alle betrokkenen.

Verder wordt Reflec niet projectmatig ingezet maar **structureel ingebed** in het kwaliteits- en klinisch beleid. We verwachten en ervaren reeds effecten op de informele cultuur (spontane kennisdeling en uitwisselingen, inspiratietafels, effecten op andere kwaliteitsthema's cfr. butterfly-beweging).

Tot slot is het essentieel dat het Reflec-proces **ondersteunend** is voor de klinische werking.

Op macroniveau:

Reflectiekamer

De reflectiekamer is een recent initiatief (sinds 2020) binnen Bethanië om samen met anderen vrijuit te spreken over de identiteit en het toekomstig beleid van onze voorziening. Het beoogt te bouwen aan een cultuur van open en vertrouwensvolle dialoog. Dat proberen we door samen te spreken en te reflecteren over diverse perspectieven en uitdagingen die typisch zijn aan een grote organisatie en in het bijzonder een setting als Bethanië. We denken hierbij aan:

- verwachtingen van patiënten en hun sociaal netwerk;
- verwachtingen van medewerkers, zorg en niet-zorg;
- DNA /identiteit van onze voorziening;

- verwachtingen vanuit de maatschappij, zowel vanuit de overheid (lokaal, Vlaams, federaal) als vanuit de professionele partners binnen netwerken;
- ruimte om bottom-up beleid te kunnen laten ontwikkelen en groeien;
- verwachting om efficiënt en effectief beleid te kunnen uitvoeren;
- verwachting om 'tijd' te kunnen nemen om veranderingen door te voeren;
- ...

Veel perspectieven en verwachtingen die zich vaker op gespannen voet verhouden en dus 'onoplosbaar' lijken, maar wel uitnodigen tot vragen stellen en samen te werken in en aan ons huis.

Parallel aan het Metaforum heeft de reflectiekamer geen ambitie, noch de bevoegdheid om beslissingen te nemen of tot actie over te gaan. Ze sluit aan bij de beginselverklaring van het metaforum, doch heeft een strategische beleidsmatige focus en invalshoek.

Metaforum – Staat van het huis

Het metaforum bestaat reeds 10 jaar. In bijlage 2 vinden jullie de beginselverklaring van dit forum, ooit ontstaan uit een gevoel van onbehagen in het ziekenhuis. Alle medewerkers worden op dit event (2 tot 3 x jaar) uitgenodigd om samen te spreken en te reflecteren over een gemeenschappelijk thema, na een plenaire introductie. Het eerstvolgende metaforum heeft als thema "tijd", het voorbije "taal" ...

De Staat van het huis (naar analogie van de "state of the union") vindt jaarlijks plaats voor alle medewerkers, en is méér generiek qua invalshoek, doch identiek aan de doelstellingen van het metaforum. Dialoog wordt georganiseerd over "hoe het loopt binnen onze organisatie, wat zijn onze dromen, ...".

"Ont-moetingen"

We zijn recent gestart met maandelijks ontmoetingen voor alle medewerkers waar de diverse strategische verhaallijnen (o.a. kwaliteit, zorgstrategische keuzes, infrastructuur, ...) op een informele wijze verteld worden in kleine groepen.

SF – toets

Bovenstaande bouwstenen hebben veel affiniteit met het denken vanuit het Korzybski Instituut. Denken we maar aan:

- Het belang van de kwaliteitscultuur, welke we kunnen omschrijven als een "som van gewoontes op organisatieniveau".

"We zijn wat we gewoonlijk doen, denken en voelen in de contexten waarin we leven. Het zijn dominante patronen die ontstaan bij het herhaaldelijk uitvoeren van dezelfde taak. Identiteit komt voort uit onze gewoontes" (Clear, 2019)

-Het reflectieproces als een metaproces:

- “Wat behouden” als vraag sluit aan bij concept van het “successscenario” vanuit de oplossingsgerichte therapie. Belangrijk is hierbij om door te vragen naar het “hoe” (hoe doen jullie dit?) Dit getuigt van valorisatie en helpt om een actieplan op te maken;
- De meervoudige perspectieven vanuit het systemische denken;
- De focus op de ontmoeting (vanuit authentieke relaties) in de georganiseerde bevragingen;
- Ook vertrekken van wat er al is, wat de “aanwezige oplossingen” reeds zijn;
- Een kritische vriend die vertrekkend vanuit een niet – weten positie het proces begeleid;
- Het belang van de professionaliteit van de hulpverlener. Binnen het Korzybski - Instituut ligt de focus op de volgende eigenschappen en attitudes van de therapeut, naast natuurlijk de kennis en kunde over de therapeutische relatie:

“Interesse, nieuwsgierigheid en begrip, aanvaarding en respect, empathie en sympathie, intelligentie (emotionele intelligentie, logica en mètis), authenticiteit en humor (TA, p. 91-104)”

3.4 Eerste ervaringen binnen Bethanië

Een korte synthese vanuit de actuele ervaringen. Gebaseerd op gesprekken binnen het team kwaliteit, een team dat multidisciplinair is samengesteld, ook met een ervaringsdeskundige en familie-ervaringsdeskundige.

Werken vanuit vertrouwen werkt ...

- Geloof in de aanpak door de clinici. Het proces wordt niet als vreemd ervaren, sluiten aan bij de dingen waarmee ze bezig zijn!
- Sterke bereidheid tot “samenwerken” en “bevragen”. “kwaliteitszorg” en “zorg voor kwaliteit” worden onder één noemer ervaren. Gedeeld eigenaarschap is vergroot.
- Het verandert structureel iets aan het reflectie-vermogen en de creativiteit en de bereidheid van de medewerkers (horizontale inspiratietafels, intervisie, invulling kritische vrienden, effect op andere kwaliteitsthema's, ...). Verdere monitoring van dit effect is noodzakelijk.
- Het kijken en werken vanuit meervoudige perspectieven neemt toe en wordt steviger verankert.
- De bevraagde personen, vanuit de extra perspectieven, zijn aan de hand van rechtstreekse dialoog erg bereid om mee te werken.
- Er is ongelooflijk veel in beweging ...

Doch ... ook toekomstige uitdagingen ...

- Door de betrokkenheid van alle medewerkers, vraagt dit véél tijd en capaciteit;

- Spanningsveld tussen “bottom up” laten werken en de regelmatige vraag naar duidelijkheid en zekerheid.
Allicht is het er na een periode van “piloteren” in de periode 2021-2023, nood aan een duidelijke inbedding/helderheid in rollen en posities ... zonder evenwel in formalisme te vervallen en “top down” te werken ...;
- Input vanuit de extra perspectieven is soms confronterend voor de medewerkers ...er is niet altijd mentale ruimte voorhanden om dit te horen;
- Uitdaging over hoe we “echte dialoog” tussen de input van de diverse perspectieven kunnen waarmaken, met voldoende feedback naar betrokkenen op microniveau, mesoniveau en macroniveau (horizontale beïnvloeding);
- Hoe krijgen we dit proces voldoende zichtbaar en aantoonbaar voor een “toezichtshoudende overheid”, zonder ons te verliezen in administratieve ballast, m.a.w. het kunnen we ons verantwoorden.
- Hoe brengen we ons verhaal in de publieke rapportage (website, sociale media, ...) in een tijd waar benchmarken, scores, ... sterk aanwezig zijn, in een taal of met beelden waar burgers vertrouwen en hoop uit halen;
- Spanning in de dagelijks praktijk (o.a. op afdelingen waar crisisopnames frequent aanwezig zijn) tussen de “reflectieve modus” en het noodzakelijk “actief handelen” ... Een actief handelen, waar er sprake is van een “probleemoplossende modus” en “de waan en de crisis van de dag”.

4 Kwaliteitsbeleid als onderdeel van de “organisatie” Bethanië

4.1 Prelude en introductie

Op een inspiratiedag van Tejo (2023, Antwerpen) hoorde ik Jan Naert (U Gent, vzw Lejo) volgende getuigenissen verwoorden, uitspraken van jongeren uit de Vlaamse jeugdhulp in het kader van een onderzoek: “ik was altijd het probleem”, “dominantie van de klinische visie” en de “voorstructurering van de hulpverlening definieert wie ik ben”. Naert legt de oorzaak o.a. bij het “managerialisme”. Hij houdt een sterk pleidooi om jongeren actief te betrekken bij het beleid, tot dialogisch werken, actiegericht werken en erg individuele aanpak.

In de spanningsvelden van de jeugdhulp pleit hij om resoluut te kiezen voor engagement (><afstand), afstemming (><aanbodsgericht), krachtgericht kijken (>< probleemgericht) en een zoekende houding (>< wetende houding).

Bovenstaande reflectie van Jan Naert geeft me minstens een “aha Erlebnis” ... “Onze beweging” speelt zich dus inderdaad in diverse sectoren van gezondheid en welzijn ...ook hier is sprake van parallelle processen.

In dit hoofdstuk tracht ik de gekozen weg van het kwaliteitsbeleid te kaderen in het globale organisatiebeleid. In 4.2 beschrijven we de actuele aanpak binnen Bethanië.

In 4.3 spiegelen we de praktijk binnen Bethanië aan het SF – gedachtengoed. Ik formuleer een persoonlijk antwoord op volgende vragen:

- Hoe sluit de dagelijkse praktijk van Bethanië aan bij het oplossingsgericht gedachtengoed?
 - Wat lijken interessante inspiratiebronnen vanuit het SF-gedachtengoed om in onze dagelijkse praktijk bovenstaande kwaliteitsvisie te versterken en te integreren?
- Ik formuleer vanuit de “SF – toets” een aantal mogelijke “aanbevelingen” voor de “gewenste toekomst”. Erg belangrijk hierbij is dat dit telkens vertrekt vanuit mijn persoonlijke interpunctie, en dus een subjectieve en particuliere waarheid.

4.2 Aanpak in Bethanië

4.2.1 Situering

Op de permanente werkgroep van de PZ en PAAZ werkend op Vlaams niveau (Zorgnet – Icuro, 24.03.2023), kwamen er 4 psychiatrische ziekenhuizen en/of diensten getuigen over hun keuzes en gehanteerde instrumenten mbt het eigen kwaliteitsbeleid. Vier verschillende keuzes ... Planetree, Qualicor, een eigen kwaliteitssysteem.

Uit de nabespreking kwamen volgende kritische succesfactoren tot uiting om tot een werkzaam kwaliteitsbeleid te komen (uit het verslag):

- “Het thema kwaliteit als wezenlijk onderdeel van het beleid van het hele ziekenhuis;

- elke medewerker is medeverantwoordelijk en eigenaar van het thema kwaliteit;
- duidelijke bevoegdheden binnen de organisatie;
- een organisatiecultuur waar leren en kwaliteitsverbetering voorop staan;
- kwaliteit moet in de eerste plaats voelbaar zijn voor de patiënt: processen van kwaliteitsverbetering moeten dus ook dicht bij de werkvloer vertrekken;
- een model is een tool om tot een gedegen kwaliteitsbeleid te komen maar is geen doel op zich. Evenzo voor procedures;
- professionele medewerkers;
- specifiek voor psychiatrische ziekenhuisdiensten: focus op bejegening van de patiënt¹⁸ als belangrijkste kwaliteitsthema”.

Als het ware, een volgende “aha – Erlebnis” èn geruststellend om te horen.

In dit hoofdstuk willen we conform met bovenstaande vaststellingen, onze keuze in het kwaliteitsbeleid kaderen binnen het globaal organisatiebeleid.

Om dit “conceptueel” te kaderen en te ordenen gebruiken we het **concept van de innovatieve arbeidsorganisatie** (Van Gramberen, 2017 en Workitects, 2019).



Flanders Synergy IO-canvas

¹⁸ Binnen ons denken wordt de “patiënt” verruimd naar de “mens”, die patiënt kan zijn, maar ook medewerker, familielid, ..

Bovenstaand IAO - canvas biedt houvast om met een organisatie aan de slag te gaan. Het onderscheidt acht mijlpalen voor een goestinggevende organisatie, mijlpalen die een doeltreffend en samenhangend antwoord verdienen (Maenen, in Van Gramberen, p.14)

De groene delen hebben met cultuur te maken, de blauwe onderdelen geven info over de structuur. We zetten ze op een rij:

- Visie: wat is de bestaansreden van de organisatie, wat zijn haar waarden en mensbeeld?
- Proces: wat zijn de kernactiviteiten van de organisatie? wat is het primaire proces?
- Macrostructuur: Hoe worden taken en beslissingen verdeeld in niveaus, afdelingen en teams?
- Leiderschap: wie voelt en gedraagt zich in de organisatie verantwoordelijk voor wat?
- Microstructuur: hoe, door wie, en in welke mate zijn individuele jobs gedefinieerd?
- Teams: wordt er samengewerkt zodat alle beschikbare talenten benut worden?
- Systemen: Welke hulpmiddelen en methodes zijn er om het werk gedaan te krijgen?
- Individueel: Wat wordt er verwacht van mensen rond vaardigheden en gedrag?

We vertrekken in dit eindwerk hoofdzakelijk vanuit de culturele bouwstenen van het bovenstaande canvas, gezien de samenhang met het thema 'kwaliteitsbeleid'. En omdat in Bethanië cultuurelementen erg "aanwezig" zijn.

Het spreekt voor zich dat we niet de volledigheid nastreven, dat we accenten leggen die verwant zijn met het kwaliteitsbeleid. We schrijven immers geen kwaliteitshandboek voor de overheid

4.2.2 Visie

In het boek van Mieke van Gramberen (2017) worden er vier vragen onder 'visie' ¹⁹geplaatst:

- Waarom bestaan we?
- Waar gaan we naartoe?
- Wat zijn onze waarden?
- Wat is ons mensbeeld?

Op de website, onthaalbrochure en posters op de afdelingen van Bethanië geestelijke gezondheidszorg worden hier antwoorden op geformuleerd. Een kort overzicht van het bestaande.

- "Bethanië, biedt in dialoog, zorg aan mensen in psychische nood".

¹⁹ Deze vragen staan ook geïntegreerd in het model van "organisationele kwaliteitscultuur" (Boxstaens, mei 2023). (...) De visie en missie van organisaties, organisationele doelstellingen, maar ook doelstellingen van teams of individuele doelstellingen van medewerkers kunnen bijgestuurd worden op basis van een cyclisch proces van constructieve feedback en bijsturing. Het voortdurend samengaan van organisatie- en ontwikkelingsgericht werken doorheen de vier dimensies van kwaliteit is essentieel in functie van het cultiveren van een gedragen kwaliteitscultuur" (p.13-14)

- “Binnen en buiten met aandacht verbonden”
- *Wat bieden we in Bethanië (kortfilm): “Bethanië biedt menselijkheid, respect, een luisterend oor, rust de natuur, gastvrijheid, kwetsbaarheid en vertrouwen, openheid, wederzijdse ondersteuning, gelijkwaardigheid en kwaliteit”*
- Wat kunnen mensen van ons verwachten (cfr. *charter voor de patiënt*)²⁰:

1. *Jouw zorgvraag staat centraal en is bepalend voor de behandeling of de begeleiding*

Als patiënt van Bethanië heb je recht op een kwalitatieve behandeling of begeleiding. Het vertrekpunt is daarbij altijd jouw specifieke vraag: welke zorg heb jij nodig?

2. *We brengen samen met jou in kaart welke zorg je nodig hebt*

Om je een goede behandeling of begeleiding te kunnen garanderen, is het belangrijk dat we jouw zorgvraag zo snel mogelijk helder maken en met jou bespreken. We hebben hierbij ook aandacht voor jouw familie en de belangrijke steunfiguren die jou omringen.

3. *We bakenen het zorgaanbod duidelijk af en geven je alle informatie die je nodig hebt*

Na de analyse van jouw zorgvraag krijg je van ons alle informatie over de behandeling en begeleiding die we voor jou hebben afgebakend. We vertellen je wat je mag verwachten: wat we doen en wat we niet doen. Als we geen antwoord kunnen bieden op jouw zorgvraag, verwijzen we je door naar een zorgpartner met een ander geschikt aanbod.

4. *We bieden je een aanpak op maat, afgestemd op jouw specifieke zorgvraag*

Met jouw zorgvraag als uitgangspunt werken we in onderling overleg een geïndividualiseerd en multidisciplinair behandelplan uit. Daarbij hechten we veel belang aan onze therapeutische relatie met jou.

5. *We garanderen je continuïteit*

Jouw persoonlijk begeleider coacht jou door het behandelprogramma of begeleidingsplan. Hij of zij let erop dat jouw behandel- of activiteitenprogramma optimaal afgestemd blijft op jouw zorgvraag. Deze coach is de centrale contactpersoon voor jou en je familie.

6. *We gaan voor deskundige zorg met aandacht voor vernieuwing*

We willen de kwaliteit van onze zorg voortdurend verbeteren en vertrekken daarbij altijd van de jongste wetenschappelijke bevindingen. Dat doen we met continue aandacht voor jouw persoonlijke ervaring als patiënt of bewoner. We staan geregeld stil bij ons professionele handelen en zien er nauwlettend op toe dat het werk correct en zorgvuldig wordt uitgevoerd.

²⁰ Als we de inhoud van dit bestaande charter erg kritisch vanuit de assumpties van het Korzybski – Instituut bril doorlichten, zijn er enkele zaken opvallend:

- het geloof in de “autopoëtische krachten van de patiënt” wordt minder uitgesproken
- er toch enigszins een eerder asymmetrische relatie in wordt verwoord ... als het ware “een gezonde hulpverlener zorgt voor een zieke patiënt” ...
- de uitspraak “kwetsbaarheid bieden” is erg weinig concreet en zichtbaar.

7. *Jij staat centraal, op elk moment*

We willen je veilige zorg bieden binnen een gastvrije en open omgeving waarbij je als patiënt of bewoner gerespecteerd wordt in je autonomie. We willen leren uit jouw feedback om telkens opnieuw onze zorg en ons zorgsysteem te verbeteren.

Bethanië kent sinds 2020 een nieuw logo, een gemeenschappelijk keuze binnen de zorggroep Emmaüs, met per sector een specifieke kleurenpalet. Geïnspireerd op het natuurelement van het helikoptertje van de esdoorn.



Sindsdien wordt ook de overkoepelende term “Bethanië geestelijke gezondheidszorg” gebruikt om het geheel van de activiteiten en (sub)organisaties te benoemen.

Momenteel zijn we voorbereidingen aan het treffen voor het 100 jarig bestaan van Bethanië in 2024. We wensen tegen eind volgend jaar een vernieuwde kernachtige missie – visie uit te werken voor Bethanië geestelijke gezondheidszorg op een participatieve wijze. Twee werkvormen bieden ons reeds erg belangrijke informatie:

- Een Scrabble traject met alle betrokkenen (vertrokken vanuit een initiatief van medewerkers, ervaringsdeskundige en familie-ervaringsdeskundige):
 - Een ruime bevraging: aan welke woorden wordt er gedacht als er sprake is van kwaliteitsvolle zorg in Bethanië, foto van Scrabble-borden, uitkomst is een top tien van woorden.

“Luisteren, rust, samen, mens, vertrouwen, begrijpen, openheid, veilig, geduld en tijd”

- **Vertrekkend vanuit deze top tien:** “Vanaf deze week worden Babbelpotten verdeeld met allerlei vragen en opdrachten die verband houden met de top-10 van de Scrabble. Neem een kaartje, beantwoord de vraag of voer de opdracht uit. Zo ontstaat er verbinding op afdelingen of over afdelingen heen, maken we tijd om naar elkaar te luisteren of kunnen we gesprekken op gang brengen. Tegelijk gaan we, net als bij de Scrabble vorig jaar, hiermee indirect op zoek naar hoe we de best mogelijke zorg kunnen bieden” Een interactieve zoektocht naar verhalen, betekenissen, ... achter de woorden.
 - Een gezellig event om een en ander voor te stellen (via *radio bar divers*)
- Een lopend praktijkgericht onderzoek (begeleid door Raeymaeckers, P. en Boxtaens, J., UA) naar de werkzame factoren van “samenwerking” binnen Bethanië, gebaseerd

op enkele concrete casussen. Verschillende afdelingen binnen Bethanië GGZ worden geconfronteerd met complexe problemen van een vaak heterogene groep patiënten. Deze complexiteit valt moeilijk te hanteren vanuit één organisatie en dus is de nood aan samenwerken én de verbinding met netwerken overal sterk aanwezig. In dit onderzoeksproject willen we – vertrekkende van drie casussen – samenwerking tussen afdelingen en externe partners in kaart brengen en zichtbaar maken. Een eerste stap in dit proces is het maken van een gedegen casusbeschrijving. Vanuit deze beschrijving moet duidelijk worden welke de actoren zijn die betrokken werden, wanneer, op welke manier, hoe intensief, ... Het samenwerkingsverband moet ook visueel in beeld gebracht worden (netwerk) zodat duidelijk wordt welke organisatie(s) een centrale rol spelen in het netwerk, welke verbindingen (minder) sterk zijn, enz.

Nadat er een objectieve beschrijving werd gemaakt van de samenwerkingsverbanden die zich gevormd hebben in de beschreven casus, is het belangrijk om na te gaan hoe de samenwerking beleefd werd door de respectievelijke actoren. Dit doen we met behulp van een semigestructureerd diepte-interview met elke actor. Vanuit de kwalitatieve analyse van de interviewdata krijgen we informatie over hoe de betrokken actoren kijken naar de samenwerking en het netwerk. Eén van de hypotheses die we graag exploreren is dat informele samenwerkingsverbanden (“tussenruimtes”) even belangrijk (of misschien zelfs belangrijker) zijn dan formele samenwerkingsverbanden. De kwalitatieve analyse van de interviewdata kan gebruikt worden om in een laatste fase een reflexieve cyclus te organiseren met alle partners in het samenwerkingsverband.

De weg naar een nieuwe visie is nog niet geplaveid. De extra input van bovenstaande interventies, zal als “inspiratie” en “trigger” dienen om een participatief en reflectief proces op macro - niveau te continueren, en dit te laten uitmonden in iets wat ons erg specifiek kenmerkt

In het boek van Mieke van Gramberen lezen we dat een visie drie keer wordt gedeeld:

- Op het moment dat ze gecreëerd wordt: door zo veel mogelijk mensen te betrekken creëer je draagvlak.
- In de omzetting van de organisatiestructuur: de manier van werken en de organisatie van de teams liggen in overeenstemming met de waarden en visie van het bedrijf.
- In het dagelijks werk: elke beslissing wordt afgetoetst aan de visie, die zichtbaar levendig gehouden wordt bij alle medewerkers.

Met dit inzicht maken we een uitstap richting enkele structuurelementen, “proces” en “macrostructuur”.

4.2.3 Processen

De kern van onze zorg speelt zich in de concrete samenwerking tussen de particuliere patiënt en het multidisciplinaire team, waarbij de individuele begeleider een belangrijk rol speelt in de continuïteit en communicatie.

In de dagelijks praktijk is er sprake van “patiëntgerichte onderhandelde humane zorg” ... of een maximaal streven naar. Dit is, o.a. gezien een toename van het aantal gedwongen opnames, een permanente doch bewuste evenwichtsoefening. We trachten patiënten, onafhankelijk van het statuut, zoveel mogelijk te stimuleren in het maken van eigen keuzes.

Centraal staat evenwel de dialoog met de patiënt, de regie zoveel mogelijk blijven geven aan de patiënt²¹, het luisteren naar de wensen en verwachtingen van de patiënt, het zoeken naar de krachten en talenten van elke patiënt, het benaderen van de patiënt als medemens ...

4.2.4 Macrostructuur

Bethanië heeft in zijn structuur²² een eerder traditionele hiërarchische structuur. Dit vertaalt zich in diverse organogrammen.

In de cultuur en de dagelijkse werking heerst er echter een “horizontale wijze van samenwerking”, mee te begrijpen vanuit volgende items:

- (1) de geschiedenis van Bethanië,
- (2) ervaringen met het project naar “zelforganiserende teams” (Jos Rovers, 2019)
- (3) en actueel geïnspireerd door de concepten van de “fluïde organisatie” (De Vet A., en Lowette, F., 2018).

(1) Geschiedenis:

Afdelingen (operationeel in diverse decentraal gelegen paviljoenen) hebben van oudsher erg veel beslissingsbevoegdheid gehad, mede onder impuls van de psychiaters. Decentraal denken en werken, en het geven van regelruimte aan de medewerkers, zit als het ware “in de muren” van Bethanië.

²¹ Dit is niet altijd vanzelfsprekend, zeker niet bij patiënten vertoevend in psychotische episode, is het voor de patiënt zelf niet helder wat zijn behoeften of wensen zijn. Binnen het ziekenhuis wordt ook gebruik gemaakt van het denken vanuit Nieuwe Autoriteit (om de noodzakelijke grenzen te markeren).

Voor gesprekken met mensen met psychotische beleving, verwijzen we naar het boek van Stijn Vanheule en Jim Van Os “Psychose begrijpen in 33 vragen”, waar er spraken is van de LEAP methodiek: Luisteren (listen), Inleven (empathize), Overeenstemmen (agree) en Samen op weg gaan (partner).

²² De doelgroepgerichte structuur is eerder flexibel van aard, en vertrekt in de praktijk niet erg strikt vanuit de categoriale benaderingen (uitgezonderd de moeder baby-eenheid, en in mindere mate de afdelingen voor personen met een verslavingsproblematiek, - voor ouderen, - voor personen met een niet aangeboren hersenletsel, voor personen met een verstandelijke beperking).

(2) Zelforganiserende teams:

We hebben vanuit directie en beleidsteam getracht om in de periode 2019 – 2021 concrete stappen te zetten naar zelfsturende teams, onder begeleiding van Jos Rovers (“Het Eerste huis”).

Uit de visienota “organisatieontwikkeling” van 2020: *“Een zorgzaam proces met kandidaat piloot-afdelingen: We dromen van een psychiatrisch centrum dat ten volle aangestuurd wordt vanuit haar bedoeling: betekenisvolle zorg verlenen aan mensen in psychische nood. Om dit waar te maken willen we evolueren naar een simpele, slimme en wendbare structuur. Dat vergt gestructureerde zelforganisatie, een heldere visie, duidelijke kaders, transparantie en vertrouwen. Zo kantelen we van een piramidale structuur naar een ‘cirkelorganisatie’ waarin elke cirkel maximaal autonoom en minimaal afhankelijk is”*

We dachten dat dit de logische weg was om verder te evolueren van een “groene” organisatie richting een “cyane” organisatie (Laloux, F., Reinventing organisations, 2015)

Een “groene organisatie” die eerder cultuurgedreven, zich richt op empowerment van medewerkers, is waardegedreven en richt zich op het belanghebbendenmodel en hun maatschappelijke rol. De organisatie als een “familie” als metafoor. Groene organisaties voelen zich vaak ongemakkelijk bij macht en hiërarchie.

We dachten dus een stap verder te kunnen evolueren in de richting van een “cyane organisatie”, waar “vertrouwen” cruciaal is binnen een levendige organisatie. Drie evoluties staan centraal in het evolueren naar een cyane organisatie:

- een streven naar zelfsturing,
- een streven naar heelheid,
- en een permanent luisteren naar de bedoeling.

Dit proces hebben we evenwel fundamenteel moeten bijsturen gezien er teveel “protest aanwezig” was vanuit de leidinggevenden en de artsen, met neveneffecten naar anderen.

Enkele pilootafdelingen (algemeen secretariaat, moeder baby afdeling) hebben een afgeleide van dit model evenwel kunnen behouden in hun werking.

Enkele verklaringen voor dit (toen eerder onverwachte) “intern conflict”:

- Een sterke allergie tav het “model”, de “voorgestelde instrumenten” (bvb. “geen bezwaar methode”, “check in”, ...) en het gehanteerde “taalgebruik”; Ook het “zelf”(sturing) als centraal concept werd door het aanwezige denken, hoofdzakelijk vanuit de psychiaters en psychologen, erg kritisch benaderd als een neo-liberaal concept;
- Onzekerheid/angst (lees: bedreiging) van de leidinggevenden voor de toekomst;

- We zijn te weinig expliciet vertrokken van “wat er al was, wat er werkte in Bethanië...” in de richting van een cyane organsitie. Dus helemaal niet volgens de SF- principes en de opbouw van “the users guide to the future”(zie hoofdstuk 5, Mac. Kergow);
- We hebben de “informele leiders” binnen de organisatie onvoldoende meegenomen in het verhaal; en
- Een aanwezige interne paradox binnen de organisatie: de aanwezigheid van enerzijds een kleine “rode-impulsieve kern” (macht door enkele informele leiders) binnen de organisatie, en anderzijds een globale sterke allergie tegenover “macht” vanuit de hiërarchie (“hoe kan een directie nu beslissen tot zelfsturing”, angst voor een te grote macht van de transitiecirkel²³). In essentie ... te weinig vertrouwen en mandaat naar het nieuwe directieteam, “weerstand” (zie SF definitie) zouden we dit kunnen noemen;
- De uitdrukkelijk vraag, het verlangen naar een “vader – figuur” (vanuit het analytisch denkkader te begrijpen) die een zekere garantie en zekerheid biedt (kader en besluitvorming), verbinding en verknoping legt, en vertrouwen uitstraalt²⁴.

(3) De fluïde organisatie: een ideale mix van hiërarchie en het lerend vermogen

Terwijl de aanwezige “groene cultuur” continueert, en toch wel zaadjes gepland heeft gekregen van het cyaan denken en handelen, hebben we de voorbije periode een nieuw evenwicht gevonden, mede geïnspireerd voor de concepten vanuit de “fluïde organisatie”. Een selectie van interessante concepten die we in de praktijk trachten toe te passen en te implementeren:

- Het werken met expliciete (horizontale) rollen over departementen en (sub)organisaties heen.
- De actiecirkel doorheen de organisatie (individu, team, organisatie). Een actiecirkel bestaat uit vier stapjes: waarnemen en voelen, delen van info, beslissen wat te doen, en dan het doen van de actie, en dan weer rond.
- Het verder implementeren van “verbindende communicatie”²⁵. We hebben een team van verbindende communicatietrainers die doorheen de ganse organisatie opleiding geven.
- De aanwezigheid van een “reflectiekamer” waarin inhoudelijke spanningsvelden tussen het klinisch en het beleidsmatig werken beschouwend worden besproken;

²³ Dit was een intern team dat extern opgeleid (door consultants van het Eerste Huis) was om de transitieprocessen te ondersteunen naar de diensten en afdelingen.

²⁴ Een gevolg van dit verlangen. Er wordt jaarlijks “een staat van het huis” georganiseerd voor alle medewerkers waar “het beleid” (en dus zeker ook de algemeen directeur) zijn “dromen” toelicht voor het komende jaar.

²⁵ Het werken met de concepten van “Verbindende communicatie” is aanwezig in Bethanië doch werkt onvoldoende bij patiënten met een psychotische problematiek. Ze hebben vaak weinig zicht op, aansluiting met hun behoeften.

- Het verder vorm geven van fluïde structuren, over de teams heen. Er wordt zeker ervaring opgedaan met kennisleernetwerk binnen de organisatie en diverse projectgroepen.
- Fluïde strategie: We hebben een gemeenschappelijk zorgstrategisch verhaal 2024 (zie bijlage 3), wat het kader is van onze strategie. We zijn de voorbij periode gestart met een beleidsgroep zorgstrategie om binnen de VUCA – wereld onze strategische koers te bepalen, rekening houdend met de “actiecirkel” en “met betrokkenheid van de diverse stakeholders”. We hebben nog geen ervaring met participatieve strategische dagen, wel met strategische updates (“ontmoetingen”) waar iedereen op uitgenodigd wordt.

We zijn doorheen de voorbije corona-tijd afgestapt van een strategisch beleidsplan voor een periode van 5 jaar (2015-2020), gebaseerd op het Kwadrant model (het management voor zorgexcellentie, 2006), met als resultaat een waslijst aan strategische doelen en operationele doelstellingen, vertaald in projecten ...

Momenteel zijn we verder nog zoekend hoe we dit verder participatief en transparant vorm kunnen geven. Weerkerende initiatieven als “staat van het huis”, “maandelijkse thematische ontmoetingen”, “metaforum”, rechtstreekse contacten met (kern)teams en directie, ... zorgen actueel reeds voor een structurele en relationele verbinding.

Actueel werken we binnen het directieteam met een 8 – tal strategische keuzes²⁶ (als het ware richtingwijzers), waaronder zich diverse projecten en thema’s bevinden. De inhoud wordt verteld en getoetst op de “thematische ontmoetingen”.

Systematische en volledige transparantie van deze strategische keuzes naar de ganse organisatie bestaat er actueel te weinig.

4.2.5 Leiderschap

In het boek van Marc Buelens en De Stobbelier K. (Essentials Leiderschap, 2014, p.27) vinden we volgende synthese wat betreft “experts in leiderschap”

... weten dat leiders net dat tikkeltje anders zijn dan managers of leidinggevenden.

... zijn er zich van bewust dat leiders niet zozeer geboren of gemaakt worden, maar vooral zo genoemd worden.

... beseffen dat ze zo genoemd zullen worden als ze competent en eerlijk zijn en resultaten halen.

... zien in dat ze het nooit alleen kunnen. Leiderschap moet uitdijen.

²⁶ De 8 onderscheiden strategische opties: zorgstrategie (vanuit het zorgstrategisch verhaal), inbedding van Bethanië in de samenleving (en de netwerken), zorgcommunicatie, zorg voor medewerkers, kwaliteit, duurzaamheid, infrastructuur en financieel gezond blijven.

... begrijpen dat ze recht op spreken moeten opbouwen.

... kunnen ons helpen een vernieuwend antwoord te geven op de drie concrete vragen:
Wie ben ik? Wat is de situatie? Wat doen de anderen?

In het “IAO” canvas geeft leiderschap een antwoord op de vraag

“Wie voelt en gedraagt zich in de organisatie verantwoordelijk voor wat?”

We verwijzen naar het boek “goestingarchitecten” van Mieke van Gramberen, waar er gepleit wordt voor “meer leiderschap” in een wereld waar veerkracht, flexibiliteit en snelheid steeds belangrijker wordt. Mensen en teams moeten op elke moment klaar staan om zich proactief aan te passen aan veranderende omstandigheden. In de dagelijkse klinische praktijk binnen een Psychiatrisch Centrum is dit zeer herkenbaar. Het werk vraagt een hoge wendbaarheid en initiatief-name, wat impliceert dat medewerkers zelf de verantwoordelijkheid en de autonomie moeten hebben om beslissingen te kunnen nemen binnen een kader dat voor hen is uitgetekend.

Vanuit ons kwaliteitskader bevestigen we ons streven naar een cultuur van initiatiefname (zeker reeds aanwezig op micro-en mesoniveau) en (gedeeld) eigenaarschap uit te dragen. Binnen deze cultuur merken we een groot ethisch reflectief vermogen op individueel en team-niveau gekenmerkt door het telkens opnieuw “kansen geven” aan de patiënt (in plaats van risico’s vermijden).

We trachten als beleidsmakers de vrijheid en regelruimte in de dagelijkse werking voldoende groot te houden.

Binnen Bethanië loopt er actueel een leiderschapstraject²⁷, evenwel met de focus op de leidinggevendenden van afdelingen en diensten. Een werkgroep met leidinggevendenden heeft dit vorm en inhoud gegeven. Diverse sprekers komen inhoudelijk inspireren op 5 uitgebreide inspiratiesessies, vertrekkend vanuit verschillende perspectieven:

- Jij als leidinggevende in contact met uzelf
- Jij als leidinggevende in contact met de ander
- Jij als leidinggevende in contact met je team
- Jij als leidinggevende in contact met de context
- Finaliseren van de eigen leiderschapsvisie, mede geïnspireerd door de diverse sprekers

²⁷ Persoonlijk geloof ik sterk in het authentiek leiderschap bestaande uit volgende 4 bouwstenen:

- Ken jezelf, maar ook de anderen
- Focus op relationele transparantie
- (voor) Leef je waarden
- Breng balans in je besluiten

En adem “persoonlijk leiderschap” uit .. . Dit betekent concreet, neem expliciet verantwoordelijkheid en draagt dit ook uit aan anderen.

(Gebaseerd op podcast Leef en leid authentiek, 2023, impactorganisatiecoach)

4.2.6 Team

Binnen de werking van Bethanië is “multidisciplinair samenwerken” binnen teamverband cruciaal om goede zorg te kunnen aanbieden. We beperken ons tot de werking van het Psychiatrische Ziekenhuis om een beeld te scheppen.

De therapeutische werking van een afdeling binnen het ziekenhuis krijgt vorm door een team behandelaars en roulementsmedewerkers en wordt geleid / gecoacht door een kernteam²⁸. Dit kernteam bestaat minstens uit de coördinator van de afdeling, (één van) de psychologen en (één van) de psychiaters.

In de wijze waarop het team en het kernteam afstemmen en samenwerken, èn in de wijze waarop de leden van het kernteam “samen beleid” maken, wordt er veel ruimte gegeven.

Inhoudelijk wordt er natuurlijk gewerkt binnen een aantal wettelijk en centraal opgelegde krijtlijnen (bv. de aanwezigheid verpleegkundigen, medicatie, voedselveiligheid, arbeidsregelgeving, bezettingscijfers). Ook enkele referenten en rollen worden ook vanuit de centrale leiding verwacht op afdelingsniveau (bv. referent medicatie, stage – begeleiding, ...)

Teams kunnen beroep doen op een aantal interne teamcoaches (opgeleid vanuit het gedachtegoed van “verbindende communicatie”) om de samenwerkingsmoeilijkheden uit te klaren. Ook collega’s van andere afdelingen worden aangesproken om team te coachen in groepsdynamische processen.

De coördinatoren van de afdelingen worden gesteund en gecoacht door enkele aanwezige zorgmanagers (bij moeilijk situaties - al dan niet met extra support vanuit het HR-departement). Het ziekenhuis beschikt over een ONS – team²⁹ om ondersteuning te bieden aan medewerkers bij ernstige incidenten, ingrijpende gebeurtenissen.

4.2.7 Microstructuur

Op het maandelijkse kennismakingsontbijt met nieuwe medewerkers krijg ik steevast als antwoord wat opvalt in Bethanië na een eerste kennismaking ... “hoeveel (inhoudelijke) vrijheid er wordt ervaren door de medewerkers”. Zowel in het vorm geven van de eigen functie, als in de geboden flexibiliteit rond het inroosteren ...

Een heldere illustratie die zich vandaag afspeelt is de vraag naar het afschaffen van de prikklok ... vanuit het gevoel dat dit controlesysteem niet past binnen een cultuur van vertrouwen,

²⁸ Naast het kernteam bestaan er ook nog vakgroep-verantwoordelijken als dragende posities voor het vakspecifieke leren te ondersteunen (psychologen, non-verbaal therapeuten, maatschappelijk werk en ergotherapeuten, verpleging)

²⁹ Het “Ons team” zorgt voor directe steun na schokkende gebeurtenissen op individueel en team-niveau, en wordt erg frequent aangesproken. Verschillend van de aanpak van Delucci, wordt er veel aandacht geschonken aan het vertellen over de gebeurtenissen, evenwel naast de coping.

integendeel. Het gesprek is lopend gezien de vele perspectieven die aanwezig zijn op dit thema (o.a. verwerking van extra prestaties, nieuwe cao-arbeidsdeal, ...).

Binnen Bethanië wordt er veel ruimte gegeven om disciplines mee in te schakelen in het therapeutisch programma voor de patiënten (bvb. verpleegkundigen die groepstherapie geven).

4.2.8 Individu

Wat wordt er verwacht rond vaardigheden en gedrag?

Naast de specifieke vakkennis, wordt de focus in Bethanië erg gelegd op het professioneel hanteren van de therapeutische relatie (ontmoeting, contact leggen, nabijheid) met individuele patiënten en het samenlevingsklimaat op een afdeling. Getuige o.a. de verplichte opleidingen binnen het zorgdepartement: veilig in contact (vanuit verbindende communicatie) en verbindende communicatie.

Van de psychologen wordt er verwacht om een psychotherapie-opleiding te volgen.

Binnen de werking van de zorg is er een toegenomen aandacht voor systematische intervisie, supervisie, teamcoaching.

Externe opleiding m.b.t. ethische reflectie worden systematisch aangeboden waardoor we actueel reeds een 15 aandachts-personen ethiek hebben. De dagelijkse fluisterethiek wordt op deze wijze geleidelijk geïmplementeerd.

4.2.9 Systemen

Natuurlijk bestaan er ook in Bethanië (digitale) hulpmiddelen en methodes om het werk gedaan te krijgen.

Refererend naar Wouter Hart, is het nagestreefde uitgangspunt dat systemen ondersteunend dienen te zijn naar de leefwereld, de klinische praktijk. En dit is vaak spannend in Bethanië. Vaak worden ze, ondanks een zorgzaam voorbereidend participatief proces, niet zo beleefd. Enkele voorbeelden: de decentrale kasten, het Electronische Patiënten Dossier, HR-software systemen m.b.t. opvolgen van werkuren.

4.3 Toetsing aan, en “suggesties” vanuit het SF-denkkader

4.3.1 Hoe sluit de dagelijkse praktijk van Bethanië aan bij het oplossingsgericht gedachtengoed?

We gebruiken de assumpties vermeld in het boek van Gwenda Schlundt Bodien (Oplossingsgericht werken in HRM, 2010) om Bethanië als organisatie te spiegelen en te waarderen.

Eerst lijkt het belangrijk om voor de lezer de term “oplossingsgericht werken” diepgaander te duiden, deze term is immers erg verwarrend. (...)

“Een oplossingsgerichte manier van werken is een respectvolle veranderbenadering die problemen onderkent om vervolgens doelen en oplossingen op een constructieve, doelgericht en positieve manier te definiëren en te benutten wat goed werkt om de gewenste toestand stap voor stap dichterbij te brengen. Sterktes en eerdere successen en positieve uitzonderingen op het probleem worden benut om ideeën op te doen voor de eerstvolgende stap voorwaarts, zodat progressie wordt gemaakt in de richting van de doelen (...) (p.15)

We waarderen het geheel van “Bethanië geestelijke gezondheidszorg” op de diverse assumpties van de oplossingsgerichte aanpak en de oplossingsgerichte mindset aan de hand van een voorstelling op een schaal, een breed toegepaste SF – interventie.

Het spreekt voor zich dat deze “score” vanuit een erg generiek “organisatie-perspectief” wordt gegeven, en niet als een “oordeel of beoordeling” dient geïnterpreteerd te worden. Een korte verklaring wordt telkens gegeven, met een persoonlijk suggestie tot “kleine stap” om de score met een half punt te verhogen.

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat een eventuele “virtuele finaliteit”, het worden van of evolueren in de richting van een oplossingsgerichte organisatie, niet of beter nooit aan de orde is. Wel het evolueren naar een gewenste toekomst, het bereiken van onze bedoeling “onze missie vanuit onze uitgangspunten” ...

Vijf assumpties worden in het boek vermeld en een beschrijving van de oplossingsgerichte mindset.

Assumptie 1:

Probleemanalyse en problemdiagnose zijn niet nodig om tot een positieve verandering te kunnen bereiken. Probleemonderkenning is daarvoor voldoende en werkt beter. Elk geval is uniek..



Verklaring:

In Bethanië wordt elke patiënt erg uniek benaderd, en vanuit een erg erkennende benadering. De nadruk ligt vaak op het “begrijpen” (vanuit de persoonlijke “problematische” geschiedenis) van het psychisch lijden. Te strikte (medisch) categoriale diagnose staat zeker niet voorop.

Suggestie:

Meer de focus leggen op de succesvolle situaties en de coping met de problemen uit het verleden ... “wat heeft gewerkt om te overleven ...”

Nadenken over de nuttige functie van het symptoom: waarvoor is het al een oplossing ? Wat zijn comfortabelere wijzen ?

Assumptie 2:

Het levendig beschrijven van de gewenste situatie is het begin van de positieve verandering.



Verklaring:

Er wordt erg hoopvol en vertrouwensvol met patiënten omgegaan, de focus ligt op het klinisch, persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het “problematisch verleden” krijgt echter veel aandacht binnen de diverse werkingen.

Ook binnen de organisatie wordt de historische verklaring voor bepaalde strategische keuzes, hoog in het vaandel gedragen, én wordt er eerder defensief gereageerd op nieuwe ontwikkelingen. Deze defensieve reactie kan misschien verklaard worden door het besef hoe kwetsbaar deze is binnen de huidige maatschappelijke druk.

Suggestie:

Meer concretiseren van de gewenste toekomst ... evenwichtig en bewust omgaan met de vier delen van onderstaand kwadrant in gesprekken, overleg, reflecties, ... Het succesvol verleden, het problematisch verleden, de gevreesde toekomst en de gewenste toekomst (Haesun Moon, 2017) meer evenwichtig en bewust in gesprekken aan bod laten komen.



Het oriëntatiekwadrant van Moon is een bruikbaar denkkader om inzicht te krijgen in de manier waarop je in gesprekken gaat (met patiënt, collega, leidinggevende, familielid, ...). Het geeft je de kans om zichtbaar te maken wat je samen in dialoog construeert met het oog op een andere oriëntatie of de reden van het gesprek.

Het model benadrukt hoe we taal als hulpmiddel kunnen inzetten in gesprek. Het belangrijkste doel is de patiënt en collega te ondersteunen in het samenstellen en vertellen van betere verhalen over hun leefwereld. De manier van oriëntatie, positief of negatief, is van invloed op de manier waarop mensen hun verhaal samenstellen.

Het model heeft drie kernpunten waar je aandacht aan kan schenken voordat je in een gesprek een respons geeft. We spreken hiervan een 'antwoord-vraag-antwoord-vraag' sequens ipv vraag-antwoord-vraag-antwoord sequens. Je kent je volgende vraag maar pas als je het antwoord hebt gehoord. Drie kernpunten:

(1) Horizontale as: Tijdslijn van het verhaal

Elk herhaal of gesprek heeft een tijdslijn tussen verleden, heden en toekomst. Wat zegt de persoon in termen van verleden, heden en toekomst ?

(2) Verticale as: de inhoud van het verhaal

Deze plaats je op een continuüm van ‘positieve gedachten en gevoelens’ naar ‘negatieve gedachten en gevoelens’. De goede zaken zijn die zaken die mensen willen zien toenemen en gecontinueerd zien. Het tegenovergestelde hiervan zijn de zaken die mensen niet meer of veel minder wensen in hun leven

(3) De oriëntatie van het verhaal

Het gaat niet over welke van de vier kwadranten het meest bruikbaar of nuttig is. Alle kwadranten zijn bruikbaar.

Het principe “leading from behind” is in gesprekken belangrijk. Als therapeut ga je mee in het kwadrant staan waar je patiënt zich bevindt. Via oplossingsgerichte vragen en het bewegen van de conversatie tussen “erkennen” (vnl. in kwadrant 3 en 4) en “verkennen” (focus op resources, uitzonderingen, ...) kan je het narratief heroriënteren (zie ook “growth mindset” in 4.2.2.) Belangrijk als een patiënt zich bevindt in kwadrant 3 of 4, je aandachtig bent om niet dieper in te gaan op de inhoud, want dan verval je in risico-analyse of een zoektocht naar de mogelijke oorzaak.

Moon benadrukt het belang van luisteren als de belangrijkste sleutel naar wat mensen willen. Wanneer iemand een vraag ‘question’ stelt dat zijn ze op een zoektocht ‘quest’ naar iets. Simpelweg een antwoord bieden op de vraag is niet de gepaste respons. Luister naar wat ze willen, de vraag achter de vraag.

Om het model concreter te maken, beschrijf ik de vier kwadranten en de voorbeeldvragen die je kan stellen in elke kwadrant (gebaseerd op Aertsen, C., 2021)

Kwadrant 1: gewenste toekomst: de focus ligt hier op hoop, dromen, wensen, acties en opportuniteiten, bvb.

- *Hoe ziet de wens eruit ?*
- *Wat is er dan anders ?*
- *Welke voordeel heeft dat ?*
- *Welke zijn de tekenen waar we aan gaan merken dat je die gewenste toekomst aan het bereiken bent ?*

Kwadrant 2: succesrijk verleden: troeven - resources, uitzonderingen, successen, voorbodes, goede praktijken, succesvolle coping, bvb.

- *Hoe is je dat gelukt ?*
- *Wie/wat heeft nog bijgedragen?*
- *Welke troeven-resources heb je ontdekt ?*
- *Waar wil je graag meer van doen in de toekomst ?*

Kwadrant 3: Problematisch verleden: oorzaken, schuld, zwakke punten, wat niet werkt, problemen, bvb.

- *Wat wil je behouden of onthouden uit die ervaring ?*
- *Wat heb je geleerd uit die ervaring ?*
- *Hoe ben je erin geslaagd om hier mee om te gaan ?*
- *Wat heeft geholpen ?*
- *Welke betekenis heeft dit vandaag voor jou ?*
- *Wat wil je anders doen in de toekomst ?*

Kwadrant 4: Gevreesde toekomst: angst, risicomanagement, dreiging, doemscenario's, bvb.

- *Wat is er nu belangrijk voor jou ?*
- *Wat motiveert je om door te gaan ?*
- *Wat wil je nog ?*
- *Hoe ben je in het verleden al eens met zoiets omgegaan ?*

Assumptie 3:

De intensiteit van problemen fluctueert. Uitvinden wat werkt in het verleden helpt succes in de toekomst creëren.



Verklaring:

Binnen Bethanië is het denken dat veranderingen zich permanent afspelen aanwezig, en dat probleemsituaties fluctueren ook. De ene dag is de andere niet. Patiënten krijgen telkens opnieuw kansen, ondanks erg moeilijke situaties.

Suggestie:

Nog meer bewust zijn van wat goed ging in het verleden, er explicieter en concreter naar vragen (méér visualiseren), en dit zien als een mogelijkheid voor succes in de toekomst.

Assumptie 4:

Kleine positieve stappen brengen grote positieve veranderingen teweeg.



Verklaring:

Dit denken zit inherent in het denken en het implementatieproces van het metaproces Reflec. En is echt zichtbaar in de dagelijkse praktijk. Het “butterfly-effect”: de effecten van een reflectieve cyclus had effecten op andere thema’s.

Suggestie:

Méér positieve taal geven aan deze “realiteit” Iets waar we invloed hebben ... De complexiteit van onze context zien als een “kans” waar we met kleine stappen invloed op hebben ...

Assumptie 5:

Interne oplossingen hebben, als zij aanwezig zijn, de voorkeur boven externe oplossingen.



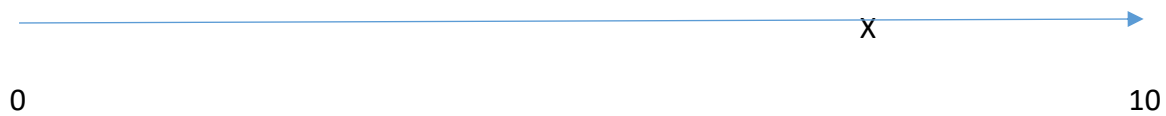
Verklaring:

In Bethanië, als organisatie, is een sterk geloof aanwezig in bottom – up werken, in het vertrekken vanuit de eigen kracht ... Binnen het therapeutisch werk, doch ook in het coachen van medewerkers, is er een sterk vertrouwen in de eigen kracht - talenten ...

Het verhaal van het project “zelforganiserende teams” is een voorbeeld welke effect er kan ontstaan, als je dit uitgangspunt onvoldoende in de mindset houdt in het gesprek en de aanpak.

Suggestie:

Méér bewust omgaan, en afwegingen maken binnen deze assumptie en dit binnen de diverse contexten (binnen de therapeutische relatie, bij het coachen van medewerkers, bij organisatieveranderingen). Elke situatie is immers anders: soms is het beter op zoek te gaan naar interne oplossingen (het heeft immers al een bewijs dat het heeft gewerkt in het verleden), soms is het beter een externe oplossing aan te dragen.



Verklaring:

Dit is een globale waardering voor het Bethanië, en de mediaan van de kwaliteit van de menselijke relaties vanuit de SF – bril. Deze mindset bestaat uit evenwel diverse topics ... we splitsen ze arbitrair op ... en trachten te verklaren.

De oplossingsgericht professional is eerlijk, authentiek en oprecht overtuigd van het feit dat positieve verandering bereikbaar is (...) probeert de ander daarvan echter niet direct van te overtuigen, omdat hij realiseert dat mensen vrij willen zijn om al dan niet te kiezen voor een positieve verandering (...)

Dit is erg aanwezig in Bethanië in de menselijke interacties.

Suggestie: De taal om positieve verandering te benoemen versterken (coping, actor-positie, ...) , naast de aanwezig "probleem-taal" zoals onmacht, lijden, ...

De oplossingsgerichte professional erkent dat er problemen zijn en kan zich voorstellen dat een probleem lastig is voor de ander. Hij gaat niet zo ver dat hij de pijn van het probleem van de ander zelf ook gaat voelen (...) ziet problemen, tranen en pijn als normale onderdelen van het leven en schrikt er niet van. Hij is oprecht nieuwsgierig naar het perspectief van de ander en onderzoekt dit welwillend.

Zéér aanwezig in Bethanië, zowel in de benadering van patiënten als medewerkers

Suggestie: Erg aandachtig zijn voor het risico voor te veel empathie en aandacht voor het problematisch verleden en het lijden, dit leidt potentieel tot een reëel risico op "victimiserende empathie" (Myriam Lefevere) voor de patiënt, en een "burn-out" voor de medewerker indien er sprake is van een teveel ... Een moeilijk, flinterdunne, doch erg cruciale grens. Ook hier kan "oplossingsgerichte" innerlijke taal bij de hulpverlener mogelijk nuance binnen brengen.

De oplossingsgerichte professional is benieuwd naar wat er in de plaats van het probleem zou komen (..) hoe 'beter' eruitziet. (...) is geïnteresseerd in wat werkt. Zodra hij iets hoort wat erop wijst dat iets werkt, wordt hij nieuwsgierig en belangstellend naar alle details van die situatie. Hij gelooft dat oplossingen die de ander benoemt beter werken dan oplossingen

die hijzelf aandraagt. Daarom stelt hij zich bescheiden op. Hij profileert zich niet zozeer als expert (...) wel als welwillend onderzoeker.

Ondanks het feit dat binnen Bethanië medewerkers werkzaam geschoold in diverse therapeutische stromingen, is deze “onderstroom” zeker herkenbaar en fundamenteel aanwezig. Deze uitgangspunten en gedrag sluiten aan bij het denken van verbindende/geweldloze communicatie (Rosenberg, Marshall B.) en de presentie- theorie van Andries Baart (binnen het SRH model³⁰).

Suggestie: Zie supra ... aandacht voor “delen van de gewenste toekomst”

De oplossingsgericht professional is mild ten opzichte van de ander en ook ten opzichte van zichzelf (...) In het gesprek met de ander vindt hij het perspectief van de ander belangrijker om over door te praten dan het oordeel dat hij zelf heeft ... (...) hij is blij met een kleine progressie ... Hij is gericht op het bereiken van doelen ... (...) hij manipuleert niet en is oprecht vriendelijk.

Dit is een herkenbare basishouding in Bethanië ... zeker naar de patiënten toe. Naar collega's (vaak van andere afdelingen of het zorgprogramma's ...) is het oordeel in de communicatie toch wel iets vaker aanwezig, is het begrijpen en aanvaarden van het 'verschil' soms minder.

Suggestie: Het méér formuleren als een expliciete verwachting in het functioneren, niet enkel in het patiëntencontact, ook in de onderlinge samenwerking tussen collega's.

4.3.2 Interessante kaders en instrumenten vanuit het SF-gedachtegoed om het kwaliteitsbeleid (zie hoofdstuk 3) te versterken in de dagelijkse praktijk?

Uitgangspunt is dat wat we bij individuen belangrijk vinden, en dus in de therapeutische relatie met patiënt, ook erg belangrijk vinden bij organisaties, en veranderingsprocessen binnen organisatie ... gezien een “organisatie” staat voor een verzameling van mensen en hun relaties is” (A. Stellamans, 2023)

Voortbouwend op bovenstaande assumpties, wil ik hier concrete invalshoeken en instrumenten vermelden, geïnspireerd door het SF – gedachtegoed, die concrete inspiratie kunnen leveren aan de concrete uitwerking van het kwaliteitsverhaal zoals beschreven in hoofdstuk 3.

³⁰SRH (Steunend Relationeel Handelen, voorheen Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) is een methodiek waarmee je cliënten kunt ondersteunen in hun herstel- en ontwikkelingsproces en omgevingen kunt creëren die steunend zijn. Dat doe je door krachten aan te boren voor herstel van regie en groei, met oog voor kwetsbaarheden en beperkingen

Ik baseer me o.a. op Anton Stellamans (2023, Oplossingsgericht coachen en management, Brugge) om enkele concrete “suggesties” uit te werken en te illustreren. Het spreekt voor zich dat verdere verdieping en interne dialoog noodzakelijk is.

4.3.2.1. Over organisaties, veranderen en leren

Stellamans bevestigt dat een organisatie een levendig open systeem is, en dus complex is. Hij geeft ook aan dat een organisatie “human dynamics” kent, en dus veranderlijk, onvoorspelbaar en niet controleerbaar. En dus a priori ook niet modelleerbaar.

“Een machine kan gecontroleerd worden. Menselijke systemen kunnen enkel verstoord worden” (Fretjof Capra)

➤ ***Hoe kunnen we van levendige systemen evolueren naar lerende systemen, en dus een lerende cultuur “stimuleren”?***

Enkele inspirerende suggesties:

1. Het toepassen van een succesanalyse bij diverse overleg-en gespreksmomenten zoals debriefing, crisisteam, incidenten-analyses, moeilijke situaties, ... We vertrekken vanuit volgende vragen:
 - Wat hebben we (ondanks alles) goed gedaan? Wat nog?
 - Hoe heeft elke van ons bijgedragen tot het eindresultaat?
 - Wat hebben we samen goed gedaan?
 - Van alle dingen die we gedaan hebben, wat zouden we – indien we deze situatie nog eens krijgen – zeker opnieuw doen?
 - Wat zouden we anders kunnen doen? En hoe zou dat er dan uit zien?

Bij een moeilijke, complexe opdracht opletten om alles vooraf te trachten begrijpen, om alles voor te bereiden en in te plannen. Stellamans is grote voorstander om vanuit “trail en error” ... dingen te doen en uit te proberen, kansen te geven. Dit komt het resultaat ten goede.

Parallel merken we in therapeutische sessies de uitspraak van de hulpverlener “ik begrijp u”, ook vaak valt op een koude steen bij de patiënt, de patiënt stil maakt of kwaad ...

“Ik heb het nooit geprobeerd, dus ik zal het wel kunnen” (Pipi Langkous)

Het sluit aan enigszins bij Myriam Le Fevere de Ten Hove die in het therapeutisch werk de focus legt op het “doen”, minder op het “voelen”. Het is belangrijk op de patiënt in de actor – positie te trachten te zetten: “wat doe je? wat zie je? wat zie je jezelf doen? wie ziet het nog ? wat doen ze ?”³¹

“Zoals Dolan opmerkte, is het voor de cliënt gemakkelijker om te starten met iets anders te doen dan met iets anders te voelen of te denken” (TA, p.270)

Deze benadering kan ook helpen om in situaties van grote onmacht en complexiteit met een specifieke casus of een patiëntengroep, de vraag te stellen: “wat gaan we doen” ? Het helpt om in de complexiteit van een situatie, niet in de onmacht te blijven hangen.

We plaatsen bovenstaande vragen tegenover het vertrekken vanuit een probleemanalyse -een werkwijze die vaak méér ingebed is in organisaties - , ook in Bethanië.

- Wat is er fout gelopen? Hoe komt dat?
- Wie is er verantwoordelijke voor? Wat had die persoon anders moeten doen?
- Waarom is er niet ingegrepen? Wat hadden jullie nog anders moeten doen?
- Wat gaan we doen als die persoon die fout nog eens maakt?

2. Om het “leren” te stimuleren is het belangrijk om binnen een organisatie een cultuur van spreken te hanteren, vanuit een “growth mindset”.

Een mindset is de reeks overtuigingen die mensen over zichzelf hebben; hun zelfbeeld. Een groeimindset is de overtuiging dat je je vaardigheden en talenten kunt ontwikkelen door hard te werken, de juiste strategieën en begeleiding van anderen . De term groeimindset is bedacht door de Amerikaanse psycholoog professor Carol Dweck in haar boek *Mindset: The New Psychology of Success* uit 2006 . Haar werk onderzocht hoe de onderliggende overtuiging van een individu over zijn intelligentie en leervermogen van invloed kan zijn op zijn prestaties. Haar studies tonen aan dat degenen die geloven dat ze hun talenten kunnen ontwikkelen, doorgaans meer bereiken dan degenen die denken dat hun capaciteiten aangeboren en vastliggen. Degenen met een groeimindset zien kansen in plaats van obstakels en kiezen ervoor om zichzelf uit te dagen om meer te leren in plaats van in hun comfortzone te blijven. Het tegenovergestelde van een groeimindset is een vaste mindset. Terwijl de eerste gericht is op zelfverbetering en ontwikkeling in de loop van de tijd, is een gefixeerde mindset in wezen de overtuiging dat vaardigheden vanaf de geboorte aangeboren en gefixeerd zijn .

³¹ Belangrijk om toekomstig te onderzoeken en te bevragen is of deze benadering al dan niet verschillend is met de psycho-analytische benaderingswijze. In Bethanië wordt het psycho-analytische kader blijkbaar op verscheiden wijzen in de cultuur gebracht.

In een groei mindset worden vaardigheden en talenten als uitdagingen gezien die ontwikkeld, verbeterd en aangesterkt kunnen worden. Een “niet – slagen” wordt dan gezien als een “nog niet slagen”.

Hoe kan je een groei-mindset aanleren bij collega's, in de samenwerking, in het geven van feedback ?

- Door te complimenteren op hun acties, hun inspanningen en niet op hun eigenschappen;
- Door optimistisch en realistisch aan te sporen;
- Specifiek zijn in je feedback: concreet aanduiden wat goed is gegaan, door te bevragen “hoe heb je iets gedaan”;
- Niet wachten om te complimenteren tot iets gelukt is maar ook de pogingen en moeite complimenteren;
- Door “the power of not yet” te benadrukken, falen is een stap naar succes.
- Door uitdagingen te zoeken (uit de comfortzone treden, in de stretch zone)

De kwaliteit van het onderlinge spreken, heeft een belangrijke impact op het kwaliteitsbeleid. In het boek van Nancy Kline (Time to think, 1999) beschrijft ze uitgebreid hoe een “thinking environment” en dus organisatie, kan bijdragen tot de groei van medewerker, en dus patiënt. In het boek staan er tien strategieën beschreven om de **“kwaliteit van het luisteren”** te verhogen ... “listening to ignite the human mind”.³² Het is duidelijk véél complexer dan enkele technieken.

Ook Stellamans geeft aan dat vertrouwen, het vertrekken van een niet wetende positie en zo vragen stellen, en het echt luisteren naar medewerkers/patiënten, het leerproces bevordert. Belangrijk is wel dat het vertrekt vanuit oprechte doorleefde authenticiteit, dat er géén rol wordt gespeeld.

Het “echt luisteren” zou wel eens op gespannen voet kunnen leven met het “begrijpen”.

“Top down werken vertraagt het leren” (A. Stellamans)

“ 4% van de mensen zijn lui, 2% zijn dieven, dit is nu eenmaal zo. En dat is ook zo in een organisatie. Dus wanneer we zeggen: “we gaan achter die 2% aan ...” Dan ga je de overige 98% onderwerpen aan restricties en controle. Dat is dwaas, want zo haal je niet meer het beste uit je mensen” (Ricardo Semler)

³² Dit lijkt aan te sluiten bij Ton Lathouwers, en het denken vanuit Mutual Inquiry van Hisamatsu. Een vernieuwingsbeweging binnen de Zen traditie waarbij er sterke nadruk wordt gelegd op het openbreken van hiërarchische structuren, van ongelijkwaardigheid en van machtsverhoudingen. De beweging is gebaseerd om wederzijds respect en op de gedachte dat iedereen van iedereen kan leren, en dat het kan gaan stromen in een ontmoeting.

3. Solution Focus als stimulator van het leerproces in organisaties

Het oplossingsgericht spreken in het samenwerken stimuleert het leren in een organisatie. Kenmerkend in dit spreken is:

- Toekomstgericht: focus op wat gewenst wordt (in plaats van te focussen op wat niet werkt);
- Krachtgericht: focus op alle sterktes die aanwezig zijn (in plaats van te focussen op tekorten);
- Progressiegericht: Voortbouwen op wat er reeds is ...met kleine stapjes (in plaats van te focussen op wat er nog niet is, of meteen alles te willen oplossen);
- Samenwerkingsgericht (weerstand als een “cadeau”, als een bron van samenwerkingsinformatie)

Belangrijke gespreksvaardigheden die hier onderliggende noodzakelijk zijn vanuit het SF-spreken en vragen stellen zijn o.a. concretiseren, differentiëren, erkennen, waarderen, personaliseren, normaliseren, complimenteren, utiliseren, ...

Stellamans (2023) spreekt over een dialogische organisatieontwikkeling (><analytische organisatieontwikkeling) en gebruikt de metafoor van “aan dezelfde kant van het net staan op een tennisterrein.”

Volgende tabel maakt dit onderscheid helder:

Analytisch	Dialogisch
Praten over	Praten met
Begrijpen	Veranderen
Essentie	Differentiatie
Lineair causaal	Complex
Verandering is moeilijk	Verandering gebeurt constant
Weten (expertpositie)	Leren (niet weten)
3 ^e persoon zij/hij	1 ^e persoon: wij
Observatie / manipulatie / verklaren	Interactie (zie bovenstaande SF-vragen)

In de kolom met de dialogische organisatieontwikkeling, heb ik de kenmerken in **bold** gezet, die dominant aanwezig lijken in de praktijk van Bethanië. Een méér systematische toetsing vanuit diverse perspectieven zou erg zinvol zijn ...d.i. een particuliere appreciatie.

➤ **Inspirerende invalshoeken omtrent “veranderen”**

“De weg die kan worden onderricht is niet de eeuwige Tao. De weg die wordt gewezen is niet de weg” (Tao te Ching)

In de benadering van een patiënt, en bij uitbreiding van een “organisatie”, vertrekt het solution focused denken, sterk vanuit het geloof in en de veerkracht van, betrokkene patiënt/organisatie.

“Een van de meest belangrijke aspecten van de Oplossingsgerichte benadering is de (...) aanname dat mensen over veerkracht beschikken (...) Een diep geloof dat de meeste mensen de sterkte, wijsheid en ervaring hebben om verandering te bewerkstellingen” (Steve De Shazer, Yvonne Dolan, 2007)

“All therapy is self therapy” (Insoo Kim Berg)

We kunnen in situaties vanuit diverse aannames vertrekken:

- De persoon/organisatie is een probleem;
- De persoon/organisatie heeft een probleem;
- De persoon/organisatie heeft een (verander)wens en wil daar met mij aan werken;
- De persoon/organisatie is veerkrachtig en heeft de oplossing al in zich;
- Van de persoon/organisatie ga ik veel kunnen leren/bijleren.

De aanname die in een organisatie de bovenhand heeft, is bepalend van de “toon en ambiance” die er in dagelijkse contacten gelegd wordt. Ik ervaar in Bethanië toch eerder hoopvolle, uitnodigende en veerkrachtige ondertoon in het benaderen van mensen.

Stellamans vindt het de taak van de therapeut/consultant om in veranderingsvragen anderen te helpen hun eigen weg te vinden. Belangrijk is dus SF-vragen te gebruiken die diepgaand polsen achter:

- Wat wil je graag? Wat vind je belangrijk?
- Hoe zou de gewenste toekomst eruitzien? Wat wens je in de plaats van?
- Wat werkt er al in? Wat is er al aanwezig?
- Kleine volgende stappen?

D.i. een “change –talk”, een veranderingsgerichte mindset, die fundamenteel anders is dan een probleemgerichte spraak.

We moeten de realiteit (de “problemen”) niet begrijpen, om veranderingen te initiëren. De mindset wordt verlegd van “wat je niet wil”, naar de veranderwens: “wat wil ik wel”. Het

fundamentele uitgangspunt is dat de “verandering reeds aanwezig is, ze weten het enkel niet altijd”. “Verandering is er constant, komt op ons af”.

Dit sluit sterk aan bij de positieve benadering vanuit het SF-denken omtrent “weerstand” (van de patiënt/de organisatie). In de 10 – geboden van respect binnen een therapeutische relatie benoemd Erwin Debisschop (2020) “weerstand als nuttige informatie”. Weerstand is een indicatie om als hulpverlener/“beleidsmaker” in meta-positie te gaan zitten, en het proces in ogenschouw te nemen. Het dient ons te doen reflecteren over het mandaat, de relatie, waar het mij als persoon raakt, wat ik sympathiek vind aan de patiënt ... Het belangrijkste uitgangspunt is: “mijn patiënt/organisatie komt om coöperatief te zijn, ook al lijkt het soms dat hij wat tegenwerkt”.

Ook Stellamans vertrekt in begeleidingstrajecten met organisaties uit van een positieve benadering van weerstand en de aanwezige kennis/kunde in het omgaan met weerstand. Hij bevraagt en activeert de kennis en ervaring bij medewerkers en leidinggevende over hun vormen van weerstand binnen die specifieke organisatie. Uitgangspunten in zulk begeleidingstraject zijn:

- Weerstand is een goed teken
- We zijn samenwerkingsexperten
- We weten wat we kunnen doen.

4.3.2.2. Over leiderschap

Stellamans spreekt zich niet uit over een model van leiderschapsontwikkeling, d.i. immers context-afhankelijk. Het is belangrijk om van binnenuit te vertrekken vanuit de “standaard” SF – vragen, en vanuit een niet – wetende positie, niet vanuit een expert positie. Het is dus belangrijk om geen analytisch model met criteria als uitgangspunt te hanteren, wel te zoeken naar het narratief van de resp. organisatie, wat werkt er in deze organisatie.

Dus vanuit het SF-gedachtegoed is er weinig geloof aan vormen van “gestandaardiseerde leiderschapsontwikkeling en trajecten” binnen organisaties. Dus ook niet te vertrekken met als finaliteit: “we willen een bepaald leiderschap binnen een oplossingsgerichte organisatie”.

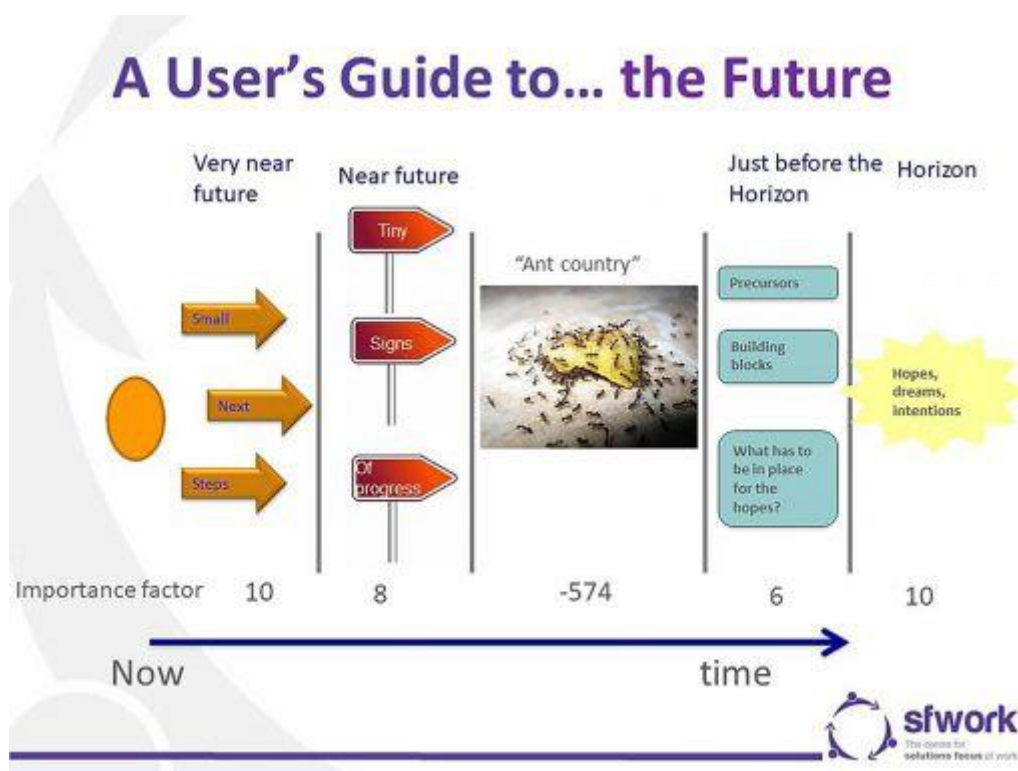
“Luister goed! Waar roept uw organisatie om?” (Mc. Kergow)

Een interessante opbouw is eerder (geïnspireerd op de users guide):

- Wat is de veranderwens van de organisatie?
- Welke veranderingen/ verschil willen we bereiken? Wat vinden we belangrijk?
- Wat is de gewenste toekomst?

- Welk gedeeld beeld/verhaal hebben we erover? Hoe ziet/ voelt die eruit? De richting, horizon bepalen ... Het komen tot een visuele, creatieve voorstellingen (bv. een stripverhaal, een documentaire, ...) is helpend.
- Wat zijn de diverse “aandachtsgebieden” als we dit willen realiseren?
- Er is geen sprake van plannen, van een lineaire aanpak om van A naar B te evolueren (tijd als “iter”). Wel, wat ga je merken als we een stap verder staan (tijd als “flux”) ...
- Hoe merken we vooruitgang op?
 - o Wat is er al? Hoe behouden?
 - o Wat zijn eerste tekenen van vooruitgang?
 - o Wat is een volgende stap?
- Hoe volgen we dit op?

Bovenstaande stappen zijn gebaseerd op de User's guide tot the future (Mc. Kergow en Röhrig, 2019).



“Een probleem heeft de vorm: ik ken mijn weg hier niet” (Ludwig Wittgenstein)

Het kader van Mc. Kergow en Bailey, Host – leadership (2014), lijkt interessant om het gesprek over leiderschap te faciliteren en zo het leren te versnellen. Grote betrokkenheid is de sleutel tot echt succesvol leiderschap, en het geheim om vooruit te komen is weten wanneer je een stap terug moet zetten ... Het gaat er niet langer om de “held” te zijn, diegene die alles moet laten gebeuren. Er is een andere manier: wees de **gastheer (of gastvrouw)** ...

De metafoor van de leider als gastheer biedt een visie op leiderschap die tegelijkertijd geworteld is in millennia praktijk en tegelijkertijd iets nieuws en actueels is. De tekortkomingen van bestaande metaforen van leiderschap, gebaseerd op de leider als held, of de leider als dienaar, lijken door de metafoor van gastheer beantwoord kunnen worden.

Een gastheer is iemand die gasten ontvangt of vermaakt. Een gastheer moet soms heldhaftig optreden; naar voor stappen, plannen, uitnodigen, introduceren, voorzien (“step forward”).

Ze moeten handelen ook in dienstbaarheid – ze doen een stap terug, moedigen aan, geven ruimte, doen mee (“step backward”).

Men kan zien dat de gastheer aspecten bevat van beide en de beweging tussen hen omvat. Hosting heeft oude wortels en komt voor in alle culturen. Het lijkt een synthetiserende metafoor (uit de blogs, hostleadership.be)

Mc. Kergow onderscheid 6 rollen, waar je als “leider in en uit kan/moet stappen” (p.81 -178):

- **Initiator (initiatiefnemer)**
- **Inviter (uitnodiger)**
- **Space creator (ruimteschepper)**
- Gatekeeper (grensbewaker)
- **Connector (Verbinder)**
- **Co-participant (Deelnemer)**

Het is interessant om vanuit deze rollen aan zelfreflectie te doen mbt eigen ontwikkeling (zie hoofdstuk (voor persoonlijke reflectie), doch ook om als organisatie (team, organisatie) te waarderen waar je staat: “wat doen we al erg goed, wat willen we verder ontwikkelen, waar staan we al, aan wat merken we dat we een stap verder staan”

De rollen die binnen Bethanië reeds sterk aanwezig zijn vanuit mijn ervaring en perspectief, heb ik in het **bold** gezet.

Mc. Kergow onderscheid vier posities voor de host:

“in the spotlight: being focus of attention, out front, making things happen;

with the guests: still in view of everyone, but being “one of the group” – not the overall centre of attention;

in the gallery: standing back, taking an overview of what’s happening (like Abraham under his tree);

In the kitchen: in a more private and intimate space, preparing and reflecting” (2014, p.197)

De combinatie van de metafoor “gastheer” en de perspectieven van “rollen, bewegingen en posities” biedt alvast een dynamische en positieve taal om thema leiderschap positief bespreekbaar te maken binnen een organisatie vertrekkend vanuit de aanwezige “resources”.

4.3.2.3. Over HR en coachen

➤ **Growth mindset** (zie eveneens 4.3.2.1)

In het deel over “leren” duiden we het belang van the growth mindset. We verdiepen ons in dit hoofdstuk specifiek in de HR en coachinginstrumenten en -inzichten.

In individuele gesprekken is het belangrijk om voldoende afwisselend te luisteren en te vragen vanuit twee invalshoeken. Enerzijds het “erkennen” van de moeilijkheden/problemen, wat belangrijk is, doch anderzijds het “verkennen” van de veranderwensen, van het “succesvol verleden”. Stellamans noemt dit de **dans op twee benen**.

Erkennen van:

- Wat belangrijk is
- Wat gewenst wordt
- Wat al gaat

Verkennen van:

- wensen
- successen en mogelijkheden
- vooruitgang

Het **luisteren met “sterkte – oren”** is hierbij onontbeerlijk, o.a. het expliciet aandacht hebben voor voorbodes: “wanneer doet de gewenste situatie zich al (een beetje) voor”, wat zijn belangrijke talenten bij zichzelf en anderen, wat vinden ze belangrijk, ...

Niet enkel in formele gesprekken lijkt dit belangrijk doch in de dagelijkse ontmoetingen (o.a. op de gang, aan het koffiemachine, ...) is het stellen van **SF – vragen** erg cruciaal voor de cultuur van samenwerken:

- Wat wil je graag (veranderwens)?
- Hoe zou dit zijn (gewenste situatie)? Hoe ziet de gewenste situatie eruit? (visualisatie)
- Wat is er al, wat werk er al ? (troeven) Wat doe je dan ? (mensen in actorpositie en script van het gewenste = eigen resources zien)
- Volgende stap?

Stellamans geeft het belang aan van de “**ambiance-toon**” in deze contacten, vertrekkend vanuit oprechte interesse, hoop en bovenstaande vraagstelling.

“People think better throughout the whole meeting if the first thing they do is to say something true and positive about how their work “ (Nancy Kline)

De metafoor van de *wenshand* (in vergelijking met de *klachtenhand*) van Ben Furman (Kids Skills) is hierbij zeker helpend om bij een moeilijke gesprek de dialoog / feedback aan te vatten.

De verschillende stappen zijn waarderend van ondertoon:

- De duim: “contact finger”; contact maken: tijd en ruimte vinden om je feedback mee te delen
- De wijsvinger: “wish finger”: de wens verwoorden (“wat wil je zien”)
- De middenvinger: “benefit finger”: voordelen verwoorden die dit voor jezelf en anderen kan meebrengen
- De ringvinger: “confidence finger”: vertrouwen uitdrukken dat dit zal lukken, ook op basis van succesvol verleden
- De pink: agreement finger, staat voor afspraak maken en er later op terugkomen / de volgende stappen

“Mensen die zich verdedigen, raken snel gedemotiveerd. Hierdoor gaan ze hun eigen leerproces en daarmee de mogelijkheden om te veranderen belemmeren” (Daniel Goleman)

Boeiend dat deze invalshoek neurobiologische onderbouwd wordt. Het ontvangen van kritiek en problemen zorgt ervoor dat er een onmiddellijke waarschuwing van de prefrontale cortex naar het emotionele brein wordt gestuurd met als reacties fight, freeze of flight.

Een **geven van complimenten** zal ook bijdragen aan een lerende, zelfreflectieve houding bij medewerkers. De kracht van complimenten zit in de oprechtheid en authenticiteit ervan. Het geven van complimenten zorgt ervoor dat medewerkers zich erkend en gewaardeerd voelen. De belangrijkste complimenten zijn de indirecte complimenten aan de hand van competentievragen. Je nodigt de medewerker uit via deze vragen succes over zichzelf te vertellen. Enkele voorbeelden: hoe is je dat gelukt, hoe besloot je dat te doen, hoe heb je dit aangepakt, ...

Andere complimenten zijn directe complimenten en positieve karakterduiding bvb. je moet wel een doorzetter zijn om dit te realiseren.

Luc Isebaert beschrijft wat er voor zorgt dat een compliment werkt:

- Voldoende nuance is belangrijk
- Benoem het voldoende concreet
- Indirect geformuleerd
- Authentiek
- Eerder gericht op acties, dan op eigenschappen van de persoon
- Humor.

➤ Bewust omgaan met competenties

Onderstaand schema van Gwenda Schlundt Bodien (Het 4SFC-model, p.22), zorgt ervoor dat we binnen het oplossingsgericht werken andere situaties dan therapiesituaties kunnen beschrijven, en bewust kunnen nadenken wat je in welke situatie best kunt doen.

De competenties onderscheiden zich van elkaar op twee dimensies. De ene dimensie is de doelendimensie, wiens doelen staan centraal in het gesprek:

- vraag van de medewerker aan iemand van beleid/HR
- vraag van de organisatie/HR aan het betrokken personeelslid

De tweede dimensie draait om de vraag waar de oplossingen vandaan komen.

Komen de oplossingen vanuit de medewerker (erg oplossingsgerichte mindset) of vanuit externe input (expertise binnenbrengen)?

Het schema biedt veel mogelijkheden om bewuster interventies in te plannen.

Vraag van de medewerker(s) aan beleid/HR/leidinggevende	Vraag van de organisatie / HR aan de medewerker: beïnvloeding	
Training	Instructie	Externe oplossingen
Coaching	Sturing	Oplossingen van de medewerker

Mogelijk een interessant schema binnen Bethanië ... waar de interventie van coaching misschien niet altijd voor de juiste aanleiding (doelendimensie) wordt ingezet.

4.3.2.4. Over taal

“We moeten ons onderbewustzijn trainen, omdat het complexere problemen sneller kan behandelen dan ons bewustzijn dit kan. Wanneer mensen hun eigen machteloosheid geloven, zal het hen tegenhouden in het realiseren van hun visie” (Senge)

Binnen het Korzybski Instituut wordt veel aandacht geschonken aan de taal die we gebruiken in het contact met de ander. En dit zowel binnen het therapeutisch proces, als binnen de cultuur (som van gewoontes) van de organisatie. Het gaat uit van circulariteit waarbij de therapeut door bepaalde vragen te stellen, bepaalde antwoorden uitlokt. Geen enkele vraag is neutraal. De vragen die we stellen beïnvloeden het antwoord en dus ook de toekomst.

“Benader iemand zoals hij is en hij zal zo blijven. Benader hem zoals hij kan worden en hij zal zo worden.” (Johan Wolfgang von Goethe)

Taal is een krachtig instrument dat realiteit schept. Het is niet de werkelijkheid die de taal determineert, maar de taal is de werkelijkheid.

“Praten over problemen creëert meer problemen, praten over oplossingen genereert oplossingen” (Steven de Shazer)

Een mooi voorbeeld van Myriam Le Fevere de Ten Hove vind ik “hoe breng je jezelf in de penarie” (probleemtaal) ... tegenover “hoe help je jezelf uit de penarie” (oplossingsgerichte taal, vragen over variaties in de problemen) ... Twee erg verschillende inducties bij eenzelfde klacht. En we weten uit neurobiologisch onderzoek dat hetgeen waarop je focust, versterkt wordt.

Diverse voorbeelden hebben me erg geïnspireerd gedurende de voorbije opleiding (o.a. John Henden, Myriam Le Fevere de Ten Hove, Nicole Ruysschaerts), en lijken me erg relevant voor de spreekgewoontes in een organisatie.

- Wijziging van aandacht naar wat wil ik wél (gewenste situatie) tov wat wil niet
- Opletten met “zijn” versus “doen”
- Opletten met generalisaties (altijd, nooit, ...), met het woordje “maar”, met containerbegrippen ...
- Concretiseren
- Differentiëren in tijd en ruimte
- Het verwoorden van de inzet
- Het direct en indirect complimenteren
- De “verwoordde last” omzetten naar “bezorgdheden” en deze op hun beurt omzetten naar “verwachtingen” ...
- Mensen in de actor positie zetten: van “voelen” naar “doen”, bvb. “wat voel je als je angstig bent ? “naar “wat doe je als je angstig bent”
- Moeilijke gevoelens of symptomen valoriseren: ze zijn de beste oplossing nu, een nuttig alarm
- Relationeel en systemisch spreken over situaties: Wie heeft dit gezien? Hoe heeft hij gesteund? Wat zijn andere perspectieven?
- ...
-

“Het symptoom is de beste oplossing die de cliënt ter beschikking heeft” (M. Erickson)

Geen enkele vraag blijkt neutraal. Het werkt als hypnotische inductie met een impliciete boodschap. Een manier om mensen mee te krijgen in een constructieve gedachteflow en met hen tot coöperatie te komen is de introductie van de “yes-set”. Het is een gesprekstechniek waarbij een aantal vragen worden gesteld waarop uitsluitend positief instemmend kan gereageerd worden. Hierdoor wordt er een constructieve context geschapen. Het sluit aan bij de hypnotische technieken, het faciliteren om te komen tot een natuurlijke trance. Het zorgt voor een contact dat van zulke aard is dat onderliggende suggesties toekomen.

Ook binnen het klinisch werk is taal erg cruciaal. Nicole Ruysaert beschrijft binnen de Eriksoniaanse hypnotische inductie het belang van pacing (O.a. afstemmen op woordkeuze cliënt) en het geven van suggesties in de richting van de gewenste verandering (belang van positief geformuleerde taal) Dit sluit aan bij John Henden's "presuppositional questions" in het werken met suicidale patiënten. Enkele illustraties:

- "what will be different in your life, when you're are not longer suicidal" ?
- "what has stopped you killing yourself till now" ?

In Bethanië wordt "verbindende communicatie " (Rosenberg) gestimuleerd via diverse opleidingsmodules. Dit interactiemodel vertrekt vanuit vier elementen en richt zich op wat wij en de ander waarnemen, hoe we ons voelen, wat onze onderliggende behoeften zijn en wat ieder van ons graag zou willen (verzoek). Het legt de nadruk op het communiceren vanuit gevoelens en behoeften. Opzet is om te komen tot verbinding op een geweldloze wijze.

Een ander kader dan het SF – kader, zowel qua termen en qua invalshoek doch evenwel met dezelfde bedoeling en finaliteit. Gelijkwaardig en verbindend met de ander in contact treden. Allicht is ook hier sprake van 15% ...

5 Algemene conclusies

Niet eenvoudig om te komen tot een algemene conclusie daarvoor moet veel van wat ik geschreven heb nog diepgaander bezinken en in gesprekken gebracht worden met anderen, zowel rechtstreeks betrokkenen als buitenstaanders met een SF – bril ... zeker de verscheidenheid aan analytici.

En toch ... een poging.

Ik vind dat het alternatief kwaliteitsbeleid en het SF – denken hebben véél gemeen, zeker in de fundamentele uitgangspunten, zeker in het geloof en de waardering van de patiënt en het individu (zijnde familielid, medewerker, professionele partner, ...)

De analyse in hoofdstukken 2 tot 4 leidt tot opvallend veel overeenkomsten en synergiën.

Een eerder groot verschil ervaar ik in de gehanteerde technieken, doch ook dit wil ik relativeren of beter contextualiseren. “Opdrachten en experimenten moet niet gericht zijn op problemen oplossen en symptomen wegwerken. Ze zorgen voor het teruggeven van de verantwoordelijkheid aan de cliënten (zichzelf te empoweren), door een context te creëren waarin de cliënten voor zichzelf een beter leven kunnen bouwen door meer bevredigende gewoontes te ontwikkelen (...) We helpen een context creëren waarin cliënten andere keuzes kunnen maken” (Therapeutisch relatie, p.29 en 30).

Waar het SF-denken m.b.t. ons kwaliteitsbeleid een grote meerwaarde kan betekenen is in de verdere concretisatie van de van de bouwstenen “professionaliteit” en “lerende cultuur”. Wat houden deze concepten concreet in, diepgaander dan beschreven in de visietekst?

Vooraf de focus op de relationele, interactionele component lijkt me erg cruciaal in beide bouwstenen. En de start vanuit een growth – mindset ... De focus leggen op het “veranderen” (verandering is sowieso aanwezig), minder op het begrijpen.

De elementen die in hoofdstuk 4.3 zijn beschreven kunnen erg inspirerend zijn, zowel in het de gehanteerde taal, de wijze van vraagstelling, de lichaamstaal ... Taal creëert de werkelijkheid, en dus mee de cultuur van kwaliteit en samenwerken binnen een organisatie.

Ik geloof er alvast in dat het vertrekken vanuit oplossingsgerichte taal, het lerend vermogen in een complexe organisatie en maatschappelijke context kan stimuleren. En dit niet enkel in de therapeutische relaties met de particuliere patiënt doch ook in de dagelijkse werking van onze organisatie, denk maar ...

- Coaching gesprekken (vanuit SF-vragen, met geloof in oplossingen bij de persoon);
- Supervisie – intervisie - teamcoaching (succesanalyse – gericht);
- Debriefing na ernstige incidenten waar de focus ligt op het bevragen van resources en het overleven (“Asking survival questions”), minder op de gebeurtenis zelf ;
- De vragen bij het REFLEC-proces aan betrokken participanten (toekomstgericht, troevengericht, progressiegericht en samenwerkingsgericht);

- Het leiderschapstraject, erg vertrekend van een gewenste toekomstvisie (wat we belangrijk vinden, het verschil zal zijn), van wat er al is en werkt, ... De opbouw van de “users guide for the future” kan ook in strategische ontwikkelingen gehanteerd worden ;
- Opleidingen rond professionaliteit: focus op de diverse vaardigheden binnen de ontmoeting en contact, o.a. pacing, leading, ...;
- Een cultuur waar de dialoog gefaciliteerd wordt, waar “leiderschap van de dialoog”³³ centraal staat: aandacht voor het kwalitatief luisteren, eigen mening verwoorden, verbindend spreken met respect, kwalitatief en co-creatief samenwerken. Authenticiteit is hierbij erg belangrijk. “Wanneer professionals authentiek zijn in het contact met patiënten, biedt dit een basis voor het uitbouwen van een werkrelatie. Hetzelfde geldt voor leidinggevers in hun relatie tot werknemers” (Boxtaens, 2023);
- Een cultuur waar de focus ligt op feedback (of “feedforward” gezien de link naar de gewenste toekomst) en complimenten ...;
- ...

Dit alles sluit natuurlijk naadloos aan bij de uitgangsvisie waar we de focus leggen op zorg als relatie, telkens in een particuliere context en niet als voorgeprogrammeerd product. En hier wringt nog steeds het schoentje in een breder maatschappelijk perspectief omtrent geestelijke gezondheidszorg. Jim van Os verwoordt het recent nog als volgt omtrent de Nederlandse situatie : “Het paradigma van de complexiteitswetenschappen lijkt aan te sluiten bij de ontwikkelingen binnen de GGZ waarbij er in toenemende mate domeinoverstijgende en in cocreatie gewerkt zal worden (...) Het nadeel van de complexiteitswetenschappen is dat deze gepaard gaan met onderzoeksmethoden en een begrippenkader die weinig aansluiting vinden bij de begrippen van de huidige wetenschappelijke paradigma... Jim van Os (2022) concludeert eerder kritisch ... “zolang de financiering is gebaseerd op ‘meten is weten’ en de financiële positie van ggz – instellingen kwetsbaar is, zal er onvoldoende ruimte zijn om op wetenschappelijk niveau mee te bewegen. En cocreatie is noodzakelijk. ”

Parallel met bovenstaande ervaren we in ons kwaliteitsverhaal moeilijkheden om fundamenteel gewaardeerd en/of gehoord te worden vanuit het beleid. Dit heeft vooral te maken met onze taal en het proces. Maar vooral met de niet – invalshoeken in ons kwaliteitsverhaal (*even niet SF in mijn taalgebruik*): “het niet – managen”, “het niet controleren”, “het niet vertrekken van voorspelbaarheid”, “het niet - evidence based als enige invalshoek hanteren”, “het niet –standaardiseren” ...

De uitdaging ligt er vooral in om ons kwaliteitsproces zichtbaar te maken, inclusief de resultaten en impact. En daar wordt actueel een zoektocht aangegaan, vermits de traditionele kwaliteitsindicatoren weinig (juist) vertellen. Een zoektocht naar kwalitatieve instrumenten,

³³ Peter Rosseel (2023) spreekt in dit kader over leiderschap van het “debat”(in tegenstelling tot leiderschap van de “ taak”), wat hem cruciaal lijkt om gedragsverandering, echte strategie-implementatie te verkrijgen binnen een organisatie.

narratieven, getuigenissen, fenomenologische beschrijvingen van goede praktijken, feedbackloops, ...

Voor ons kwaliteitsverhaal in Bethanië ben ik hoopvol ... Uitdaging is om voldoende te reflecteren over de werkzame processen en het ganse proces (geduldig) te laten evolueren op micro-, meso- en macroniveau. Op onze website is alvast een erg inspirerend jaarverslag te vinden van 2022, wat volledig gewijd is aan de ontwikkelingen in het kwaliteitsverhaal (www.bethanie-emmaus.be/over-ons/onze-themas/jaarboek)

Helpend is alvast de oplossingsgerichte trias:

“Wat niet kapot is, moet je niet herstellen;

Als je gevonden hebt wat werkt, doe het verder;

Als het niet werkt, doe dan iets anders”

Bethanië als organisatie is een prima plek om hier verder mee aan de slag te gaan ... Doch de uitdagingen zullen echter verder ook liggen op macroniveau, in nauwe samenwerking met andere actoren uit de eerste lijn en welzijnszorg. De inhoudelijke lijn van het recente congres omtrent geïntegreerde zorg te Antwerpen heeft dit enkel bevestigd. Ook binnen het intersectoraal samenwerken zullen onze drie bouwstenen cruciaal zijn voor de kwaliteit van zorg.

Het toekomstig narratief van het Trimbos-instituut (Boumans, 2023) kan mogelijk voor Vlaanderen ook inspirerend zijn. Kernwoorden zijn: “positieve gezondheid”, “integraal kijken”, “demedicalisering”, “domeinoverstijgend (samen)werken, ‘preventie’ en ‘mentale gezondheidsbevordering’ ... Erg belangrijk is echter, rekening houdend met bovenstaande oplossingsgerichte trias, dit is louter inspirerend We mogen geen Nederlands narratief of modellen overnemen, echt wel degelijk vertrekken vanuit het eigen Vlaams narratief ...

6 Enkele persoonlijke reflecties

In 2017 ben ik gestart in Bethanië als algemeen directeur, en dit na een loopbaan van 9 jaar als algemeen directeur in St. Amadeus Mortsel/Multiversum (Organisatie Broeders van Liefde). Ik heb in de beginjaren behoorlijk “geworsteld” met mijn rol en positie in Bethanië.

En dit was mede te verklaren door de relatie die ik had met de organisatie Bethanië, in het bijzonder met enkele informele leiders.

Een poging tot vertaling van deze situatie in het jargon van het mandaat en de therapeutische relatie. Onderstaande beschrijving is geen zekerheid, wel een hypothese die helpend is voor mezelf.

Ik kreeg toen onvoldoende mandaat, allicht omdat ik te weinig zichtbaar communiceerde over de reeds aanwezige resources en sterktes van Bethanië, het leek alsof in de aanwezige resources onvoldoende respecteerde. En ik werd als persoon door sommigen gepercipieerd als een “bedreigende expert” (manager, overheidsdenker, geschiedenis binnen de organisatie Broeders van Liefde) die de organisatie fundamenteel wou wijzigen, en te weinig vertrouwen had in de eigen kracht (en de geschiedenis, het DNA) van Bethanië. Een herkenbaar mechanisme lijkt me dit ...

Er was met enkele informele leiders in bepaalde contexten te weinig sprake van een consulterende relatie of expertenrelatie, en dit heeft regelmatig geleid tot een ernstige storing in het wederzijds vertrouwen, in de samenwerkingsrelatie. Een heftige periode, met véél persoonlijke twijfels ...

Achteraf bekeken, ben ik eerder dankbaar.

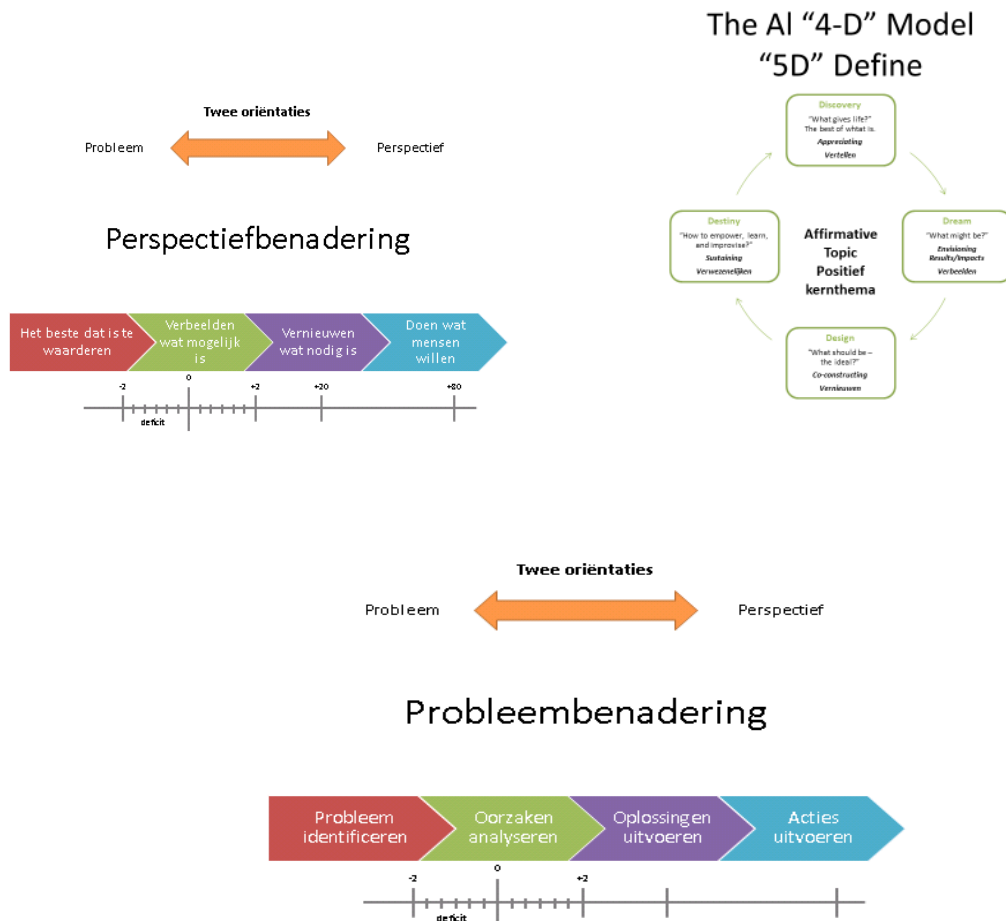
Deze periode heeft ertoe geleid dat ik o.a. via (zelf)reflectie en steunende dialoog met bevriende coach, collega's en bestuur, dat ik bewuster keuzes heb gemaakt. Zo o.a. de keuze heb gemaakt om deze therapie - opleiding te volgen.

De onrechtstreeks gevolgen van deze beslissing zijn actueel: méér tijd om (fysiek en mentaal) afstand te nemen van Bethanië, persoonlijk terug een evolutie in de richting van het klinisch denken en werken, en een beter begrip van waar ik in Bethanië relationeel tegen botste...

Ondertussen heb ik ook méér mandaat in Bethanië ... in ondertussen de meerderheid van de contexten ... een consulterende of expertenrelatie (in bilateraal overleg, vergadermomenten, reflectiemomenten, ...). Het heeft er zeker ook mee te maken dat ik me doch vanuit een bewuster bescheiden positie opstel, en dat mijn uitgestraalde vertrouwen in de organisatie nu wel zo ervaren wordt.

Ben ik dan veranderd als persoon, als leidinggevende? Ja ! (“kan niet anders”)

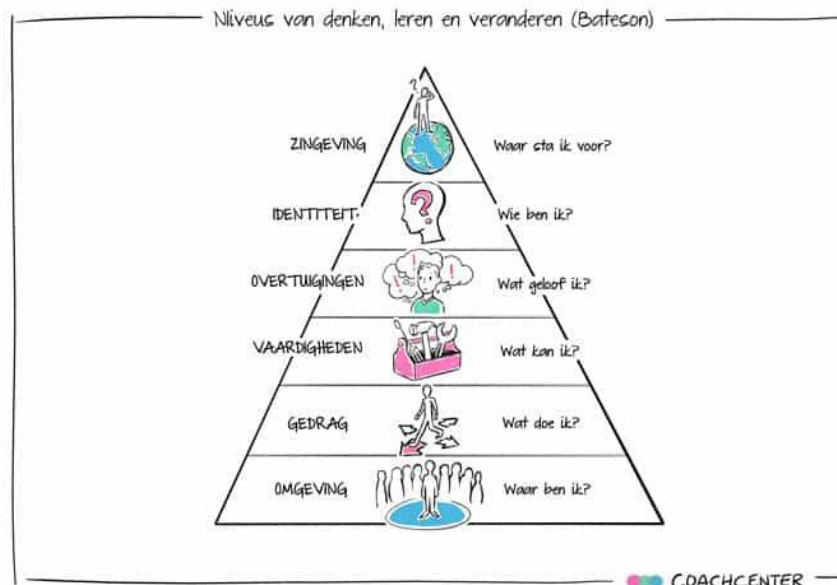
Ik gaf vroeger (2010-2015) frequent meerdaagse opleidingen in het Vormingscentrum Guislain en gaf onderstaand schemata reeds mee als interpuncties rond “veranderkunde”, met een voorzichtig pleidooi voor de “perspectiefbenadering” tegenover de “probleembenadering”



De probleembenadering sluit het sterkste aan bij de Plan – do – check – act cyclus die kenmerkend is voor kwaliteitssystemen ...vaak méér top-down.

De perspectiefbenadering sluit meer aan bij het waarderend onderzoek (o.a. Appreciative Inquiry) en de talentgerichte benadering ... vaak méér bottom-up.

Actueel ben ik fundamenteel overtuigd van deze laatste benadering (behoudens eenvoudige processen en acute situaties) , vooral vanuit de benadering van een organisatie als levend en lerend systeem en allicht door diverse ervaringen met veranderingsprocessen doch ook premissen uitgedragen door het Korzybski Instituut.



De logische niveaus van Bateson en Dilts dienen als reflectie – en coachingsmodel, en dit met de finaliteit van denken, leren en veranderen. Het is een hiërarchisch model:

- De lagere niveaus dus invloed hebben op de hogere niveaus
- Verandering op een hoger niveau zorgt ook automatisch voor verandering op lager niveau
- Het probleem wordt meestal vastgesteld op de lagere, en dus zichtbare niveaus
- Onderaan de piramide van Bateson zijn de zaken meer concreet, terwijl de top abstracter blijft

Een beknopte zelfreflectie:

Ik heb vooral bij geleerd op het niveau “overtuigingen” (o.a. assumpties van het SF – denken en theoretische kaders) en “vaardigheden” (o.a. therapeutische relatie, oplossingsgerichte vragen).

Doch deze wijzigingen qua overtuigingen hebben een fundamentele impact het niveau van “wie ik ben”, zeker in relatie tot de ander (zowel patiënt als collega’s als vrienden) ... En dit, hoewel ik denk dat ik als persoon altijd een profiel van “klinisch orthopedagoog” in mij heb gehad (voorheen allicht méér in het “hoofd” ...)

Als ik over mijn eigen denken, voelen en gedrag reflecteer vertaalt zich dat in

“Méér geduld, méér loslaten en vertrouwen, méér anders vasthouden, méér geloof in de autopöetische krachten van elke mens, méér nieuwsgierigheid in de mens, méér mildheid, méér respect, méér bewust zwijgen, méér verbindend spreken, méér nederigheid, méér leren van anderen, méér concrete vragen stellen, méér luisteren, méér houding van niet – weten, méér bewust van het lichaam, méér circulair denken ...”

hoop en veronderstel ik.

Indien we het lichaamsschema van Nadine Lyamouri – Bajja hanteren ... de illustratie met de vier dimensies van “leren van een persoon”:

HOOFD : “knowing”,

HANDEN : “doing”,

HART: “being” and

VOETEN: “sharing with others”

De combinatie van ervaringen binnen Bethanië en het Korzybski Instituut hebben mijn “zijn”- “being” (dus “mijn hart”) echt wel beïnvloed. Allicht hebben de therapeutische gesprekken met jongeren binnen de context van TEJO en het recente grootouderschap van Elise en Louis ook wel hun belangrijke invloed gehad.

Binnen het leiderschapsmodel van “gastheer”, denk ik dat ik soms bewuster de beweging “step backward” neem. En dat ik mijn rol als “initiator” bewust inneem indien niet noodzakelijk, en de rol van “ruimteschepper en inviter”, bewust méér M.a.w. bewuster handel ...

Tot slot...

Analoog met de uitspraak die in het SF – denken vaak wordt vermeld: “je moet in eerste instantie ‘mens’ zijn in het therapeutisch proces en dan pas therapeut, en dan pas oplossingsgericht therapeut ”

“Ik ben in de voorbije periode dichterbij mezelf gekomen als “mens” in de contacten met anderen.

Ik ben professioneel geëvolueerd naar méér therapeut, zeker méér oplossingsgericht therapeut en allicht minder “algemeen directeur” in de erg traditionele zin van de betekenis van het algemeen management. Hopelijk wel naar een méér betrokken en authentieke “leider” ...

Wat in Bethanië leidt tot méér mandaat, méér co-creatie, méér gedeeld (kwaliteits)beleid èn persoonlijk beter aanvoelt. Het is alvast een persoonlijk leerproces wat op het einde van deze 4 – jarige opleiding, ... continueert.

7 Bibliografie

Aertsen, C., Oplossingsgericht werken als teamcoördinator. Eindwerk oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie, Korzybski – instituut Brugge, 2021.

Bannink, F., Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Harcourt, Amsterdam, 2006.

Bauer, Liesa, Hoe goed (of hoe slecht) werkt psychotherapie. In: EOS Psyche & Brein, p.38-45, 2022.

Benders, J., Jacobs, L. Woonzorgcentra, eenvoudig en slim organiseren, hoe pak je dit aan? Inspiratienota van een herontwerp volgens de principes IA in WZC. Workitects & CESO Leuven, 2019.

Boevink W., HEE!: Over herstel, Empowerment Ervaring en Expertise in de Psychiatrie. Universiteit Maastricht, 2017.

Boumans, J., Kroon H., van der Hoek, Ggz uit de knel. Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief. Trimbos-instituut, Utrecht 2023.

Boxstaens, J., Begeleidende nota eerste versie intersectoraal en waardegedreven kader voor kwaliteit van zorg. Interne nota in het kader van het impulsfonds, Emmaus, 2021.

Boxtaens, J., Conceptnota “van kwaliteitsvolle reflectie naar reflexieve kwaliteit”. Interne nota in het kader van het impulsfonds, Emmaus, 2021.

Boxstaens, J. Denken over en werken aan kwaliteit. Reflexiviteit inzetten voor het creëren van een organisationele kwaliteitscultuur. Interne nota in het kader van het impulsfonds, Emmaus, 2023.

Brandt, G., Slembrouck H. (red), Kwaliteitszorg in de voorzieningen voor personen met een handicap. Handleiding voor het opstellen en invoeren van het kwaliteitshandboek. Leuven, Acco, 2000.

Bruffaerts, R., De mythe voorbij. Het public health perspectief als leidraad bij hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet Icuuro, Brussel, 2021.

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

Decreet betreffende de integrale jeugdhulp, 01.03.2014. Uit codex Vlaanderen.

De Bisscop, E., Een relatieprobleem ? Wat nu ? Garant, Antwerpen – Appeldoorn, 2019.

De Bisscop, E., Een alcoholprobleem? Wat nu ? Garant, Antwerpen – Appeldoorn, 2018.

De Paepe, Pascale, De oplossingsgerichte stagemeester. Eindwerk Oplossingsgerichte Cognitieve Systemische Psychotherapie, 2021.

Denys, D., Het tekort van het teveel. De paradox van de mentale zorg. Amsterdam, Nijgh & Van Ditmar, 2020

Derison, T. , Boonen H., Herstelgericht kijken naar psychische problemen. In: Sociaal.net, juni 2017.

De Shazer, S. en Dolan, Y., Oplossingsgerichte therapie in de praktijk. Wonderen die werken. Hogrefe uitgevers, Amsterdam, 2007.

De Shaze, S., Dolan Y. e.a., More than miracles.

De Vet A., Lowette F., De fluïde organisatie. Een ideale mix van hiërarchie en zelfsturing. Tielt, Lannoo, 2020.

De Wulf, R., Soulmade. Bezieling op het werk. Davidsfonds uitgeverij, Leuven, 2015.

Duncan, B., Sparks, J., PCOMS, An integrated e-learning manual for everything PCOMS. Better Outcomes Now, Jensen Beach, 2019.

Dweck, C. Mindset. The new psychology of success. UK, 2006.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ..., & Barry M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. Journal of General and Internal Medicine, 27, 1361-1367.

Federale overheid e.a., Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. Brussel, 2010.

Franck, E., Als je niets verandert, verandert er niets. Een gids om je lezen zelf te sturen. Borgerhoff & Lamberigts, 2021.

Franck, E., First commitment, than compliance". Virtuele conferentie: "Kwaliteit leeft", 2022.

Franck, E., Van den Broeck, K, Blijf aan Z. In: Zorgwijzer 108, Zorgnet-Icuro, Brussel, 2023.

Furman, B. De Methode, Kids' Skills. Boom /Nelissen, Amsterdam, 2006.

Hart, W., Verdraaide organisaties, terug naar de bedoeling. Vakmedianet, Deventer, 2013.

Hart, W. Anders verantwoorden. Artikel op www.andersvasthouden.nl, 2018.

Henden, J., Preventing suicide. The solution focused approach, second edition. Wiley Blackwell, Oxford, 2017.

Hermans, K., Evidence based practice als opportuniteit voor het sociaal werk. In: Alert, 34(2), p.13-23, 2008.

Instituut voor Geneeskunde (IOM). De kwaliteitskloof oversteken: een nieuw gezondheidssysteem voor de 21e eeuw. Washington, DC: Nationale Academie Pers; 2001.

Isebaert, L. en Lefevere, G. De Therapeutische alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie. Akademia Press, Gent, 2022.

Jako, S., Borgers J. Zijn richtlijnen nog ondersteunend in de praktijk ? In: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2022, 166.

Kaeseman, G., Van Hoof, E., Burn-out in de zorg, wat je moet weten. Lannoo campus, Leuven, 2012.

Kline, N., Time to think. Listening to ignite the humand mind. Cassell, London, 1999.

Kwadrant, Een managementmodel voor zorgexcellentie. Centrum voor ziekenhuis-en verplegingswetenschap, KU Leuven, 2006.

Kwaliteitsbeleid, een alternatief. Niet gepubliceerde werknota van 4 PZ omtrent visie op kwaliteit, 2020.

Laloux, F., Reinventing organisations. Lannoo, Het eerste huis, Tielt, 2016.

Le Fevere de Ten Hove, M., De magie van de taal. Artikel Korzybski-Instituut.

Le Fevere de Ten Hove, M., Taalvalstrikken. Artikel Korzybski-Instituut.

Le Fevere de Ten Hove, M. Korte therapie. Handleiding bij het 'Brugse model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren. Garant, Antwerpen – Appeldoorn, 2013.

Le Fevere de Ten Hove, et al. Survivalkit voor leerkrachten. Garant, Antwerpen – Appeldoorn, 2008.

Leysen, S., et al, Introductie tot verbindende communicatie. Niet gepubliceerde syllabus, Bethanië geestelijke gezondheidszorg, Zoersel, 2022.

Loncke, P. e.a., Het respectboek voor de zorg. Kundig omgaan met onmacht. Lannoo, Tielt, 2018.

McKergow, M., Bailey, H., Host. Si new roles of engagement. Solution books, London, 2014.

Moon, Haesun, Dialogue Oriëntation Quadrant. Institute of Coaching, 2017.

Mulder N., Chaordisch organiseren. Complexiteit in organisaties begrijpen, benutten, beïnvloeden. Amsterdam, Boom, 2021.

Pollefeyt, D., COBRA: Coöperatie, Reflectie en Actie – Checks & Balances. Een nieuwe kwaliteitsmethode voor de KU Leuven. Leuven, 2015.

Reframing Studio, Zorgwerkgever van de toekomst. Emmaus vzw, interne nota, 2022.

Reynders, B., Onze ecologische visie op het ziekenhuis en kwalitatieve zorg. Interne beleidsnota, 2020.

Rosenberg, Marshall B., Geweldloze communicatie. Lemniscaat, Rotterdam.

Rosseel, Peter. Presentatie op de toekomstdagen van de geestelijke gezondheidszorg. Zorgnet-Icuro Mechelen, april 2023.

Rossel, Peter, Toxic Organisational culture: what is it and what do about it ?

Savenije, A. Handboek systeemtherapie. De tijdstroom, Utrecht, 2019.

Scharmer O., Kaufer K., Leiden vanuit de toekomst. Van ego-systeem naar eco-systeem. Zeist, Christofoor, 2021.

Schlundt Bodien, G., Oplossingsgericht werken in HRM. Een methodiek voor de professional. Uitgeverij Nelissen, Amsterdam, 2010.

Sears, M., Humanizing Health Care. Creating cultures of compassion with non violent communication. Puddledancer press book, US, 2010.

Senge, P., The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. Broadway Business, 2006.

Solms, M. , De wetenschappelijke status van de psycho-analyse. In: BJPsych International, p.5-8, 02/2018

Steens, R., Menselijke communicatie. Een zoektocht naar haar complexiteit. Werkboek. Interactie Akademie, Antwerpen, 1993.

Strategische adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin, “Visienota: Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning”. Vlaamse overheid, 2018.

Strategische adviesraad Welzijn Gezondheid en Gezin, “Advies over kwaliteit in zorg en ondersteuning”. Vlaamse overheid, 2021.

Tielemans, E., Verbindende communicatie werkt. Garant, Antwerpen Appeldoorn, 2017.

Toch, H. e.a. Zo kan zorg anders. De ontelbare kansen van de gezondheidstransitie. Pelckmans, Kalmthout, 2022.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). Community mental health care in the future: Nine proposals. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202, 507-512.

Van der Zwaard, Willemijn, Zelfredzaamheid bevorderen ? Daar ben ik mee opgehouden. In: Sociale vraagstukken, gebaseerd op proefschrift: Omwille van fatsoen. De staat van menswaardige zorg.

Van Gennep, A., e.a., Professionaliteit in de hulpverlening aan mensen met een verstandelijke beperking. Garant, Antwerpen Appeldoorn, 2007.

Van Geffen, M. Kwaliteitssystemen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg. Een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg (doctoraatsthesis). Radboud Universiteit Nijmegen, 2019.

Van Geffen, M. e.a., Kwaliteitssystemen in de Nederlandse ggz hebben weinig impact op de praktijk van de zorg. In: Tijdschrift voor Psychiatrie, 62, 2020, p.888-895.

Van Gramberen, M., Goestingarchitecten: Van dwingende naar inspirerende organisaties. Tielt, Lannoo, 2017.

Van Audenhove, C., De GGZ in 2022: van grote zorgen naar krachtige oplossingen. Congres vzw Psyche, 2022.

Van Loon, E., Reflexieve standaardisatie en gestandaardiseerde reflexiviteit. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam 2015.

Van Looveren, F. , De Kleine Laloux.

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. In: 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 Os, J., Smit, D. De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap ? In: Tijdschrift voor Psychiatrie, p. 692 – 695, 12/2022.

Vandecandelaere S., et al, Visienota: kwaliteit: continue verbetering binnen de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Zorgnet Icuuro, intern document, 2019.

Van Regenmoortel, T., Hermans, K. , Conceptnota van een “empowerende academische werkplaats. Interne werknota jeugdzorg emmäus Antwerpen, 2018.

Van Regenmoortel, T., Lexicon van empowerment. Marie Kamphuis – lezing, Utrecht, 2011.

Van Regenmoortel, T. Empowerment en maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede. Acco, Leuven, 2002.

Van Steenkiste, M. en Soenen, B., Vitamines voor groei. Ontwikkeling vanuit zelf-determinatietheorie. Acco, Leuven, 2015.

Verschueren, N., Verslyppe, A., et al, A maturity matrix model to strenghten the quality cultures in higher education. In: Education Sciences, 2023, 13, 123.

Wuyts, Y., Verslag permanente werkgroep PZ-PAAZ, Zorgnet-Icuro, 24.03.2023, Brussel.

Zorgnet-Icuro, Open minds. Duurzaam innoveren voor meer geestelijke gezondheid. Van visie naar actie. Brussel, 2016.

Podcasts:

- The Korzybski house (2022)
- Standaard: Klaarwakker (2023)
- Leef en leid authentiek (2023)

8 Bijlagen

8.1 Een vertaalslag van Reflec in Bethanië

In dit tweede deel wordt de vertaalslag van Reflec binnen Bethanië tot op heden geschetst. We piloteren met dit proces en laten dit organisch verder groeien. Momenteel wordt het Reflec-proces in Bethanië vooral thematisch ingezet (zie fasering hieronder. De structurele inbedding houdt in dat dit proces in de toekomst zal worden ingezet in het kader van strategisch beleid, maar even goed gehanteerd kan worden bij het aan de slag gaan met een auditrapport, ... Voor de fasering van de thematische inzet van Reflec, stellen we een streefdoel van twee jaar voorop. Een beknopte voorstelling van de concretisering van de fasering in Bethanië, ziet er als volgt uit:

Fase 1: Afdelingen maken kenbaar rond welk beleidsthema ze willen reflecteren. De kritische vriend gaat met een methodieken-inspiratiebox (bijvoorbeeld vragenlijst, rondetafelgesprek, photo voice, casusbespreking, reflecting team...) langs bij de medewerkers van de afdeling om af te spreken welke methodiek ze verkiezen om patiënten, hun sociale context, medewerkers en eventueel externe professionele partners omtrent het gekozen beleidsthema te bevragen. Er wordt afgesproken wie deze methodiek zal begeleiden. Indien mogelijk gebeurt dit door de kritische vriend, indien niet, wordt er binnen of buiten Bethanië op zoek gegaan naar iemand die de methodiek kan begeleiden.

Fase 2: De gekozen methodieken worden uitgevoerd, waarbij er minimaal aandacht is voor: de ervaringen omtrent het gekozen beleidsthema, de sterktes, de knelpunten, wat best wordt behouden of veranderd, wat er nodig is, wat de prioriteiten zijn... Degene die de input verzamelt (kritische vriend of andere collega), maakt een schriftelijke neerslag waarin alle input weergegeven wordt. Dit kan zowel in de vorm van tekst, beeld, video, ...

Daarnaast zal in deze fase de inhoudelijk coördinator de overige perspectieven (visietekst van de organisatie rond het beleidsthema, beschikbare dataregistratie, referentiekaders en multidisciplinaire richtlijnen van de overheid, recente inzichten uit relevante literatuur...) verzamelen en van de input een schriftelijke neerslag maken.

Fase 3: De kritische vriend of andere collega en de inhoudelijk coördinator brengen de input van de verschillende perspectieven samen en bereiden het reflectiemoment met de afdeling voor. In deze fase is er aandacht voor de vragen: wat valt er op? wat behouden? wat veranderen? wat is er nodig? wat zijn de prioriteiten? De antwoorden op deze vragen worden omgezet naar een actieplan, dat onderbouwd zal worden teruggekoppeld aan alle betrokkenen.

Fase 4: Na goedkeuring door alle betrokkenen, zal het verslag van het reflectieproces centraal ter beschikking worden gesteld zodat afdelingen elkaar kunnen inspireren. Er wordt een leernetwerk opgericht via het samenbrengen van collega's van de afdelingen die hetzelfde

beleidsthema gekozen hebben. In deze groep worden de bevindingen met elkaar gedeeld. Deze uitwisseling is er niet om een norm te stellen maar heeft als doel inspirerend te zijn.

Fase 5: Afdelingen gaan verder aan de slag met de bevindingen uit het reflectieproces. Het verloop hiervan zal worden bevraagd en maakt reflectie opnieuw mogelijk. Er wordt gestreefd naar een structurele verankering van de inhoudelijke thema's in de werking van de organisatie. Dit kan bijvoorbeeld door het oprichten van een werkgroep, een stuurgroep, een expertengroep, aanspreekpunten per afdeling, ambassadeurs... In deze fase zullen ook het reflectieproces en de gehanteerde methoden samen met de betrokkenen grondig worden geëvalueerd.

8.2 Beginselverklaring metaforum

“Voor anderen zorgen, kan enkel als ons huis ook voor zichzelf zorgt.”

Het metaforum is een initiatief van enkele medewerkers van Bethanië. Zij delen de bekommernis dat we de essentie van ons werk uit het oog zouden kunnen verliezen doordat we ook voldoende aandacht moeten geven aan zaken als decreten, cijfers, procedures, efficiëntiemaatregelen, regels en wetten.

Die essentie is **de zorg om mensen**, het steeds opnieuw verbinding maken en houden met mensen, die de band met het leven en met anderen dreigen te verliezen. Omdat we allemaal direct of indirect met *de zorg* verbonden zijn, richten we ons tot iedereen.

Het zou jammer zijn mocht deze bekommernis leiden tot verzuring en vervreemding, ten opzichte van elkaar en ten opzichte van het huis. Samen kritisch nadenken over ons werk, acht het metaforum de belangrijkste hoeksteen om niet te verstarren en in beweging te blijven. Goede zorg bieden, elk vanuit onze plek in de organisatie, is onze drijfveer. Onbehagen en onmacht behoren wezenlijk bij de mens en bij de zorg voor de mens. Daarom maken we er werk van. Dit huis is tenslotte voor niemand ‘thuis’. Het is van belang dat we ons vragen blijven stellen zoals: Wat is goede zorg ? Bieden we goede zorg? Zijn we voldoende met elkaar verbonden om die zorg te bieden?

Twee à drie keer per jaar organiseert het metaforum in Bethanië een **Metaforum**, waarbij alle medewerkers van diensten, departementen en zorgeenheden worden uitgenodigd om na te denken en ervaringen uit te wisselen, in het teken van de zorg. Iedere medewerker is – ongeacht de functie die hij of zij vervult (therapeutisch, technisch, administratief, beleidsmatig, logistiek, huishoudelijk, ...) - rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken bij de zorg voor mensen. Iedereen uitnodigen en kans geven zijn of haar zeg te doen, is ruimte geven aan verschillende meningen en ervaringen. Zo krijgen we een idee waar we mee bezig zijn en vooral, samen mee bezig willen zijn. We bewerken het onbehagen zoals een boer zijn akker.

Maandelijks overdenken de medewerkers van het metaforum zorgvuldig wat er in het **Metaforum** ter sprake is gekomen. Het is hun taak om de wezenlijke thema's te halen uit die veelheid van stemmen en deze opnieuw te verspreiden via verslaggeving aan de verschillende departementen, zorgeenheden en medewerkers. Die thema's zullen ook steeds een vertrekpunt zijn voor het volgende **Metaforum**. Het gaat niet om kant-en-klare oplossingen, die er vaak niet zijn. Het metaforum heeft geen ambitie noch de bevoegdheid, om onmiddellijke acties te ondernemen. Het metaforum wil in het PZ een beweging op gang brengen die, geïnspireerd op de baseline ‘binnen en buiten, met aandacht verbonden’, aanzet tot dialoog en kritisch denken over onze kernopdracht, de zorg. Het is ieders verantwoordelijkheid dat we betrokken zijn op onze kerntaak en blijven bewegen.

8.3. Op weg naar PC Bethanië 2024: zorgstrategisch verhaal

Situering

In de evolutie naar een meer gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg wijzigt de rol van het Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis en bij uitbreiding ook die van het Psychiatrisch Centrum Bethanië.

Het aanbod binnen het Psychiatrisch Ziekenhuis zal in toenemende mate transmuraal vorm krijgen als onderdeel van een keten van zorg.

De focus komt met andere woorden in de komende periode meer te liggen op een regionaal generalistisch opname-aanbod, op een specialistisch behandelaanbod (al dan niet supra-regionaal) en op de inzet op de vermaatschappelijking van zorg. Het Psychiatrisch Ziekenhuis zal samen met andere partners [(PA)AZ, CGG, CAW, ...] in dit laatste een regio-verantwoordelijkheid dienen op te nemen.

Het ABDC-model geeft op eenvoudige wijze de diverse functies van het Psychiatrisch Centrum aan:

- A: *advies* vanuit expertise aan patiënt, familie als collega-hulpverlener.
- B: gespecialiseerde *begeleiding* en *behandeling*, zowel generiek als doelgroepspecifiek en dit in diverse vormen gaande van outreach, ambulant als intramuraal aanbod.
- C: *continuïteit* en *coördinatie* in de zorg in samenspraak met patiënt, familie en diverse dienst- en hulpverleners.
- D: actieve participatie aan *destigmatiseringsprojecten* door het nemen van maatschappijgerichte initiatieven en het opstaan voor initiatieven voor mensen van buitenaf.

Dit alles wordt onderbouwd en verantwoord naar patiënt en maatschappij vanuit praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek en door feedbackgerichte vormen van monitoring van zorg op casusniveau.

PC Bethanië neemt een actieve rol op in de geestelijke gezondheidszorg in de regio. Ons uitgangspunt is vraaggerichte, geïntegreerde zorg voor de patiënt met maximale betrokkenheid van de patiënt. De regie van het zorgtraject ligt bij de patiënt.

Vanuit de missie, visie en waarden van PZ Bethaniënhuis en het charter van de patiënt blijven we gaan voor:

- Een inclusief opnamebeleid.
- Een divers behandelaanbod georganiseerd in zorgprogramma's met een sterk uitgebouwd (zowel verbaal als non-verbaal) psychotherapeutisch luik.
- Langdurige zorg voor patiënten met een erg complexe problematiek.
- Herstelgericht denken en participatie van ervaringsdeskundigen.

Toekomstige keuzes zullen hieraan getoetst worden.

In het vervolg van de nota worden een aantal fundamentele uitgangspunten (visie en kader) alsook concrete voorstellen gebundeld op weg naar de uitbouw van een meer gemeenschapsgerichte GGZ.

Deze voorstellen kwamen tot stand vanuit een synthese van de ideeën zoals geformuleerd vanuit de verschillende zorgprogramma's en de langdurige zorg, de medische staf, alsook ideeën en feedback vanuit het groot beleidsoverleg van 11/2017 en 03/2018.

De nota gaat niet ten gronde in op de zorginhoudelijke visies en de onderbouwing ervan. Daarvoor verwijzen we o.a. naar de desbetreffende documenten van de zorgprogramma's en verslaggeving van het overleg.

Visie en kader

We zetten eerst een aantal fundamentele inhoudelijke uitgangspunten en keuzes op een rij vanuit de 4 geformuleerde hamvragen. Vervolgens gaan we in op de vraag hoe we deze zorgdifferentiatie en zorginnovatie momenteel wensen te realiseren.

'Bed' en opnamecapaciteit en crisis

- Het acute zorgtraject wordt fundamenteel versterkt door uitbreiding van de 'generalistische' opnamecapaciteit binnen een open kader met aandacht voor crisisopvang en stabilisatie, indicatiestelling en diagnostiek, verkenning en gerichte oriëntering en een kortdurend therapeutisch aanbod.
- We engageren ons voor de oprichting van een 2A-team (light-versie) en maken hiervoor - zeker in de opstartfase andere dan via reallocatie artikel 107 - middelen vrij.

We wensen dit 2A-team te laten vertrekken vanuit een versterkt en gedifferentieerd crisisaanbod.

We voorzien volgende crisisfuncties: poliklinische consultatie, vraagverheldering en gerichte oriëntering, laagdrempelig (al dan niet) intensief ambulant aanbod/dagbehandeling, crisisteam 2A en, zo nodig, intramurale (crisis)opname (zie hierboven).

- We zetten in op een intensievere samenwerking met Spoed AZ Sint-Jozef voor de regio Voorkempen.

Voor de ELZ Noorderkempen wordt er - in een latere fase - een verdere samenwerking opgezet met AZ Klina.

'Bed' en stemming & angst- en persoonlijkheidsproblemen (inclusief 'bed' en klinische psychotherapie)

- We geloven dat een (semi)residentieel psychotherapeutisch behandelaanbod naast ambulante klinische psychotherapie ook anno 2018 legitiem blijft.
- We ontwikkelen een complementair en veelzijdig therapeutisch aanbod voor mensen met stemming & angst- en/of persoonlijkheidsproblemen.
- We wensen op elk van de behandelplekken zorgcontinuïteit te realiseren met de mogelijkheid om op een soepele en stapsgewijze manier de overgang te maken naar het opnemen van rollen in het thuismilieu en dit in samenspraak met de context.

- We zien dagbehandeling als een volwaardig alternatief voor een residentiële opname.
- We onderschrijven de uitbouw van een (vnl. non-verbaal therapeutisch) groepstherapeutisch poliklinisch aanbod.

‘Bed’ en spanningsveld tussen inclusief opnamebeleid en specialisatie

- We streven naar een inclusief opnamebeleid waarbij voorrang gegeven wordt aan inwoners uit de eerstelijnszones Voorkempen, Noorderkempen en Noord Antwerpen (met uitzondering voor de zorgprogramma’s met een expliciete supra-regionale opdracht).
- We bevestigen ons charter voor de patiënt.
- We behouden ons heterogeen aanbod binnen de bestaande specialistische zorgprogramma’s.
- We behoeden er ons voor dat doorgedreven specialisatie leidt tot systematische exclusie van patiënten.
- We wensen het opnamebeleid transparanter en toegankelijker te maken voor verwijzers door het introduceren van een ‘onthaalfunctie’.
- We nemen als ziekenhuis - in het licht van onze inclusieve visie - een actieve rol op in de afstemming met andere psychiatrische ziekenhuizen (‘iedereen moet terecht kunnen’).

‘Bed’ en langdurende zorg

- We engageren ons voor langdurige zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, zowel binnen de context van het Psychiatrisch Ziekenhuis als in andere, flexibele vormen van zorg en wonen.

Binnen de provincie Antwerpen willen we voor deze ‘erg kwetsbare doelgroep’ een veilige plek blijven aanbieden. We behouden binnen het ziekenhuis een aantal bedden voor langdurige intensieve psychiatrische behandeling.

- We geloven in transmurale samenwerking in functie van goede zorg voor en rond de patiënt (zie ABCD-model), die zo nodig kan gefaciliteerd worden door een performant mobiel 2B-team.

Het mobiel 2B-team wordt opgericht - in de schoot van de huidige PZT - vanuit de middelen die vrijkomen door de reallocatie van 30 bedden (artikel 107). Het mobiel 2B-team wordt verankerd binnen de werking van de langdurige zorg van het ziekenhuis.

‘Bed’ en zorgdifferentiatie en -innovatie (‘hoe-vraag’)

- Wij kiezen er op dit moment expliciet voor om - buiten de reeds goedgekeurde 30 bedden (fase 1) - geen verdere bedden te realloceren via artikel 107*.
- Zorgprogramma’s kunnen er wel voor opteren in functie van het gewenste behandelaanbod (tijdelijk) bedden buiten gebruik te stellen** om:
 - De zorg te intensifiëren (met behoud personeel voor kleinere groepen).
 - Andere zorgvormen uit te bouwen (dagbehandeling, ambulant aanbod).

Op deze wijze wordt het behandelaanbod verruimd, versterkt en/of flexibel ingezet in functie van de zorgnoden (zie verder voetnoot³⁴ over deze werkwijze).

³⁴ *Artikel 107 binnen de ziekenhuiswetgeving maakt het mogelijk voor psychiatrische en algemene ziekenhuizen om bedden buiten gebruik te stellen en de vrijgekomen werkingsmiddelen en personeelsinzet te investeren (lees te realloceren) in nieuwe zorginitiatieven, waaronder de mobiele teams.
Tot nader order is deze ‘techniek’ nog steeds op projectmatige basis.

**De bedden die in het kader van interne zorgvernieuwinginitiatieven (tijdelijk) niet meer gebruikt worden, blijven ter beschikking van het desbetreffende zorgprogramma.
Het basisuitgangspunt is: ‘de personele middelen die bij deze bedden horen blijven ter beschikking van het zorgprogramma behoudens andere afspraken’.
De ligdagen worden m.a.w. op een andere manier gerealiseerd (meestal compensatie via partiële dagbehandeling).

Indien de overheid zou beslissen dat middelen definitief moeten omgezet worden, wordt dit vanuit elk zorgprogramma/kliniek-breed bekeken alvorens er definitieve beslissingen genomen worden

Uit het COBRA verhaal van KUL Leuven

