

KWALITEITSSYSTEMEN IN ONTWIKKELING

Een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg.

Dr. E.M. Sluijs
Dr. D.H. de Bakker

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

Utrecht, oktober 1992

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
(NIVEL)
Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT
Telefoon 030 - 319946

Opdrachtgever: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Sluijs E.M.

Kwaliteitssystemen in ontwikkeling: een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaars en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg / E.M.Sluijs, D.H. de Bakker. - Utrecht: Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-199-0

Trefw.: kwaliteitszorg; gezondheidszorg.

Tekstverwerking en lay-out: Renate Wiegiers

Omslag: Mieke Cornelius

Drukwerk: Boekbinderij Post

Bestelwijze: U kunt deze publicatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij het NIVEL en de NRV.

De prijs bedraagt f 25,- (excl.verzendkosten).

NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel.: 030-319946, telefax: 030-319290.

NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer, tel.: 079-710311, telefax: 079-510881.

| INHOUD | pag. |
|--|-------------|
| VOORWOORD | 1 |
| SAMENVATTING EN CONCLUSIES | 3 |
| Inleiding | 3 |
| Kwaliteitssystemen | 4 |
| Deelsystemen als onderdelen van het kwaliteitssysteem | 6 |
| Samenhang tussen deelsystemen | 9 |
| Externe gerichtheid van kwaliteitssystemen | 12 |
| De implementatie van kwaliteitssystemen | 13 |
| Verschillen in ontwikkelingstempo | 15 |
| De conclusies samengevat | 16 |
| | |
| 1. WAAROM EEN INVENTARISATIE VAN KWALITEITSSYSTEMEN? | 19 |
| 1.1 Aanleiding en achtergrond van de inventarisatie | 19 |
| 1.2 Kwaliteitssystemen: begrippen en definities | 21 |
| 1.3 Operationalisatie | 24 |
| 1.4 Methode en opzet van de inventarisatie | 27 |
| | |
| 2. KWALITEITSBELEID BIJ KOPELS VAN BEROEPS- BEOEFENAREN | 31 |
| 2.1 Inleiding | 31 |
| 2.2 De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid | 31 |
| 2.3 Prioriteiten in het kwaliteitsbeleid | 35 |
| 2.4 Problemen bij ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid | 39 |
| 2.5 Samenvatting | 43 |
| | |
| 3. KWALITEITS(DEEL)SYSTEMEN BIJ KOPELS VAN BEROEPSBEOEFENAREN | 45 |
| 3.1 Inleiding | 45 |
| 3.2 Registratie en herregistratie | 45 |
| 3.3 De kwaliteit van scholing: opleiding, bij- en nascholing | 50 |
| 3.4 Toetsingssystemen | 54 |
| 3.4.1 Intercollegiale toetsing | 55 |
| 3.4.2 Visitatie | 61 |
| 3.4.3 Supervisie | 62 |
| 3.4.4 Voorwaardenscheppende activiteiten | 63 |

| | | |
|-----|---------------------------------------|----|
| 3.5 | Klachtenopvang en klachtenbehandeling | 64 |
| 3.6 | Overige kwaliteits(deel)systemen | 68 |
| 3.7 | Samenvatting | 69 |

4. KWALITEITSBELEID BIJ KOEPELS VAN INSTELLINGEN 73

| | | |
|-----|---|----|
| 4.1 | Inleiding | 73 |
| 4.2 | De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid | 73 |
| 4.3 | Prioriteiten in het kwaliteitsbeleid | 77 |
| 4.4 | Uitdragen en implementeren van het kwaliteitsbeleid | 85 |
| 4.5 | Samenvatting | 89 |

5. KWALITEITS(DEEL)SYSTEMEN BIJ KOEPELS VAN INSTELLINGEN 91

| | | |
|-------|--|-----|
| 5.1 | Inleiding | 91 |
| 5.2 | Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. management en organisatie | 91 |
| 5.2.1 | Kwaliteitssystemen en kwaliteitsplannen | 91 |
| 5.2.2 | Interinstitutionele toetsing en visitatie | 95 |
| 5.3 | Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. de medewerkers | 100 |
| 5.3.1 | Intercollegiale toetsing, kwaliteitsprofielen, kwaliteitscirkels | 100 |
| 5.4 | Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. zorgaspecten | 102 |
| 5.4.1 | Structurering en bewaking van de zorgverlening | 102 |
| 5.4.2 | Systemen m.b.t. uitkomst en evaluatie | 104 |
| 5.4.3 | Klachtenbehandeling | 106 |
| 5.5 | Externe beoordeling | 107 |
| 5.6 | Samenvatting | 113 |

LITERATUUR 117

BIJLAGEN

1. De gemaakte afspraken op de Leidschendam-conferenties
2. Leden Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid VC-VOK
3. Begrippenkader kwaliteit van beroepsuitoefening/instellingen
4. Introductiebrief aan de koepelorganisaties
5. Lijst geïnterviewden
6. Definities gehanteerde begrippen
7. Implementatie protocollen en standaarden

VOORWOORD

Voor u ligt een eerste rapportage van het 'Project Inventarisatie Kwaliteitssystemen'. Het rapport biedt een overzicht van de ontwikkelingen op het terrein van kwaliteitssystemen in de zorgsector. Dit overzicht is grotendeels totstandgekomen op basis van een interviewronde onder koepelorganisaties. Het is de bedoeling om in de volgende fase van het project kwaliteitssystemen bij instellingen en (plaatselijke of regionale organisaties van) beroepsbeoefenaren te gaan inventariseren.

Aanbieders van zorg hebben op de zogenoemde 'Leidschendam-conferenties' onder meer afgesproken binnen een termijn van vijf jaar kwaliteitssystemen te zullen ontwikkelen. Een speciale commissie ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC-VOK) is ingesteld om de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitssystemen en de andere in Leidschendam gemaakte afspraken te volgen en te bewaken. Het voorliggende rapport is in opdracht van deze commissie geschreven. Het rapport bevat een inventarisatie van de systemen die ontwikkeld zijn of worden door enerzijds de koepels van beroepsbeoefenaren en anderzijds de koepels van instellingen.

De inventarisatie vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een projectteam van inhoudelijke deskundigen uit verschillende sectoren, te weten: Mw. Mr. R. Bering (NRV), Mw. Dr. M.C.H. Donker (NcGv), Drs. J.S. Dubbelboer (NZI), N.S. Klazinga, arts (CBO), Drs. P. Kleingeld (LPCP), Prof. Dr. P.A.H. van Lieshout (NIZW). Voorzitter is Prof. Dr. A.F. Casparie. Ook de opzet van de inventarisatie is door dit projectteam ontwikkeld. Het onderzoek is uitgevoerd door Dr. D.H. de Bakker en Mw.Dr. E.M. Sluijs van het NIVEL.

Het rapport begint met de samenvatting en conclusies. Daarna komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde. In hoofdstuk 1 wordt beschreven wat verstaan wordt onder een kwaliteitssysteem. Ook wordt kort ingegaan op het kader waarbinnen kwaliteitssystemen ontwikkeld worden. Dit kader wordt gevormd door de afspraken die op de 'Leidschendam-conferenties' gemaakt zijn tussen aanbieders van zorg, patiënten/consumenten en verzekeraars.

Hoofdstuk 2 en 4 beschrijven de plaats die kwaliteitssystemen innemen in het totale kwaliteitsbeleid van de aanbieders van zorg, respectievelijk bij de koepels van beroepsbeoefenaren en de koepels van instellingen. Ook wordt verslag gedaan van de meer algemene problemen die zich voordoen bij het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.

De hoofdstukken 3 en 5 bevatten een beschrijving van de kwaliteitssystemen zelf. Daarbij is ook onderscheid gemaakt in systemen die door de koepels van beroepsbeoefenaren ontwikkeld zijn (hoofdstuk 3) en systemen die door de koepels van instellingen ontwikkeld zijn (hoofdstuk 5).

Doel van het rapport is een stimulerende bijdrage te leveren aan de ontwikkelingen door aan het veld zichtbaar te maken wat er op dit moment gebeurt.

Utrecht,
oktober 1992.

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Inleiding

De afgelopen jaren heeft het begrip 'kwaliteitssysteem' zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg. Op de zogeheten 'Leidschendam-conferenties' over de kwaliteit van zorg hebben de koepelorganisaties van aanbieders van zorg zich verantwoordelijk gesteld voor het ontwikkelen van kwaliteitssystemen waarmee de kwaliteit van zorg op systematische wijze bewaakt, beoordeeld en verbeterd kan worden. Afgesproken is verder dat kwaliteitssystemen binnen een termijn van vijf jaar operationeel zouden zijn. Om de realisering van deze afspraak te bevorderen is na afloop van de kwaliteitsconferenties een commissie in het leven geroepen bestaande uit vertegenwoordigers van koepelorganisaties in de gezondheidszorg en de verwante welzijnssector, de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC-VOK). In opdracht van deze commissie is het afgelopen jaar een inventarisatie uitgevoerd van de stand van zaken op het terrein van kwaliteitssystemen. In dit hoofdstuk worden de resultaten van deze inventarisatie, die is gebaseerd op interviews met vertegenwoordigers van 14 koepels van instellingen en 23 koepels van beroepsbeoefenaren, besproken.

De term kwaliteitssysteem is afkomstig uit het bedrijfsleven. Men verstaat onder een kwaliteitssysteem een stelsel aan vastgelegde bedrijfskundige regels en procedures dat tot doel heeft te verzekeren dat een produkt of een dienst aan de gestelde eisen voldoet. Een dergelijk systeem is in de eerste plaats voor de organisatie zelf een middel om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. Daarnaast maakt een kwaliteitssysteem aan externe partijen zichtbaar op welke wijze men de kwaliteit beheerst.

In de gezondheidszorg kan een kwaliteitssysteem dezelfde functies hebben. Het is voor beroepsbeoefenaren of instellingen een middel om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren en maakt tegelijkertijd aan patiënten, consumenten en verzekeraars duidelijk op welke wijze men dat doet.

Deze laatste functie, het zichtbaar maken van de kwaliteit, wordt in toenemende mate belangrijk als de stelselwijziging zijn beslag krijgt. In het nieuwe stelsel is het de bedoeling dat aanbieders en verzekeraars onderling overeenkomsten afsluiten over prijs en kwaliteit van de te leveren zorg. Voor wat betreft de kwaliteit van zorg is het onwaarschijnlijk dat in de overeenkomsten de uitvoering van de

zorg volgens bepaalde concrete richtlijnen zal worden voorgeschreven en vervolgens getoetst. Het is meer waarschijnlijk dat de overeenkomsten zich zullen richten op het hebben van een systeem waarmee de kwaliteit gewaarborgd is. Daarnaast is het hebben van een kwaliteitssysteem als verplichting opgenomen in de ontwerp-'Kwaliteitswet zorginstellingen'.

De International Organization for Standardization (ISO) heeft normen geformuleerd waaraan kwaliteitssystemen moeten voldoen wil een bedrijf voor certificering in aanmerking komen. Voor de gezondheidszorg zijn geen aparte systemen ontwikkeld. Wel is de ISO 9004.2 toegespitst op de dienstverlening waartoe ook de gezondheidszorg wordt gerekend. De bruikbaarheid van de ISO-normen voor de gezondheidszorg staat echter nog ter discussie.

In het nu volgende zal ingegaan worden op de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Eerst zal worden ingegaan op kwaliteitssystemen als geheel, vervolgens op deelsystemen, de samenhang tussen deelsystemen en de externe verantwoording. Tenslotte zal meer in algemene zin worden ingegaan op de stand van zaken, verschillen daarin tussen koepels en bevorderende en belemmerende factoren.

Kwaliteitssystemen

Op de Leidschendam-conferenties is afgesproken dat 'aanbieders werken aan het opzetten van een kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.'

Op dit moment zijn er nog geen omvattende kwaliteitssystemen operationeel in de gezondheidszorg. Wel zijn er, de titel van het hoofdstuk zegt het al, kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Bij de 14 koepels van instellingen noemt de meerderheid (9) het opzetten van interne kwaliteitssystemen prioriteit in het kwaliteitsbeleid. Een minderheid (5) zegt daar nog niet aan toe te zijn.

Bij de 23 koepels van beroepsbeoefenaren spreken 22 geïnterviewden niet in termen van een 'kwaliteitssysteem' maar in termen van kwaliteitsbevorderende en -bewakende instrumenten. Eén koepel, de KNMP, streeft wel naar het opzetten van interne kwaliteitssystemen in elke apotheek.

De vergelijking tussen koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen brengt een interessant fenomeen aan het licht.

Beroepsbeoefenaren hanteren de term 'kwaliteitssysteem' niet. Zij spreken wel van 'kwaliteitsbewakende systemen'. Het begrip 'kwaliteitssysteem' wordt kennelijk geassocieerd met een organisatorisch verband met verdeling van managementverantwoordelijkheden en een onderscheid tussen leiding geven en uitvoering dat bij individuele beroepsbeoefenaren afwezig is. Het feit dat alleen apothekers spreken van een kwaliteitssysteem is daar een illustratie van: een apotheek is wel een 'instelling' of organisatie. Dat beroepsbeoefenaren de term 'kwaliteitssysteem' niet hanteren betekent overigens niet dat men geen samenhang probeert aan te brengen in de verschillende activiteiten op het vlak van kwaliteit. Daarover later meer.

Concluderend zou men kunnen stellen dat zowel beroepsbeoefenaren als instellingen beide bezig zijn met de ontwikkeling van kwaliteitsbewakende systemen en dat instellingen de term 'kwaliteitssysteem' gebruiken om de organisatorische samenhang van deze systemen op het niveau van de instelling aan te duiden. Impliciet verwijst dit naar het feit dat het management verantwoordelijk is voor de organisatorische structuur van het geheel.

Samenhang bestaande instrumenten versus ISO-systematiek

Bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen worden twee invalshoeken gevolgd. Sommige koepelorganisaties ontwikkelen systemen door samenhang te brengen in de bestaande instrumenten en deelsystemen, anderen gebruiken de ISO-systematiek.

Dit betekent dat men in het eerste geval een intern- en in het tweede geval een extern referentiekader gebruikt.

Als voordeel van de eerste aanpak wordt genoemd dat daarmee optimaal profijt wordt getrokken van datgene wat al ontwikkeld is zodat onnodig werk wordt vermeden én het aldus ontwikkelde systeem per definitie aansluit bij de cultuur van de instelling.

Een voordeel van de tweede aanpak - de ISO-systematiek - kan zijn dat lacunes in het systeem beter zichtbaar worden als men uitgaat van een extern referentiekader. Sommige koepelorganisaties trachten de voordelen van beide benaderingen te combineren door op koepelniveau een raamwerk voor kwaliteitssystemen te maken dat voor de instellingen als extern referentiekader kan functioneren.

Koepels van instellingen hebben hierbij het voordeel dat de ISO-systematiek impliciet of expliciet als extern referentiekader kan dienen terwijl koepels van beroepsbeoefenaren dergelijke handvatten niet hebben.

Kwaliteitssystemen en normen/criteria

In de bovengenoemde afspraak is gesteld dat kwaliteitssystemen gericht zijn op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria. De meerderheid van de koepelorganisaties (24) is bezig met het ontwikkelen van normen en criteria. Enerzijds betreffen deze criteria de inhoud van de zorg (aan welke eisen moet de zorg voldoen?), anderzijds betreffen deze criteria de systemen (aan welke eisen moet de kwaliteitszorg voldoen?). De inventarisatie van kwaliteitssystemen strekt zich niet uit tot de inhoud van de normen en criteria. De systemen en de criteria (inhoud) zijn daarmee op een kunstmatige wijze uit elkaar getrokken. Systemen op zich zijn 'leeg' en krijgen pas betekenis als ingevuld is welke aspecten van kwaliteit daarmee bewaakt of verbeterd worden. Ter verduidelijking, men zou een zwaar systeem kunnen inzetten op triviale aspecten van kwaliteit, zodat het middel zich niet meer verhoudt tot het gekozen doel. Andersom krijgen criteria pas betekenis als er systemen zijn die waarborgen dat volgens die criteria wordt gewerkt. Systemen en criteria kunnen dus niet zonder elkaar.

Deelsystemen als onderdelen van het kwaliteitssysteem

Overkoepelende kwaliteitssystemen die hun waarde hebben bewezen, bestaan op dit moment nog niet. Wel bestaan er onderdelen van kwaliteitssystemen. In Leidschendam is afgesproken dat het beoordelen van de kwaliteit onderdeel van het kwaliteitssysteem zou moeten zijn. Als instrumenten voor beoordeling worden toetsings-systemen genoemd, (her)registratiesystemen en structurele feedback van de gebruikers.

Bij de inventarisatie is ervan uitgegaan dat beoordelen alleen geen garanties biedt voor het verbeteren van geconstateerde tekortkomingen. Het doel van kwaliteitssystemen is zowel bewaken als verbeteren. Daarom is in deze inventarisatie gekeken naar op kwaliteitsbeoordeling gerichte deelsystemen die de kwaliteitskringloop weer spiegelen. De essentie van de kwaliteitskringloop is niet alleen beoordelen maar ook verbeteringen aanbrengen indien tekortkomingen worden geconstateerd en evalueren of de aangebrachte verbeteringen tot het gewenste resultaat leiden. In feite hebben we hiermee strengere criteria aangelegd dan in de tweede Leidschendam-afpraak verwoord is. Het idee van deelsystemen is door de meerderheid van de geïnterviewden evenwel als logisch of werkbaar ervaren.

Activiteiten die geen kwaliteitskringloop weerspiegelen zijn door ons gerubriceerd als 'voorwaardenscheppende activiteiten' (normen, criteria, beroepsprofielen, informatiesystemen enzovoorts). Dergelijke activiteiten kunnen echter ook een doel op zich zijn en zijn niet per definitie voorwaardenscheppend voor een deelsysteem.

Het focussen op deelsystemen impliceert dat maar een deel van alle activiteiten in kaart is gebracht. Met dit in het achterhoofd kijken we naar de deelsystemen die door de beroepsbeoefenaren en de instellingen ontwikkeld zijn.

Deelsystemen bij beroepsbeoefenaren en instellingen

Om de overeenkomsten en verschillen tussen de systemen van de beroepsbeoefenaren en de instellingen te analyseren zijn de meest frequent genoemde systemen in schema 1 naast elkaar gezet.

Schema 1 Kwaliteits(deel)systemen bij beroepsbeoefenaren en instellingen

| BEROEPSBEOEFENAREN | | INSTELLINGEN | |
|-------------------------------|---|---------------------------|--|
| Bevoegdheid | - (her)registratie | Management en organisatie | - kwaliteitssystemen - visitatie/toetsing - bedrijfsvergelijking |
| Opleiding, bij- en nascholing | - accreditatie - visitatie | Medewerkers | - intercoll. toetsing - kwaliteitscirkels/ - profielen |
| Beroeps- uitoefening | - intercollegiale toetsing | Zorgverlening | - zorgplannen - commissies - patiëntenfeedback - klachtenprocedures |
| Relatie met patiënt/cliënt | - tuchtrecht - klachten- procedures | | |

De deelsystemen van beroepsbeoefenaren en instellingen verschillen in een aantal opzichten van elkaar. Bij de beroepsbeoefenaren ligt het accent op het waarborgen van deskundigheid en beroeps-uitoefening; bij instellingen ligt het accent op management/organisatie en op het primaire of zorgproces zelf. Voordat we ingaan op de verschillen en overeenkomsten is het interessant om te signaleren dat bij de systemen twee invalshoeken gekozen kunnen worden: men start óf vanuit het systeem óf vanuit het te bewaken onderwerp: meestal kiest men eerst het systeem (herregistratie, visitatie, toetsing, ISO-systematiek, enzovoorts) en vult vervolgens in welke aspecten hiermee beoordeeld gaan worden; soms volgt men

de omgekeerde volgorde, men gaat dan uit van het te bewaken onderwerp (medicatie, infectie, veiligheid, enzovoorts) en kiest daar vervolgens een passend systeem bij (tot nu toe is dat doorgaans het instellen van een 'bewakings'-commissie). Hoewel middel (systeem) en doel (onderwerp) dus in onderlinge samenhang moet worden gezien kan men vanuit beide invalshoeken beginnen.

Koepels van beroepsbeoefenaren hebben systemen waaraan sancties verbonden zijn (tuchtrecht, herregistratie, accreditatie, visitatie). De sancties bestaan uit verlies van bevoegdheid om de titel te voeren of verlies van opleidingsbevoegdheid. Bij instellingen treft men dergelijke systemen niet aan. De bevoegdheid tot het leveren van zorg werd tot nu toe geregeld in het erkenningensysteem. Met ziet geen vervangende systemen om af te bakenen wie welk product mag leveren. Het accent ligt op systemen om de kwaliteit van datgene wat men levert te waarborgen. Zowel bij beroepsbeoefenaren als bij instellingen zien we discussies over de mate waarin systemen al dan niet vrijblijvend zouden moeten zijn. Een trend in de richting van minder vrijblijvende systemen lijkt waarneembaar. Zo werd bij enkele intramurale sectoren de huidige visitatie afgeschaft onder meer omdat men op zoek was naar hardere beoordelingsmaten.

Bij de beroepsbeoefenaren ligt in hun kwaliteitsbeleid een zwaar accent op scholing en deskundigheidsbevordering, bij instellingen niet. Daar zou uit kunnen worden opgemaakt dat koepels van instellingen dit in eerste instantie een zaak van de beroepsgroepen zelf vinden zodat instellingen kunnen volstaan met het in dienst nemen van gekwalificeerde medewerkers. Overigens is er via het bestaan van in-service-opleidingen natuurlijk wel een intensieve bemoeienis van instellingen met de opleiding. In enkele sectoren voeren koepels van instellingen wel een actief kwaliteitsbeleid ten aanzien van scholing en deskundigheidsbevordering. Dat zijn vooral sectoren waarbij de medewerkers uit verschillende disciplines afkomstig zijn en waarbij aanvullende opleidingen worden verzorgd die specifiek op het type zorg zijn toegesneden (bijvoorbeeld verslavingszorg en beschermd wonen).

Uit de inventarisatie blijkt dat er relatief weinig deelsystemen ontwikkeld zijn waarbij de mening van de patiënt betrokken wordt bij het beoordelen van de kwaliteit of bij evaluatie van de uitkomst van de zorg. We doelen hier op actieve meningspeiling en niet op klachtenbehandeling (een passieve vorm van meningspeiling die wel zeer frequent voorkomt). Bij een aantal koepelorganisaties worden

initiatieven ontplooid om de tevredenheid van de patiënt te meten of een vorm van feedback in het te ontwikkelen kwaliteitssysteem in te bouwen, maar deze ontwikkelingen verkeren in zijn algemeenheid in een pril stadium. Hoewel de tevredenheid van de patiënt niet het enige doel van een kwaliteitssysteem is wordt dit in de ISO-normen wel als een van de primaire doelen genoemd. Met betrekking tot patiëntenfeedbacksystemen (actieve meningspeiling) is het opvallend dat deze wel door instellingen maar niet door beroepsbeoefenaren genoemd worden. De vraag dringt zich op of 'structurele feedback van gebruikers' zoals in de Leidschendam-afspraken verwoord is, ook geldt voor zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren en hoe deze systemen er dan uit zouden moeten zien.

Kwaliteitsbewaking of kwaliteitsbevordering als doel

Bij de ontwikkelde deelsystemen kan men een theoretisch onderscheid maken tussen systemen die in eerste instantie op kwaliteitsbewaking gericht zijn en systemen die op kwaliteitsbevordering gericht zijn. Bij kwaliteitsbewaking gaat het erom dat de geleverde zorg niet onder de minimumcriteria zakt, bij kwaliteitsbevordering gaat het om het streven naar optimale of streefcriteria. Het doel van het systeem bepaalt dus welk type criteria gehanteerd wordt.

Kwaliteitsbewaking is vooral het doel bij (her)registratie, accreditatie van scholing, klachtenprocedures en de commissies die veiligheid, medicatie enzovoorts bewaken. Kwaliteitsbevordering is vooral het doel bij de huidige vormen van intercollegiale en interinstitutionele toetsing, bedrijfsvergelijking, een systeem van zorgplannen en patiënten/cliëntenfeedbacksystemen.

Bij sommige bewakingssystemen zijn mechanismen ingebouwd in de vorm van sancties om te waarborgen dat de geconstateerde tekortkomingen opgeheven worden (verlies bevoegdheid, verlies kwaliteitsstempel). Bij de systemen die op kwaliteitsbevordering gericht zijn, zijn dergelijke mechanismen niet aanwezig. Dit betekent dat het systeem op zich geen garanties bevat dat kwaliteitsverbeteringen tot stand komen. De meerderheid van de geïnterviewden is van mening dat systemen als intercollegiale- of interinstitutionele toetsing inderdaad bijdragen aan kwaliteitsbevordering. De effecten daarvan zijn op micro- en meso-niveau wel aantoonbaar; op macro-niveau is het moeilijk de effecten wetenschappelijk aan te tonen.

Samenhang tussen deelsystemen

De vraag hoe deelsystemen met elkaar samenhangen kan op drie verschillende manieren worden benaderd:

1. De samenhang van deelsystemen binnen een instelling of een beroepsgroep; hierbij gaat het in feite om de vraag in hoeverre een overkoepelend kwaliteitssysteem voor die instelling of beroepsgroep in ontwikkeling is.
2. De samenhang tussen aan de ene kant de systemen van beroepsbeoefenaren en aan de andere kant de systemen van de instellingen; dit is met name van belang voor beroepsbeoefenaren die in een institutionele setting werken (al of niet in dienstverband).
3. De samenhang tussen systemen van verschillende koepelorganisaties; bij functiegerichte zorgverlening zal zorg voor bepaalde patiëntencategorieën worden geleverd door verschillende typen instellingen en beroepsbeoefenaren. De vraag is in hoeverre er systemen in ontwikkeling zijn die in die gevallen de kwaliteit waarborgen.

ad. 1. Indien deelsystemen op elkaar zijn afgestemd en het gehele proces van behoeftebepaling tot en met de uitkomst van de uiteindelijke verleende zorg dekken is sprake van een kwaliteitssysteem. Geconstateerd werd al dat de meerderheid van de koepelorganisaties van instellingen toewerkt naar zo'n kwaliteitssysteem. Bij veel koepels van beroepsbeoefenaren wordt het systeem van (her-)registratie gezien als een deelsysteem, waarmee de verbinding tussen de verschillende onderdelen kan worden gelegd. Een goed voorbeeld hiervan vormen de plannen bij de huisartsen, waar men naar een situatie toewerkt waarin huisartsen alleen worden geherregistreerd als zij aan een aantal kwalitatieve eisen voldoen. Hierin kan worden opgenomen dat men dient deel te nemen aan onderlinge toetsing en op gebleken tekortkomingen geaccrediteerde nascholing volgt. Systemen van (her-)registratie, toetsing en nascholing worden op die manier onderling gekoppeld. Een ander voorbeeld is het doorspelen van klachten naar kwaliteitsfunctionarissen zodat activiteiten ondernomen kunnen worden op die gebieden waar tekorten geconstateerd zijn.

ad. 2. Beroepsbeoefenaren werken vaak, al of niet in dienstverband, in instellingen. In de instellingen is in het kader van het kwaliteitssysteem het management verantwoordelijk voor de kwaliteit van de in de instelling geleverde zorg. De beroepsbeoefenaar heeft een professionele verantwoordelijkheid waarop hij bijvoorbeeld in het kader van de (her-)registratie kan worden afgerekend. Het moge duidelijk zijn dat deze verantwoordelijkheden overlappen. Zowel door de koepels van beroepsbeoefenaren als door de koepels van instellingen werd gewezen op het spanningsveld dat kan

ontstaan als de toetsingssystemen van de beroepsbeoefenaren en de instellingen niet geïntegreerd zijn. Bij de beroepsbeoefenaren werd als probleem gesignaleerd dat sommige instellingen geen tijd beschikbaar stellen voor intercollegiale toetsing terwijl bij koepels van instellingen vooral opgemerkt werd dat nog niet is uitgekristalliseerd hoe bij kwaliteitsbewaking de professionele autonomie zich verhoudt tot de verantwoordelijkheid van het management: hoe verhoudt supervisie zich tot intercollegiale toetsing? en, hoe verhoudt intercollegiale toetsing zich tot de systemen van de instelling als geheel? Bij enkele koepelorganisaties worden pogingen tot integratie gedaan. Overigens speelt dit probleem alleen bij de beroepsbeoefenaren die in een institutionele setting werkzaam zijn en minder bij in het merendeel zelfstandig gevestigde beroepsgroepen zoals huisartsen en tandartsen.

De overeenkomsten en daarmee ook eventuele overlappingsen tussen de systemen van beroepsbeoefenaren en instellingen liggen met name in het gebruik van toetsingssystemen en klachtenbehandeling. Bij beroepsbeoefenaren bestaan systemen van intercollegiale toetsing terwijl vergelijkbare systemen in de instellingen gehanteerd worden, namelijk kwaliteitscirkels en kwaliteitsprofielen. In beide gevallen worden aspecten van het werk op een systematische manier beoordeeld met als doel verbeteringen aan te brengen. Bij intercollegiale toetsing gebeurt dat tussen collega's onderling, bij kwaliteitscirkels en kwaliteitsprofielen kunnen ook meerdere disciplines betrokken zijn of bijvoorbeeld een afdeling of dienst.

Als tweede overeenkomst bij beroepsbeoefenaren en instellingen houden beide zich bezig met klachtenbehandeling. Problemen met betrekking tot eventuele overlap werden niet genoemd. Daarentegen stelden enkele paramedische beroepen dat een aparte klachtenregeling voor de beroepsgroep niet nodig werd geacht omdat de beroepsbeoefenaren voor het merendeel in instellingen werkten zodat men onder de klachtenregeling van de instelling viel. Zowel bij beroepsbeoefenaren als bij instellingen onderzoekt men of en zo ja hoe klachtenregistraties gebruikt kunnen worden voor systematische kwaliteitsverbetering.

- ad. 3. De afgelopen jaren heeft het functionele denken opgeld gedaan in de Nederlandse gezondheidszorg, dit als reactie op het geëchelonneerde systeem, waarin flexibele op maat gesneden zorg voor bijvoorbeeld chronische patiënten moeilijk te realiseren was. Problemen met betrekking tot kwaliteit blijken zich juist voor te doen bij patiëntencategorieën die zorg van meerdere typen instellingen en beroepsbeoefenaren ontvangen. De vraag is in hoeverre daar bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen op wordt ingespeeld.

Uit de inventarisatie komt naar voren dat op dit moment nog weinig samenhang tussen de deelsystemen van verschillende typen instellingen/beroepsgroepen bestaat. Een meerderheid acht samenhang wenselijk, maar slechts een minderheid wijst erop dat onderlinge afstemming tussen de koepels de aandacht verdient. Als voorbeeld van dit laatste werd gewezen op de Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid waarbij drie koepelorganisaties uit de Geestelijke Gezondheidszorg elkaar regelmatig informeren over de in ontwikkeling zijnde kwaliteitssystemen. Bij de meerderheid van de koepels is echter nog geen sprake van onderlinge afstemming omdat men intern nog op zoek is naar vormgeving en invulling van de systemen.

Externe gerichtheid van kwaliteitssystemen

Eén van de belangrijkste functies van kwaliteitssystemen is dat daarmee aan de buitenwereld wordt duidelijk gemaakt op welke wijze de kwaliteit wordt bewaakt. Uit de inventarisatie wordt echter duidelijk dat de systemen die op dit moment worden ontwikkeld nog sterk intern zijn gericht.

Bij externe gerichtheid kan men aan verschillende zaken denken. In de eerste plaats kan men externe partijen als financiers en gebruikers betrekken bij de te ontwikkelen criteria. Overleg hierover is in ontwikkeling. Hoe de aanbieders er voor zorgen dat de vastgestelde criteria worden gehaald zou dan een interne aangelegenheid kunnen zijn. Enkele koepels achten dit een acceptabele vorm van externe controle.

Een tweede vorm is het gebruik van de mening van de patiënt nadat de zorg is verleend (satisfactiemeting, klachtenopvang) om de zorg zonodig te kunnen bijsturen. Bij de beschrijving van de deelsystemen zagen we al dat dit nog betrekkelijk weinig voorkomt.

De derde vorm betreft de bereidheid tot het afleggen van verantwoording aan derden. In Leidschendam is afgesproken dat kwaliteitssystemen externe beoordeling mogelijk moeten maken. Bij instellingen biedt de Kwaliteitswet Zorginstellingen daarvoor een wettelijk kader. Bij beroepsbeoefenaren ontbreekt een wettelijk kader: voor de in de Wet BIG opgenomen beroepen geldt het tuchtrecht maar zijn geen nadere kwaliteitseisen wettelijk vastgelegd. Beroepsbeoefenaren zullen de externe beoordeling, zoals in Leidschendam is afgesproken, dus zelf vorm moeten geven.

Bij de koepels van beroepsbeoefenaren is nauwelijks over externe beoordeling gesproken. Een enkele keer werd opgemerkt dat externe beoordeling zich zou kunnen richten op de kwaliteitsbewakende systemen zoals visitatie of toetsing.

Ook bij de koepels van instellingen speelt externe beoordeling nog slechts een geringe rol. Bij de meerderheid is externe beoordeling nog niet aan de orde omdat men eerst de aandacht wil richten op het ontwikkelen van kwaliteitssystemen: "als die er nog niet zijn valt er weinig te beoordelen" zo wordt opgemerkt. Slechts bij drie koepels is certificering het uiteindelijke doel bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Daarnaast verwijzen sommigen naar de externe beoordeling door de inspectie. In een enkel experiment vindt externe beoordeling door patiënten plaats. Bij de RIAGG's heeft dit een meer structureel karakter.

Op basis van de inventarisatie kan worden geconcludeerd dat de ontwikkeling van kwaliteitssystemen op dit moment nog voornamelijk een interne aangelegenheid is van aanbieders. De rol van verzekeraars bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen is nihil en ook patiëntenorganisaties komen zelden voor in de in ontwikkeling zijnde deelsystemen. Voor een deel zal dit te maken hebben met de fase waarin de in ontwikkeling zijnde deelsystemen verkeren. De indruk bestaat dat de koepelorganisaties eerst intern overeenstemming willen bereiken over waarop men afgerekend zou willen worden alvorens daar met andere partijen over te praten.

De implementatie van kwaliteitssystemen

De afspraken in Leidschendam over de te ontwikkelen kwaliteitssystemen zijn gemaakt door koepelorganisaties in de gezondheidszorg en de aanverwante welzijnssector. De concrete invoering van kwaliteitssystemen moet echter plaatsvinden in individuele instellingen en bij beroepsbeoefenaren.

Men stuit hierbij op de vraag hoe de verantwoordelijkheden van koepels en veld zich tot elkaar verhouden. De Leidschendamafspraken zijn op koepelniveau gemaakt en de koepelorganisaties streven - mede met het oog op belangenbehartiging - naar een hoog kwaliteitsniveau voor de gehele sector. Anderzijds zijn instellingen en beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk voor hun kwaliteitsbeleid. Zij kunnen aanbevelingen, instrumenten en systemen van de koepel naast zich neerleggen omdat koepels zelf niet over incentives en wettelijke sanctiemogelijkheden beschikken. Dit span-

ningsveld wordt zowel door de koepels van beroepsbeoefenaren als koepels van instellingen gesignaleerd.

Op het niveau van koepels is onder invloed van de Leidschendam-afspraken een aanzienlijke activiteit ontstaan. Richting achterban kiezen de koepels over het algemeen voor een voorzichtige aanpak. De activiteiten hebben tot doel het kwaliteitsbewustzijn te stimuleren, methodieken aan te dragen, deelname in experimenten, en dergelijke. Verder zijn op het niveau van de koepels subsidies voor kwaliteitsprojecten positieve incentives om de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te stimuleren. Structurele financiering van systemen is in een aantal gevallen nog niet rond.

Een moeilijkheid bij het uitdragen van kwaliteitsbeleid is het abstracte karakter van de Leidschendam-afspraken. De koepels moeten eerst een vertaalslag maken naar meer vertrouwde begrippen. De term 'kwaliteitssysteem' zal wellicht managers van instellingen aanspreken. Voor de gemiddelde hulpverlener in de Nederlandse gezondheidszorg zegt een begrip als 'kwaliteitssysteem' nog weinig; men kan zich bij in het kader daarvan plaatsvindende activiteiten als onderlinge toetsing, bewaking van veiligheid en hygiëne meer voorstellen. Dit kan een verklaring vormen voor het feit dat men bij beroepsbeoefenaren in feite nog niet van kwaliteitssystemen spreekt, maar van kwaliteitsbewakende en bevorderende activiteiten.

Een stimulerende factor bij het uitdragen van kwaliteitsbeleid is de aanstaande stelselwijziging. Men beseft dat men richting financiers moet duidelijk maken welke kwaliteit men levert. Door zelf activiteiten op dit terrein te ontplooiën kan men invloed uitoefenen op datgene waarop men in de toekomst zal worden afgerekend. Aan de andere kant brengt de onduidelijkheid over het wanneer en hoe doorgaan van de stelselwijziging ambivalentie te weeg in die zin dat men vreest straks op andere zaken te worden afgerekend dan waarvoor men nu instrumenten en systemen ontwikkelt.

Een belemmerende factor bij het uitdragen van kwaliteitsbeleid vormen ook de beschikbare financiële middelen. Door koepelorganisaties wordt er op gewezen dat vrijwilligerswerk hierbij nog een belangrijke rol speelt. Een koepelorganisatie kan wel voorstellen om bepaalde systemen door te voeren, maar de achterban stelt dan de vraag wie dat gaat betalen en hoe dat zich vertaalt in de kosten van het produkt. De vraag is in hoeverre overheid en verzekeraars daar een bijdrage aan willen leveren.

Al deze factoren bij elkaar maken dat het tempo waarmee kwaliteitssystemen tot stand komen aanzienlijk trager is dan in Leidschendam werd verondersteld. Externe oorzaken zijn het uitblijven van de

stelselwijziging, de abstractheid van de Leidschendam-afspraken en de beschikbare financiële middelen en interne oorzaak is het tijdrovende karakter van het bewustmaken en overtuigen van de achterban.

Verschillen in ontwikkelingstempo

Tussen beroepsgroepen en instellingen is grote variatie in intensiteit en tempo waarmee men bezig is met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen.

Binnen de beroepsgroepen zijn de verschillen het grootst tussen de medische beroepsgroepen en de paramedische beroepsgroepen. Veel paramedische beroepen zijn nog bezig met voorwaardenschepende activiteiten zoals het formuleren van normen en criteria terwijl bij huisartsen en specialisten al veel protocollen en richtlijnen ontwikkeld zijn. Systemen van intercollegiale toetsing en visitatie zijn bij huisartsen, specialisten en apothekers het experimentele stadium gepasseerd terwijl de meeste paramedische beroepsgroepen met experimenten op dit gebied beginnen.

Bij koepels van instellingen ziet men vergelijkbare verschillen. Het meest duidelijk wordt dat als men ziet dat sommige koepelorganisaties beginnen met een systeem van interinstitutionele toetsing terwijl een dergelijk systeem in andere sectoren al 10 jaar gebruikelijk is en men nu zoekt naar een nieuwe, meer normerende invulling van de systemen, soms gericht op certificatie. In dit laatste geval ligt het accent meer op kwaliteitsbewaking dan op kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewustwording.

Verklaringen voor deze verschillen in ontwikkelingsfase kunnen gezocht worden in de mate van professionalisering en de ter beschikking staande middelen terwijl ook de homogeniteit van de beroepsgroep of van het produkt van invloed is. De mate van professionalisering en de ter beschikking staande middelen zijn aan elkaar gerelateerd. De in hoge mate geprofessionaliseerde beroepsgroepen als artsen en apothekers beschikken doorgaans over omvangrijke landelijke bureaus waar deskundigen zich met de verdere professionalisering van het beroep bezighouden (wetenschappelijk onderzoek, standaardisering, kwaliteitsbevordering, enzovoorts). Voor de intramurale sector vervult het Nationaal Ziekenhuis Instituut al jaren een dergelijke functie. Bij de meerderheid van de paramedische beroepen, fysiotherapie uitgezonderd, alsook bij relatief kleine beroepsgroepen als de verloskundigen ontbreken zowel de deskundigheid als de middelen voor dergelijke

activiteiten. Het ontwikkelingswerk gebeurt doorgaans op basis van vrijwilligheid in vrije tijd.

De homogeniteit van de beroepsgroep en van het produkt vormt een tweede verklarende factor. Het is geen toeval dat de laboratoria en apotheken het verst zijn in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zij leveren een welomschreven en tastbaar produkt dat aan een aantal concrete kwaliteitseisen moet voldoen. Bij zorgverlening daarentegen is het produkt minder concreet terwijl de zorg bovendien afgestemd moet worden op de individuele behoeften van de patiënt. Dit maakt zowel normering als bewaking moeilijker. De situatie wordt nog complexer als binnen de beroepsgroep zelf ook nog eens veel verschillende typen activiteiten verricht worden zoals bijvoorbeeld bij sociaal geneeskundigen en psychologen het geval is.

Bovengenoemde zaken kunnen een verklaring vormen voor het verschil in intensiteit en tempo van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij de verschillende sectoren. We zien hierbij dat in bepaalde gevallen sprake is van een verschil in ontwikkelingsfase maar in andere van meer fundamentele verschillen in de aard en omvang van bepaalde beroepsgroepen of instellingen. Kosten-/batenafwegingen zullen hierbij ook een rol spelen. Met name bij kleine, heterogene beroepsgroepen kan de vraag worden gesteld of de baten van het ontwikkelen van zware kwaliteitssystemen wel opwegen tegen de te maken kosten.

De conclusies samengevat

De conclusies van de inventarisatie kunnen in de volgende 16 punten worden geresumeerd:

1. De meeste koepels van instellingen houden zich bezig met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem en de meeste koepels van beroepsbeoefenaren met het ontwikkelen van kwaliteitsbewakende en bevorderende instrumenten.
2. Bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen gaat de minderheid uit van de ISO-systematiek als extern kader, de meerderheid tracht samenhang te brengen in de bestaande instrumenten en programma's.

1. WAAROM EEN INVENTARISATIE VAN KWALITEITSSYSTEMEN?

1.1 Aanleiding en achtergrond van de inventarisatie

In 1989 en in 1990 organiseerden de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) drie kwaliteitsconferenties, waaraan de belangrijkste koepelorganisaties in de gezondheidszorg deelnamen. Aanleiding tot deze conferenties was enerzijds de veranderende opstelling van de overheid ten aanzien van het stelsel van de gezondheidszorg. De overheid wil dereguleren en verantwoordelijkheden en taken overdragen aan het veld, in het bijzonder met betrekking tot de kwaliteit van de zorg. Anderzijds had het veld zelf de behoefte activiteiten op het gebied van kwaliteit te bundelen tot een overzichtelijk geheel.

Op de conferenties bogen aanbieders, verzekeraars, patiënten, consumenten en de overheid zich over de vraag wat goede kwaliteit van zorg is en wie verantwoordelijk is voor het bewaken van de kwaliteit van zorg. Dit resulteerde in een aantal schriftelijk vastgelegde afspraken tussen de partijen (zie bijlage 1).

De aanbieders van zorg namen in de eerste aanleg de verantwoordelijkheid voor kwaliteit en kwaliteitsborging op zich. In overleg met patiënten/consumenten organisaties en verzekeraars maakten zij afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid. Daarnaast werd afgesproken dat het beleid van verzekeraars het leveren van goede kwaliteit mogelijk moet maken en dat verzekeraars de gewenste kwaliteit dienen te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. De rol van de overheid zou kaderstellend en stimulerend zijn.

De afspraken die in het kader van dit rapport relevant zijn hebben betrekking op het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.

Met betrekking tot de kwaliteitscriteria is afgesproken dat de drie partijen (aanbieders, patiënten, consumenten, verzekeraars) elk hun eigen kwaliteitscriteria dienen te ontwikkelen op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van zorg. Aan de hand van deze criteria kan beoordeling van de kwaliteit plaatsvinden bijvoorbeeld door middel van een kwaliteitssysteem.

Het ontwikkelen van deze criteria is in volle gang. De medische beroepsgroepen zijn daarbij het verst gevorderd. Zij hebben een uitgebreid scala aan medisch-technische criteria ontwikkeld door

middel van het formuleren van richtlijnen, protocollen, gedragsregels en beroepsprofielen (2). Zie voor een gedetailleerde stand van zaken de 'Eerste Rapportage Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid' van de NRV (3).

Parallel aan deze ontwikkeling loopt de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. De aanbieders van zorg hebben zich verantwoordelijk gesteld voor kwaliteitsborging en hebben afgesproken kwaliteitssystemen te ontwikkelen waarmee de kwaliteit van zorg op een systematische wijze bewaakt, beoordeeld en verbeterd kan worden. Letterlijk luiden de afspraken als volgt:

1. "De aanbieders (beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria."
2. "Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria. Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
 - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing; intercollegiale/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
 - b. registratie/herregistratie/re-examinering: ten behoeve van herregistratie kan - ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep - bij- en nascholing verplicht worden gesteld.
 - c. structurele feedback van de gebruikers van zorg."
3. "In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systematiek."
4. "Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis."

De laatste afspraak stelt dat een intern kwaliteitssysteem externe beoordeling mogelijk moet maken. Onder externe beoordeling wordt verstaan beoordeling door externe partijen zoals consumenten,

verzekeraars of inspectie. Externe beoordeling kan dus per definitie niet gebeuren door degene die de zorg levert of de hulp verleent.

De afspraak is dat kwaliteitssystemen binnen een termijn van vijf jaar operationeel zullen zijn en die termijn geldt ook voor het ontwikkelen van criteria.

Om de realisering van de gemaakte afspraken te bevorderen is na afloop van de kwaliteitsconferenties een commissie in het leven geroepen, de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC-VOK). Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van landelijke organisaties van patiënten/consumenten, verzekeraars en een groot aantal koepelvertegenwoordigers uit de gezondheidszorg en verwante welzijnssectoren (zie bijlage 2).

De commissie peilt van tijd tot tijd de vorderingen en brengt hierover verslag uit (3). Ook de huidige inventarisatie van kwaliteitssystemen moet in dat kader gezien worden.

De centrale vraagstelling van de inventarisatie is: Welke kwaliteitssystemen of onderdelen daarvan zijn of worden ontwikkeld in de zorgsector?

Wat onder een kwaliteitssysteem wordt verstaan wordt in de volgende paragraaf verduidelijkt evenals de in dit rapport gehanteerde begrippen.

1.2 Kwaliteitssystemen: begrippen en definities

Doel van een kwaliteitssysteem

Het kwaliteitssysteem heeft als doel te garanderen en zichtbaar te maken dat de kwaliteit van het uiteindelijke produkt, de zorg, systematisch bewaakt en zonodig verbeterd wordt. De kwaliteit van de zorg wordt bepaald door de kwaliteit van alle processen en activiteiten die voor de totstandkoming van de daadwerkelijke zorgverlening nodig zijn. Deze activiteiten omvatten het hele proces vanaf de vaststelling van de behoefte van patiënten/consumenten tot en met de uitkomsten van de feitelijke zorgverlening. Dit betekent dat ook de kwaliteit van het management en de organisatie alsmede van het personeel en de materiële middelen bepalend zijn voor de uiteindelijk geleverde zorg. Kwaliteitsbewaking en -verbetering kan dan ook betrekking hebben op elk van deze gebieden.

Zodra al deze activiteiten met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -verbetering onderling op elkaar afgestemd zijn en een samenhangend geheel vormen, spreekt men van 'het kwaliteitssysteem'. De definitie daarvan is:

"De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg. Kwaliteitszorg wordt ook wel 'quality management' genoemd: dit is het bepalen en ten uitvoer brengen van het kwaliteitsbeleid."

Wanneer een organisatie zorgdraagt voor kwaliteitsbewaking en -bevordering op de diverse onderdelen (management, structuur, personeel, middelen en zorgverlening) én als deze activiteiten een samenhangend geheel vormen (het kwaliteitssysteem) kan dit voor de gebruikers een garantie bieden voor de kwaliteit van de uiteindelijke zorgverlening. Ook aan externe partijen maakt het kwaliteitssysteem zichtbaar op welke wijze een organisatie de kwaliteit beheerst.

ISO-normen

De bekendste voorbeelden van kwaliteitssystemen komen uit het bedrijfsleven. Door de International Organization for Standardization (ISO) worden voor internationaal gebruik op diverse terreinen gestandaardiseerde normen geformuleerd die in Nederland vertaald zijn door het Nederlands Normalisatie Instituut. Zo zijn er onder andere normen geformuleerd waar kwaliteitssystemen aan moeten voldoen (NEN-ISO-9000 serie) wil een bedrijf voor certificering in aanmerking komen.

Voor de gezondheidszorg zijn geen aparte systemen ontwikkeld. Wel is de ISO-9004.2 toegespitst op de dienstverlening, waaronder ook de gezondheidszorg wordt begrepen.

In hoeverre deze ISO-normen toepasbaar zijn in de gezondheidszorg staat nog ter discussie. In een onderzoek van de NRV naar de bruikbaarheid van de ISO-normen wordt als voorlopige conclusie het volgende gesteld:

"De voorlopige conclusie is dat vooral de norm ISO-9004 bruikbaar is als leidraad voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zij biedt een referentiekader maar moet niet als axioma worden gehanteerd. Niet de letter maar de strekking en de systematiek van de norm zijn voor de gezondheidszorg bruikbaar. Verder geldt dat de hantering van de ISO-normen één van de wegen is

waarlangs men tot kwaliteitssystemen kan komen, niet de enige" (4).

Casparie (5) geeft in een recent artikel een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de ISO-9004.2 en plaatst enige kanttekeningen bij de toepasbaarheid. De volgende kenmerken worden genoemd:

- Centraal in een kwaliteitssysteem staat de **kwaliteitskringloop**. Dit betekent dat men voortdurend nagaat of datgene wat men levert voldoet aan de wensen van de gebruiker en verbeteringen aanbrengt als dat nodig is. In de ISO-systematiek begint dit proces bij het peilen van de behoefte en het op grond daarvan ontwerpen van het produkt. Daarna volgt de dienstverlening zelf. Aanbieder en gebruiker beoordelen gezamenlijk het resultaat op grond waarvan verbeteringen aangebracht worden.
- De **verantwoordelijkheid** voor het kwaliteitsbeleid ligt bij het management. Het management moet vastleggen wie voor welke onderdelen verantwoordelijk is en scheidt de noodzakelijke voorwaarden (middelen, training van het personeel, gegevensverzameling, enz.).
- Als primaire **doelstellingen** van het kwaliteitsbeleid worden genoemd: de tevredenheid van de klant; de bescherming van maatschappij en milieu; de doelmatigheid van de dienstverlening. De klant is de ultieme beoordelaar van de kwaliteit.
- Het kwaliteitssysteem moet in een **handboek** worden beschreven. Van elke dienst dient een beschrijving van alle processen aanwezig zijn. Ook moet vastgelegd zijn of de doelen gehaald zijn en welke corrigerende maatregelen genomen zijn.
- Het kwaliteitssysteem moet regelmatig door het management **beoordeeld** worden. Tevens moeten onderdelen van het systeem regelmatig beoordeeld worden door onafhankelijke personen die niet betrokken zijn bij de onderdelen die worden onderzocht.

Volgens Casparie is de letterlijke toepassing van al deze richtlijnen in de gezondheidszorg problematisch en zijn aanpassingen nodig (zie ook Oosterhuis (7)).

In de zorgsector ligt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit niet uitsluitend bij het management; hulpverleners hebben

eigen verantwoordelijkheden vanuit hun professionele autonomie (zie ook Lombarts (8)).

In de ISO-normen staat het voldoen aan de behoeften en verwachtingen van de klant centraal. Als dit als enige criterium wordt gehanteerd kan dit leiden tot het kweken van onnodige vraag en medicalisering.

Ook wijst Casparie op het individuele karakter van zorgverlening. De zorgverlening komt tot stand komt in directe interactie met de patiënt (zorg op maat). Het gedetailleerd vastleggen van alle verichtingen voor elke situatie is dan ook bezwaarlijk.

Oosterhuis (7) concludeert dat organisaties in de gezondheidszorg de ISO 9004.2 kunnen gebruiken voor het ontwerpen van een kwaliteitssysteem maar dat dit geen pasklare oplossingen voor elke organisatie geeft.

1.3 Operationalisatie

Op grond van de hiervoor genoemde overwegingen is besloten om bij de inventarisatie van kwaliteitssystemen de ISO-normen vooralsnog niet tot uitgangspunt te maken. Wel is besloten om bij de inventarisatie zoveel mogelijk aan te sluiten bij de internationaal geaccepteerde begrippen die in de ISO-normen gehanteerd worden. Daarnaast werd besloten de inventarisatie af te bakenen tot specifieke onderdelen van een kwaliteitssysteem omdat een inventarisatie van alle kwaliteitsbevorderende activiteiten een onoverzichtelijke hoeveelheid gegevens op zou leveren.

Dit leidde tot het besluit de inventarisatie te richten op die onderdelen van het kwaliteitssysteem (deelsystemen) die de kwaliteitskringloop weerspiegelen. We lichten de begrippen toe.

Kwaliteitskringloop

Een kenmerk van elk kwaliteitssysteem is, zoals gezegd, de kwaliteitskringloop. De kerngedachte van de kwaliteitskringloop is dat doorlopend wordt getracht verbeteringen aan te brengen als het produkt niet aan de gestelde eisen voldoet. Men moet dus weten wat de eisen zijn en waar tekortkomingen optreden. De kwaliteitskringloop bestaat in zijn algemeenheid uit een viertal fasen, namelijk:

1. Het kiezen van een thema, onderwerp of probleemgebied.
2. Het vaststellen van normen of criteria.
3. Het meten hoe de realiteit zich verhoudt tot de gestelde normen.

4. Verbeteringen aanbrengen en evalueren of die tot het gewenste resultaat hebben geleid.

Als men alle fasen van deze kwaliteitskringloop doorloopt, leidt dit tot een systematische verbetering van de kwaliteit. Dit betekent dat het ontwikkelen van criteria of van richtlijnen zoals bijvoorbeeld protocollen of standaarden in feite een tweede fase in de kringloop zijn. Protocollen en standaarden leiden namelijk niet automatisch tot kwaliteitsverbetering omdat het bestaan ervan nog niet betekent dat ze ook worden nageleefd. Als dergelijke richtlijnen echter gebruikt worden voor beoordeling, bewaking of verbetering van de kwaliteit dan is er sprake van een kwaliteitskringloop. Het principe van de kwaliteitskringloop biedt hiermee een kader voor systematische kwaliteitsverbetering.

De kwaliteitskringloop is zowel van toepassing op het kwaliteitssysteem als totaal als op de diverse onderdelen waaruit het is opgebouwd. Bijvoorbeeld, het verbeteren van de structuur van de organisatie of het verbeteren van de onderlinge afstemming van zorgonderdelen kan gebeuren aan de hand van de fasen van de kwaliteitskringloop. In feite kan het principe van de kwaliteitskringloop op elke kwaliteitsbevorderende activiteit worden toegepast.

Dergelijke activiteiten kunnen zowel de zorgverlening zelf betreffen als alle factoren die daar invloed op hebben zoals de organisatie, het management, het personeel of de materiële middelen. In feite kijkt men dan naar onderdelen van het kwaliteitssysteem die op zich weer een deelsysteem kunnen vormen.

Kwaliteitsdeelsystemen

Het kwaliteitssysteem bestaat dus uit een aantal kwaliteitsdeelsystemen waarvoor de volgende omschrijving gehanteerd wordt:

"Een deelsysteem is een onderdeel van een kwaliteitssysteem waarmee één of meerdere aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening of de instelling op structurele wijze bewaakt en/of verbeterd wordt."

'Structureel' betekent dat deze activiteiten een vast onderdeel van de beroepsuitoefening of van de door instellingen verleende zorg zijn.

Voorbeelden van activiteiten die een deelsysteem kunnen vormen zijn onder andere:

- intercollegiale of interinstitutionele toetsing;
- een systeem van registratie of herregistratie;
- systematische medicatiebewaking;
- bewaking van het infectiebeleid;
- een systeem van klachtenbehandeling;
- systematische behoeftepeiling of satisfactie-onderzoek;
- systematische terugkoppeling van gegevens door financiers;
- enzovoorts.

Bij de inventarisatie wordt met name gekeken in hoeverre dergelijke activiteiten de kwaliteitskringloop weerspiegelen. Is er sprake van een volledige kwaliteitskringloop dan kan men spreken van een kwaliteitsdeelsysteem.

In het rapport wordt een onderscheid gemaakt tussen deze deelsystemen enerzijds en voorwaardenscheppende activiteiten anderzijds. Bijvoorbeeld richtlijnen of protocollen, beroepsprofielen, modelovereenkomsten tussen hulpverlener en patiënt, informatie-systemen enzovoorts. Al deze zaken kunnen gebruikt worden voor kwaliteitsbeoordeling en kunnen in die zin als voorwaardenscheppend beschouwd worden. Zij hebben op zich geen methodiek van de kringloop in zich.

Kwaliteitsaspecten

Deelsystemen beslaan doorgaans niet het gehele proces maar zijn gericht op belangrijke of kwetsbare onderdelen (bejegening van de patiënt, veiligheid, hygiëne enz.). Zie voor een overzicht van relevante kwaliteitsaspecten de Discussienota's van de NRV (9, 10, bijlage 3).

Bij een deelsysteem behoort een beschrijving van de aspecten waar het op gericht is, met andere woorden welke concrete doelen worden met het systeem beoogd. Bij intercollegiale toetsing is het bijvoorbeeld relevant om te weten wat precies getoetst wordt en bij een systeem van herregistratie is het relevant om te weten welke eisen voor herregistratie gesteld worden. Op deze wijze kan men zichtbaar maken welke aspecten van de zorg systematisch worden getoetst op kwaliteit en welke aspecten (nog) geen onderdeel zijn van systematische kwaliteitsbeoordeling.

Bovendien kan hieruit blijken welke deelsystemen bij uitstek geschikt zijn voor specifieke aspecten van de zorg. Bijvoorbeeld systematisch satisfactie-onderzoek lijkt een geschikt instrument om de bejegening van de patiënt te beoordelen, bij intercollegiale toetsing ligt het accent wellicht op het methodisch-technisch handelen en

In totaal werden 23 koepels van beroepsbeoefenaren en 14 koepels van instellingen benaderd (zie bijlage 5). De deelname was 100%; er was geen weigering.

Een verslag van het interview werd voor commentaar aan de geïnterviewde voorgelegd. In dit rapport wordt uitsluitend informatie uit de geautoriseerde interviews gebruikt. Naast deze interviewgegevens is in beperkte mate aanvullende literatuur gebruikt, namelijk in die gevallen waarin de geïnterviewde verwees naar relevante beleidsnota's, jaarverslagen of andere documenten. Er is geen uitputtend literatuuronderzoek verricht.

De interviewer deelde mondeling mee dat de rapportage niet gericht zou zijn op een onderlinge vergelijking tussen de koepelorganisaties. De rapportage zou echter niet anoniem zijn opdat in het rapport exemplarische voorbeelden konden worden beschreven.

De interviews hadden een open karakter. Globaal stonden twee vragen centraal:

1. Is op het niveau van de koepel een kwaliteitsbeleid geformuleerd en welke prioriteiten worden daarin gesteld?
2. Welke kwaliteitssystemen of kwaliteitsdeelsystemen zijn of worden ontwikkeld en wat is de stand van zaken m.b.t. deze systemen?

De eerste vraag is gesteld om het kader te kunnen schetsen waarbinnen de kwaliteitssystemen worden ontwikkeld.

Bij de deelsystemen werd gevraagd op welke aspecten van de kwaliteit deze gericht waren. Dit gebeurde aan de hand van de begrippenkaders van de NRV (9, 10) (zie bijlage 3).

Daarnaast werd bij elke vraag ingegaan op aandachtspunten/problemen die relevant waren voor het ontwikkelen cq. implementeren van de betreffende kwaliteitssystemen.

In de nu volgende hoofdstukken worden de resultaten van de interviews besproken. Dit gebeurt apart voor de koepels van beroepsbeoefenaren en die van de instellingen. Zowel bij de koepels voor beroepsbeoefenaren als bij de koepels van instellingen wordt de bespreking van de deelsystemen (respectievelijk in hoofdstuk 3 en 5) voorafgegaan door een hoofdstuk (respectievelijk hoofdstuk 2 en 4) waarin het algemene kwaliteitsbeleid van de betreffende koepels wordt geschetst.

2. KWALITEITSBELEID BIJ KOEPELS VAN BEROEPSBEOEFENAREN

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het kader geschetst waarbinnen koepelorganisaties in de zorgsector zich bezighouden met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen. Dit kader wordt gevormd door het algemene kwaliteitsbeleid van de betreffende koepelorganisatie. In de interviews is gevraagd in hoeverre de koepel een algemeen kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd (paragraaf 2.2) en welke prioriteiten daarin ten aanzien van de te ontwikkelen kwaliteitssystemen zijn gesteld (paragraaf 2.3). De gestelde prioriteiten kunnen op twee manieren in kaart worden gebracht. In de eerste plaats is in de interviews expliciet naar prioriteiten gevraagd. In de tweede plaats blijken prioriteiten meer impliciet uit de deelsystemen, die men in het interview aan de orde heeft gesteld. Daarom wordt in deze paragraaf een overzicht gegeven van de in de interviews besproken deelsystemen. De ordening die hierin wordt aangebracht biedt een systematiek voor de bespreking van de deelsystemen in hoofdstuk 3.

In paragraaf 2.4 komen tenslotte de algemene problemen die zich bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitsbeleid voordoen aan de orde.

2.2 De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid

De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem vindt plaats binnen het totale kwaliteitsbeleid van een organisatie. Dit kwaliteitsbeleid vormt het kader waarbinnen het kwaliteitssysteem begrepen kan worden. Op beleidsniveau besteden alle koepels van beroepsbeoefenaren aandacht aan kwaliteit. Dit betekent dat er een commissie, werkgroep of functionaris is die zich speciaal met kwaliteit of met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bezighoudt. Als aanleiding tot een vernieuwde aandacht voor of heroriëntatie op het kwaliteitsbeleid verwijzen bijna de helft van de geïnterviewden naar de Leidschendam-afspraken, vaak gekoppeld aan de Stelselwijziging. Ook wordt een aantal malen verwezen naar de Wet BIG en naar kwaliteitsnota's van de NRV.

Enkele koepelorganisaties hebben inmiddels een kwaliteitsbeleid in zijn totaliteit geformuleerd, de meeste koepels hebben een kwaliteitsbeleid op onderdelen en sommige organisaties zijn bezig met de voorbereiding van het kwaliteitsbeleid. In feite is hier sprake van een glijdende ontwikkeling zodat een strikte indeling van koepels in een van deze drie fasen de realiteit geweld aan zou doen. We geven enige exemplarische voorbeelden.

Enkele paramedische beroepsgroepen zeggen nog bezig te zijn met de voorbereiding van het kwaliteitsbeleid. In het kader daarvan worden verschillende activiteiten ondernomen, bijvoorbeeld: men inventariseert wat de verschillende werkgroepen en commissies aan kwaliteit doen; men peilt de mening van de leden van de beroepsgroep t.a.v. kwaliteitsbewaking; men oriënteert zich op kaders om het kwaliteitsbeleid vorm te geven bijvoorbeeld de begrippenkaders van de NRV of de ISO-systematiek.

Een kwaliteitsbeleid op onderdelen is (overigens vaak al jaren) door de meerderheid van de koepelorganisaties gerealiseerd. Het betekent een beleid op deelterreinen of op een bepaald aspect van de kwaliteit. Bijvoorbeeld, er is een beleid ontwikkeld t.a.v. Herregistratie (KNMG), Visitatie Medische Staven (LSV), Klachtenbehandeling (NMT), Accreditatie van nascholingsactiviteiten (LHV), enzovoorts. Dit beleid betreft in feite onderdelen van een (toekomstig) kwaliteitsstelsel. In hoofdstuk 3 worden deze onderdelen uitgebreid behandeld.

Enkele koepelorganisaties hebben een nota uitgebracht over een 'totaal' kwaliteitsbeleid. Deze nota's verschillen in abstractieniveau, de mate waarin sprake is van intenties vs concrete plannen en de gehanteerde systematiek. Ter illustratie enkele voorbeelden van de systematiek die men gebruikt bij het ontwikkelen van een integraal kwaliteitsbeleid.

Het KNMP heeft een lange-termijn kwaliteitsbeleid (tot 1995) geformuleerd met als uiteindelijke doelstelling de implementatie van een kwaliteitssysteem in elke apotheek (11). In het kwaliteitsplan is aangegeven wat daartoe op de korte en de lange termijn moet gebeuren door enerzijds de koepelorganisatie (KNMP) en anderzijds de individuele apotheker. Bij het opstellen van dit plan is de volgende systematiek gehanteerd: de huidige situatie is in kaart gebracht, de gewenste situatie is gedefinieerd en vervolgens is bepaald wat er in de huidige situatie moet veranderen om de gewenste situatie te bereiken.

Ook het kwaliteitsbeleid van het KNGF is een meerjarenbeleid (tot 1995). Uiteindelijke doelstelling is "de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering van het fysiotherapeutisch handelen" (12). De systematiek in de nota wordt gevormd door het begrippenkader van de NRV ten aanzien van de Kwaliteit van de Beroepsuitoefening. Enerzijds wordt aangegeven welke kwaliteitsaspecten inmiddels in de fysiotherapie gestalte hebben gekregen, anderzijds worden plannen vermeld om de overige kwaliteitsaspecten verder vorm te geven. Ook het Beleidsplan van de NVOM is volgens deze systematiek opgezet (13).

In de beleidsnota van de LVSG is het uitgangspunt de 'bevordering van de kwaliteit van het Sociaal Geneeskundig Handelen' (14). Getracht wordt "vanuit een totale kwaliteitszorgoptiek het beleid te integreren en af te stemmen op de ontwikkelingen bij de beroepsspecifieke verenigingen". De nota gaat uit van een theoretisch kader waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen interne- en externe kwaliteitszorg (respectievelijk de zorgverlener en de gebruiker), en de professionele verantwoordelijkheid versus de verantwoordelijkheid van de organisatie. De invulling van het beleid geschiedt aan de hand van concrete projecten.

De beleidsnota van de NVD (15) hanteert als kader de ISO-systematiek. In de nota wordt de volgende driedeling gehanteerd:

- a. Kwaliteitsuitgangspunten: doel is de kwaliteit van het beroep diëtist in al haar facetten te verhogen en het beroepsbeeld te profileren;
- b. kwaliteitsprocedures: er wordt een standaardprocedure voorgesteld voor de ontwikkeling van kwaliteitscriteria;
- c. kwaliteitsplan: planning van concrete activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren.

Tot 1995 zal het kwaliteitsbeleid van de NVD gericht zijn op het ontplooiën van activiteiten die voorwaarden-scheppend zijn voor kwaliteitsbevordering van het beroep.

Het kwaliteitsbeleid van de NVLF is gestructureerd rond het beoogde einddoel, namelijk het invoeren van intercollegiale toetsing. Alle onderdelen van het beleid zijn rond dit doel gegroepeerd. Het beleid is verder ingevuld met het creëren van de voorwaarden en het ontwikkelen van de instrumenten die voor deze toetsing nodig zijn, bijvoorbeeld het ontwikkelen van standaarden die in de toetsing als ideaalbeeld kunnen fungeren en het ontwikkelen van informatiesystemen die een beeld geven van de feitelijke situatie. Het einddoel is onderlinge toetsing aan de hand van feitelijke gegevens.

Concluderend: een kwaliteitsbeleid op onderdelen is door bijna alle koepelorganisaties geformuleerd. Daarnaast hebben sommige organisaties een integraal kwaliteitsbeleid ontwikkeld. Daarbij worden verschillende kaders gebruikt om de onderdelen van het kwaliteitsbeleid te groeperen of in onderlinge samenhang te bezien.

Kwaliteit van wat in de ogen van wie?

De ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid heeft in een aantal gevallen geleid tot een heroriëntatie op het produkt dat men wil leveren en op de invulling van het begrip kwaliteit. Men heeft zich als het ware de vraag gesteld: 'kwaliteit van wat in de ogen van wie?'. Het begin van een kwaliteitsbeleid, zo stelt de VBC, is de vraag wat wil je met de beroepsgroep, welk product wil je leveren en voor wie is het bestemd?

Het begin van een kwaliteitsbeleid, zo stelt de VBC, is de vraag wat wil je met de beroepsgroep, welk product wil je leveren en voor wie is het bestemd?

Bij de KNMP heeft deze denkwijze tot een aantal logische stappen geleid: als uitgangspunt van haar beleid stelt de KNMP dat de apotheker 'zorg draagt voor de geneesmiddelenvoorziening, voorlichting en medicatiebegeleiding' (11). Men kan dit de produkten noemen. Vervolgens is gekeken of voor elk van deze onderdelen voldoende instrumenten bestaan om de kwaliteit te beheersen. Uit deze analyse bleek dat met name aan de kant van het laboratorium veel ontwikkeld is maar dat de andere gebieden minder ver ontwikkeld zijn. Dus, kijkend naar de totale samenhang in het beleid zijn omissies geconstateerd met betrekking tot de andere taken die de apotheker vervult en in het huidige beleid wordt getracht dit recht te trekken en meer in evenwicht te brengen.

Een verwante ontwikkeling ziet men bij de NMT. Van oudsher lag het accent op de kwaliteit van het medisch-technisch handelen, de produkt-kwaliteit. Bij het denken over de invulling van het kwaliteitsbeleid is daar een nieuwe dimensie bijgekomen, de proces-kwaliteit. Dit betekent dat bij kwaliteitsbeoordeling nieuwe facetten betrokken zullen worden die betrekking hebben op de vraag "hoe zien patiënten kwaliteit?"

Ook de vertegenwoordiger van NU'91 is van mening dat de subjectieve beleving van de patiënt, de tevredenheid nadrukkelijk bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid betrokken moet worden.

Samenvattend blijkt dat het ontwikkelen van een integraal kwaliteitsbeleid in enkele gevallen aanleiding geeft tot een herdefiniëring van het produkt en een bredere invulling van het begrip kwaliteit waarbij niet alleen gekeken wordt naar 'kwaliteit vanuit de aanbieder' maar

ook naar 'kwaliteit vanuit het perspectief van de afnemer, de patiënt'.

2.3 Prioriteiten in het kwaliteitsbeleid

Expliciete prioriteiten

In zijn algemeenheid is het kwaliteitsbeleid gericht op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Onder die noemer vinden van oudsher tal van activiteiten plaats. De huidige ontwikkelingen zijn in grote lijnen af te leiden uit de prioriteiten die op dit moment gesteld worden. Vijf van de geïnterviewden konden geen prioriteiten aangeven ("alles heeft prioriteit"); de wel genoemde prioriteiten zijn in volgorde van frequentie weergegeven:

Tabel 2.1 Door koepelorganisaties genoemde prioriteiten in het kwaliteitsbeleid (N=19)

| | |
|--|----|
| - Ontwikkeling richtlijnen | 5 |
| - Registratie/herregistratie beroepsbeoefenaar | 5 |
| - Na- en bijscholing | 5 |
| - Intercollegiale toetsing | 5 |
| - Opleiding | 3 |
| - Visitatie | 2 |
| - Verbetering arbeidsvoorwaarden | 2 |
| - Professionalisering | 2 |
| - Overig | 9 |
| Totaal | 38 |

Door 19 koepelorganisaties worden 38 prioriteiten genoemd. Opvallend is dat er niet een bepaald onderwerp is dat er uitspringt. Een vijftal onderwerpen worden door ongeveer een kwart van de geïnterviewden genoemd als prioriteit hebbend.

Een kwart van de koepelorganisaties noemt het ontwikkelen van standaarden, normen en criteria een prioriteit in het kwaliteitsbeleid. Zie voor het onderscheid tussen deze begrippen de definities in bijlage 6. Op zich vormen deze richtlijnen geen kwaliteitssysteem. Dat worden ze pas als zij in een kwaliteitskringloop zijn ingepast. Wel vormt het hebben van richtlijnen en criteria een belangrijke voorwaarde voor een aantal deelsystemen, zoals bijvoorbeeld intercollegiale toetsing of registratie/herregistratie.

De registratie en herregistratie van beroepsbeoefenaren is volop in ontwikkeling en heeft eveneens bij een kwart van de geïnterviewde koepels prioriteit. Onder registratie verstaat men het aanleggen van

registers waarin alleen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren ingeschreven worden om op die wijze garanties te bieden voor de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar. Herregistratie betekent dat men na een aantal jaren opnieuw aan bepaalde eisen moet voldoen om in het register ingeschreven te blijven. Een systeem voor registratie en herregistratie kan worden aangemerkt als een kwaliteitsdeelsysteem omdat hierin sprake is van een kringloop.

Wat eveneens bij een aantal koepels prioriteit heeft is het nascholingsbeleid. Koepelorganisaties zijn onder andere bezig met het reguleren van bij- en nascholing en beoordelen welke nascholing wel en niet aan eisen van kwaliteit voldoet of zetten een beoordelingssystematiek op. Verwant daaraan wordt door een tweetal koepels prioriteit gelegd bij het beleid ten aanzien van de opleiding(en).

Tot slot wordt prioriteit gegeven aan de implementatie of de ontwikkeling van intercollegiale toetsing en/of visitatie. Intercollegiale toetsing is een vorm van toetsing waarbij beroepsbeoefenaren de kwaliteit van elkaars werk beoordelen aan de hand van door henzelf geformuleerde kwaliteitseisen. Visitatie betekent dat een speciaal samengestelde visitatiecommissie de kwaliteit van het werk beoordeelt aan de hand van tevoren vastgestelde eisen.

Alle 'overige' prioriteiten worden slechts één of tweemaal genoemd. Tweemaal genoemd zijn professionalisering en arbeidsvoorwaarden. Indicatiestelling, klachtenbehandeling, bewaking van de doelmatigheid, de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem, voorwaardenschepend beleid, ontwikkeling van een eenduidig registratieformulier, vestigings-/spreidingsbeleid en registratie van verrichtingen werden één keer genoemd.

Impliciete prioriteiten

De hierboven genoemde zaken werden in de interviews expliciet als prioriteit genoemd. Dit maakt duidelijk waar de accenten liggen in het huidige beleid. Dit impliceert echter niet dat de overige activiteiten die in het kader van het kwaliteitsbeleid worden ondernomen als minder belangrijk worden ervaren. Sommige geïnterviewden gaven dat ook aan door te zeggen dat in feite alles waar men zich mee bezighoudt prioriteit heeft, want anders zou de organisatie zich er niet mee bezighouden. De onderwerpen die in de interviews zijn besproken hebben als het ware impliciet prioriteit.

Tabel 2.2 biedt een overzicht van de besproken onderwerpen. De onderwerpen kunnen worden onderscheiden naar onderwerpen die op zichzelf kwaliteitsdeelsystemen kunnen vormen en activiteiten die alleen voorwaarden scheppen om deelsystemen te kunnen ontwikkelen. Het hebben van richtlijnen is bijvoorbeeld een voorwaarde om systemen rond toetsing te kunnen ontwikkelen. Van de 152 besproken onderwerpen hadden er 66 betrekking op (deel-)systemen en 86 op voorwaardenscheppende activiteiten.

Tabel 2.2 Overzicht van in de interviews besproken 'onderwerpen' ten aanzien van kwaliteitssystemen (n=23)

| | |
|---|------------|
| - Richtlijnen, normen, etc. | 14 |
| - Intercollegiale toetsing | 13 |
| - Beroepsprofielen, functieomschrijvingen | 12 |
| - Gedragsregels, ethiek | 12 |
| - Registratie/herregistratie | 11 |
| - Opleiding (bijstellen, verbeteren) | 10 |
| - Bij- en nascholing | 9 |
| - Klachtenprocedures/-regels | 9 |
| - Professionalisering | 4 |
| - Visitatie | 3 |
| - Informatiesystemen | 3 |
| - Eenduidige registratie van hulpverleningsactiviteiten | 3 |
| - Indicatiestelling | 3 |
| - Arbeidsvoorwaarden | 3 |
| - Supervisie | 3 |
| - Vestiging/spreiding | 3 |
| - Samenwerking met verwijzer | 2 |
| - Tuchtrecht | 2 |
| - Classificatie | 1 |
| - Modelovereenkomst met ziekenfonds | 1 |
| - Professioneel statuut | 1 |
| - Bewaking doelmatigheid | 1 |
| - Modelregeling met patiënt | 1 |
| - Kwaliteitssysteem | 1 |
| - Medicatiebegeleiding | 1 |
| Totaal | 152 |

De deelsystemen in ontwikkeling kunnen vervolgens grotendeels worden onderscheiden naar de thematiek waarop zij betrekking hebben. Vier categorieën kunnen worden onderscheiden waarin 62 van de 66 besproken onderwerpen konden worden ondergebracht:

1. Systemen gericht op de bevoegdheid om een bepaald beroep uit te oefenen. Hierbij gaat het om systemen voor registratie en herregistratie. Bijna de helft van de koepels houden zich hiermee bezig.

2. Systemen gericht op de kwaliteit van de opleiding en de na- en bijscholing.
Hieronder vallen bijstelling/verbetering van de opleiding en systemen rond bij- en nascholing (bijv. accreditatie). Systemen uit deze categorie zijn het meest in de interviews aan de orde geweest (19 keer).
3. Systemen gericht op de beroepsuitoefening zelf en de randvoorwaarden daarbij. Toetsing, waaronder gerekend worden intercollegiale toetsing, supervisie en visitatie. Onderwerpen vallend onder toetsing zijn 19 keer aan de orde geweest.
4. Systemen betrekking hebbend op de relatie hulpverlener-patiënt zijn hier apart genoemd maar zijn in feite onderdeel van de beroepsuitoefening. Hieronder worden klachtenprocedures/-regels en tuchtrecht begrepen. Deze onderwerpen zijn 11 keer aan de orde geweest.

Het overzicht van de deelsystemen per categorie geeft tabel 2.3.

Belangrijk is om op te merken dat de deelsystemen uit de verschillende categorieën niet los van elkaar kunnen worden gezien. In het uiteindelijke kwaliteitssysteem zou het zo kunnen zijn dat een hulpverlener pas voor herregistratie in aanmerking komt als hij deelgenomen heeft aan geaccrediteerde nascholingsactiviteiten op uit intercollegiale toetsing gebleken hiaten in zijn kennis en vaardigheden. Dergelijke integrale kwaliteitssystemen zijn er echter nog niet. Er is één koepel die zich expliciet bezighoudt met de ontwikkeling van een overkoepelend kwaliteitssysteem (de KNMP). Men wil dit bewerkstelligen door op koepelniveau voorbeelden van kwaliteitssystemen te ontwikkelen en anderzijds bouwstenen voor kwaliteitssystemen aan te dragen. Deze bouwstenen kan de apotheker gebruiken voor het invullen van het kwaliteitssysteem. Uitgangspunt is dat apotheken zelf vrij zijn om dat systeem te kiezen dat in hun situatie het meest doeltreffend is.

De voorwaardenscheppende activiteiten kunnen worden ingedeeld naar de systemen waarvoor zij voorwaardenscheppend zijn (tabel 2.3). Daarbij moet worden aangetekend dat een aantal activiteiten voorwaarden scheppen voor meerdere deelsystemen. Het hebben van een beroepsprofiel is zowel van belang voor de registratie/herregistratie als voor de bijstelling/verbetering van de opleidingen.

"Je kunt een heleboel werk gaan doen maar is dat het goede?"

"Wat financiers onder kwaliteit verstaan is nog niet zo duidelijk. De vrees bestaat wel eens dat zij daar een heel ander oordeel over kunnen hebben."

ad. b. Het ontwikkelen, uitdragen en implementeren van het kwaliteitsbeleid heeft tijd nodig

Op velerlei manieren zijn de koepelorganisaties bezig een kwaliteitsbewustzijn bij de achterban te kweken (publicaties, themadagen, symposia, congressen, enzovoorts). Toch blijkt het moeilijk om de totale achterban te bereiken. De discussies spelen zich nu vaak op hoog niveau af. In het veld zelf is men nog niet altijd overtuigd van het nut van deze nieuwe ontwikkelingen. Dat heeft tijd nodig. (Overigens zijn implementatieproblemen niet alleen gekoppeld aan kwaliteitssystemen; de LHV en LSV ontwikkelen bijvoorbeeld implementatie-strategieën voor protocollen en standaarden, zie bijlage 7). Enkele citaten:

"Je ziet in de beroepsgroep een aantal voortrekkers, maar er gaat meer tijd overheen voordat alles geïmplementeerd is in de hele beroepsgroep."

"In algemene zin is het moeilijk om de totale achterban te bereiken. Het leeft wel bij de kaderleden, maar hoe bereik je de hele achterban?"

"Er is natuurlijk een elite die van alle systemen afweet, maar het werkelijk doorwerken naar de voet van de organisatie, dat gebeurt heel weinig."

"Het kan lang duren (soms jaren) voordat op zichzelf goede ideeën zich als een olievlek over de hele beroepsgroep verspreidt. In feite beoog je bij mensen gedragsveranderingen teweeg te brengen. Het is nu wel duidelijk dat dat altijd de moeilijkste kant is bij het ontwikkelen van nieuwe zaken."

ad. c. Het uitvoeren van een kwaliteitsbeleid heeft financiële consequenties

Een praktisch probleem waar men op stuit is de mankracht, tijd en geld die met de uitvoering van een kwaliteitsbeleid gemoeid is. In Leidschendam is afgesproken dat "de financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten beschikbaar moet komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen

binnen de vier actoren (veldpartijen en overheid). Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid produkt".

In de praktijk is dit nog niet gerealiseerd. Met name een aantal kleinere koepelorganisaties ontbreekt het aan mankracht en middelen om kwaliteitssystemen op te zetten. Maar ook bij grotere koepels is er vaak nog onduidelijkheid over de regeling van de financiële consequenties van het kwaliteitssysteem.

Enkele citaten:

"Aan kwaliteitsprojecten hangt door de structurele begeleiding een fiks prijskaartje. Men kan niet van kleinere beroepsgroepen verwachten dat men een substantieel deel van dat bedrag zelf opbrengt. In financiële zin ligt daar een groot probleem."

"De financiële kant is een probleem. Het opzetten en implementeren van intercollegiale toetsing bijvoorbeeld is een zeer kostbare zaak. De vraag naar kosten/baten verhouding speelt dan een rol."

"Het feit dat van de Leidschendam-afspraken nog niet echt veel gerealiseerd is heeft te maken met de beperkte tijd die vrijwilligers vrij kunnen maken. Het opzetten van een kwaliteitsbeleid is allemaal vrijwilligerswerk; er zijn geen betaalde functionarissen."

"De financiering is een probleem. Het meeste ontwikkelings-, beleids- en bestuurswerk gebeurt op vrijwilligersbasis." Dit geldt overigens voor de meerderheid van de paramedische beroepsgroepen.

"Straks gaat natuurlijk meespelen dat er uiteindelijk ook een kostenplaatje aan het kwaliteitssysteem komt te hangen. Je kunt veel dingen willen en voorstellen maar de achterban vraagt terecht wie dat allemaal gaat betalen en hoe dat straks vertaald moet worden in de kosten van het produkt. De vraag is hoe verzekeraars en overheid hier tegenaan kijken. Het financiële plaatje zal duidelijk ingevuld moeten worden."

2.5 Samenvatting

Bijna alle koepelorganisaties hebben beleid ontwikkeld met betrekking tot kwaliteit. Bij de meeste organisaties betreft dat een beleid op onderdelen. Sommige organisaties hebben een meer integraal beleid ontwikkeld. In enkele gevallen blijkt dat de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid aanleiding heeft gegeven om kwaliteit niet alleen vanuit het perspectief van de aanbieder maar ook vanuit het perspectief van de afnemer/cliënt te bekijken.

Er is niet duidelijk één onderwerp waar de koepels bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen prioriteit aan geven. Bezien we de ontplooidde activiteiten dan blijken deze grotendeels te kunnen worden ondergebracht in vier groepen deelsystemen, respectievelijk gericht op de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen, de kwaliteit van de opleidingen (inclusief na- en bijscholing), de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf en de randvoorwaarden daarbij en tenslotte de relatie met de cliënt.

Algemene problemen die zich voordoen bij de ontwikkeling en implementatie hebben betrekking op onduidelijkheid wat precies van hen wordt verwacht, het tijdrovende karakter van het doorvoeren van veranderingen bij de achterban en de kosten die gemoed zijn met het opzetten en implementeren van een en ander.

3. KWALITEITS(DEEL)SYSTEMEN BIJ DE KOPELS VAN BEROEPS-BEOEFENAREN

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen met betrekking tot kwaliteitsdeelsystemen beschreven. Ingegaan wordt op de stand van zaken, de geplande ontwikkelingen, voorwaardenscheppende activiteiten en de problemen bij de ontwikkeling en implementatie van de betreffende deelsystemen. Zoals in het voorgaande hoofdstuk uiteengezet zal onderscheid worden gemaakt tussen vier typen van systemen. Eerst wordt ingegaan op systemen die zich richten op de bevoegdheid om een bepaald beroep uit te oefenen (paragraaf 3.2). In de tweede plaats zijn er systemen die zich op de kwaliteit van de opleiding richten (paragraaf 3.3). Hieronder wordt ook de na- en bijscholing begrepen. In paragraaf 3.4 worden systemen besproken die zich richten op de beroepsuitoefening zelf of de randvoorwaarden in termen van middelen (bijv. de kwaliteit van de toerusting) en structuren (overlegsituaties e.d.). Hierbij komen zaken aan de orde als onderlinge toetsing, supervisie en visitatie. De relatie van de hulpverlener met de patiënt/cliënt komt aan de orde in paragraaf 3.5. Klachtenprocedures en tuchtrechtregelingen worden besproken. In paragraaf 3.6, tenslotte, komen enkele deelsystemen aan de orde die niet in de bovenstaande rubrieken zijn onder te brengen.

3.2 Registratie en herregistratie

Systemen die de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen reguleren om zo de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen zijn voor beroepsbeoefenaren registratie/herregistratiesystemen. Onthouding van de bevoegdheid om de titel te voeren kan immers de sanctie zijn bij een gebleken gebrek aan kwaliteit.

Een systeem van registratie/herregistratie wordt (of is) ingevoerd door 11 van de koepels van beroepsbeoefenaren (16-18). Dit zijn de artsenorganisaties KNMG, LSV, LHV, LVSG, LAD, NMT, de apothekers (KNMP), de verpleegkundigen (NU'91, CFO), de psychologen (NIP) en de maatschappelijk werkers (LVMW). Bij huisartsen en psychologen functioneert de herregistratie sinds de jaren zeventig. Bij de tien paramedische beroepen bestaan geen plannen tot herregistratie met uitzondering van de fysiotherapie waar herregistratie verplicht is bij een aantal deelverenigingen (verbijzonderingen).

Ditzelfde geldt voor een aantal verenigingen op het gebied van de Alternatieve Geneeswijzen (KAG). De verloskundigen zouden een systeem van herregistratie willen als het gefinancierd kon worden.

Een systeem van registratie en herregistratie kan fungeren als een kwaliteitsborgingssysteem; het houdt in dat een geregistreerde beroepsbeoefenaar voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen en door herregistratie blijft voldoen aan eventueel nieuwe eisen die aan het beroep worden gesteld. De Registratie van het NIP heeft bijvoorbeeld als doel "vast te leggen welke psychologen (...) in voldoende mate theoretisch onderlegd en praktisch ervaren zijn om hun taak als klinisch psycholoog zelfstandig te kunnen vervullen" (17). De LVMW heeft een vergelijkbaar doel geformuleerd (18).

Het NIP hanteert voor herregistratie een termijn van 10 jaar, bij de KNMG is dat vijf jaar. Dergelijke systemen worden ingesteld als bijvoorbeeld voor een opleiding verschillende soorten diploma's bestaan, als de inhoud van de opleiding in de loop der jaren verandert of als het diploma alléén onvoldoende wordt geacht voor een goede beroepsuitoefening.

De aanvullende eisen die bij registratie en herregistratie gesteld worden kunnen kwantitatief en kwalitatief van aard zijn. Kwantitatief is **wat** men doet en kwalitatief is **hoe** men het doet.

Op dit moment zijn de eisen doorgaans kwantitatief van aard. Bij huisartsen wordt voor herregistratie bijvoorbeeld geëist dat men voldoende in het beroep werkzaam is geweest, en in de toekomst mogelijk dat men deelneemt aan intercollegiale toetsing en dat men deelgenomen heeft aan activiteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering (na- en bijscholing).

Bij kwalitatieve eisen gaat het om het beroepsinhoudelijk functioneren bijvoorbeeld de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar of de resultaten van de verrichte werkzaamheden zoals blijkend uit een toets (16). De LHV verwacht overigens dat met de invoering van kwalitatieve eisen een traject van 15 jaar zal zijn gemoeid.

Omdat herregistratie de mogelijkheid biedt veel kwaliteitsaspecten op te nemen en te integreren beschouwen veel geïnterviewden herregistratie als een 'overkoepelend' kwaliteitssysteem dat samenhang kan brengen in de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten. Een herregistratiesysteem komt bovendien tegemoet aan de wens garanties te krijgen met betrekking tot het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar.

Bij huisartsen is het systeem van (her)registratie wettelijk verplicht (men verliest de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep). Deelname is dan ook 100%. Voor psychologen werkzaam in de gezondheidszorg zal dit een verplichting worden wanneer de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) in werking treedt. Op dit moment zijn ongeveer 1000 psychologen als klinisch psycholoog geregistreerd. Welk deel dit is van alle in de gezondheidszorg werkzame psychologen is niet bekend omdat maar een deel van alle psychologen lid is van het NIP.

Cijfers over deelname bij andere beroepsgroepen ontbreken omdat het systeem van (her)registratie nog in de kinderschoenen staat of ontwikkeld moet worden. De LVSG merkt op dat in de voorwaardenscheppende sfeer nog het een en ander moet gebeuren. Met name het ontwikkelen van beroepsprofielen is door de diversiteit aan functies van sociaal-geneeskundigen geen eenvoudige zaak. Nagenoeg alle andere beroepsgroepen hebben inmiddels beroepsprofielen met uitzondering van enkele paramedische beroepen.

De geïnterviewden noemen een aantal overwegingen die een rol spelen bij het ontwikkelen en invoeren van (her)registratie als kwaliteitsborgingssysteem. Deze overwegingen hebben betrekking op de eisen die men bij registratie en herregistratie kan stellen. De drie belangrijkste overwegingen daarbij zijn:

- a. In hoeverre moet men rekening houden met differentiaties binnen het beroep?
- b. Wat is de acceptatie van het systeem, zowel maatschappelijk als binnen de beroepsgroep?
- c. Welke instrumenten kan men gebruiken om te beoordelen of men aan herregistratie-eisen voldoet?

We lichten dit toe.

ad. a. Differentiatie binnen het beroep

In hoeverre moet men rekening houden met differentiaties binnen het beroep? Hierbij gaat het om de vraag of men algemene eisen voor alle beroepsbeoefenaren formuleert of specifieke eisen (of speciale registers) voor de diverse functies die binnen het beroep uitgeoefend worden. Enkele voorbeelden:

Bij huisartsen geldt dat men in voldoende mate als huisarts werkzaam moet zijn om voor herregistratie in aanmerking te komen. Dit houdt in dat men werkt voor een ongeselecteerde patiëntenpopulatie. Formeel betekent dit dat bijvoorbeeld huisartsen in psychiatrische- of zwakzinnigeninrichtingen niet voor herregistratie als huisarts in aanmerking komen. Men kan deze artsen vragen één

dag in een gewone praktijk te gaan werken of men kan de registratie-eisen aanpassen.

Bij tandartsen treedt in toenemende mate differentiatie binnen het beroep op (bijvoorbeeld m.b.t. implantologie). Als men in een registratiesysteem de eis stelt dat elke tandarts op alle deelgebieden deskundig moet zijn zou men deze ontwikkeling - die men juist toejuicht - afremmen.

Bij Sociaal Geneeskundigen treedt bij de uitoefening van het beroep zowel horizontale als verticale differentiatie op (men kan van functie wisselen, op hetzelfde niveau of naar een hoger niveau). Dit in tegenstelling tot huisartsen die doorgaans huisarts blijven. Voor de Sociaal Geneeskundigen betekent dit dat men uiteindelijk niet geherregistreerd zal kunnen worden voor de functie waarvoor men in beginsel geregistreerd was, omdat men inmiddels naar een andere functie is uitgegroeid. De vraag is of er voor alle soorten functies die door sociaal-geneeskundigen uitgeoefend worden registraties opgezet moeten worden.

Bij de psychologen is het probleem dat de zware eisen die voor registratie als klinisch psycholoog gelden niet noodzakelijk zijn voor alle functies van psychologen in de gezondheidszorg. Als voorbeeld worden eerstelijnspsychologen en revalidatiepsychologen genoemd (17). Daarvoor zullen aparte regelingen getroffen moeten worden.

Bij de registratie van maatschappelijk werkers is de eis dat men minimaal 16 uur per week in de hulpverlening werkzaam moet zijn. Dit betekent dat maatschappelijk werkers bij sociale diensten of in het onderwijs niet in het register opgenomen kunnen worden. Er is nog geen gedifferentieerde registratie per werkveld.

ad. b. Acceptatie van het systeem

De mate waarin beroepsbeoefenaren aan het systeem meewerken is onder andere afhankelijk van de maatschappelijke consequenties die eraan verbonden zijn.

De KNMG vindt dat herregistratie wettelijk verankerd zou moeten zijn in de wet BIG. De Landelijke Vereniging van artsen in Dienstverband vult hierbij aan dat alleen dan werkgevers gedwongen worden gekwalificeerde mensen in dienst te nemen. Dan kunnen ook de consequenties van herregistratie (bijvoorbeeld verplichte nascholing) meegenomen worden in het arbeidsvoorwaardenbeleid. Ook de LVMW probeert te bewerkstelligen dat instellingen alleen geregistreerde maatschappelijk werkers in dienst nemen. Zij zouden het liefst zien dat gemeenten alleen instellingen voor maatschappelijk werk subsidiëren indien men een geregistreerde maatschappelijk werker in dienst heeft.

De KNMP probeert in gesprekken met verzekeraars te bereiken dat men in de toekomst met geregistreerde apothekers contracten afsluit. "Of dat aanvaard wordt is nog niet te zeggen. Het is een van de dingen waarbij je merkt dat de overheid zich er een beetje gemakkelijk van heeft afgemaakt" aldus de vertegenwoordiger van de KNMP.

In zijn algemeenheid proberen de koepelorganisaties de maatschappelijke implicaties van registratie te vergroten om daarmee deelname aan registratie te stimuleren. De vertegenwoordiger van het NIP wijst erop dat men zich als koepelorganisatie hierbij voor een moeilijk dilemma ziet geplaatst. "Er kan een spanningsveld ontstaan tussen de wensen van de individuele leden en het beleid van de koepel te bewerkstelligen dat de gehele beroepsgroep goede kwaliteit levert." Als de eisen te hoog worden en de "leden op grote schaal weglopen, schiet men het doel voorbij". Voor een koepelorganisatie zijn in feite de individuele leden de klant en moet men dus inspelen op de behoefte en wensen van deze leden, terwijl in de huidige kwaliteitsdiscussie kwaliteit gedefinieerd is naar de cliënt als afnemer. Het streven naar hooggekwalificeerde medewerkers mag er niet toe leiden dat anderen gedupeerd worden. Volgens de LVMW is dit één van de redenen waarom de vakbond weerstand heeft tegen het registratiesysteem van de LVMW. Het kan een belemmering voor mensen vormen om in het beroep werkzaam te kunnen zijn.

ad. c. Beoordelingsinstrumenten

Welke instrumenten kan men gebruiken om te beoordelen of men aan de herregistratie-eisen voldoet? Zolang het om kwantitatieve eisen gaat bestaan er weinig problemen. Wát men gedaan heeft is eenvoudig zichtbaar te maken door bijvoorbeeld bewijzen van gevolgde nascholing te overleggen. Bij de kwalitatieve eisen, hóe werkt men, wordt dit moeilijker. De KNMG stelt dat "de kwalitatieve criteria aan moeten sluiten bij de overige activiteiten die in het kader van het kwaliteitsbeleid plaatsvinden. Het moet een continuüm zijn van in elkaar grijpende zaken. Het tweede knelpunt is de logistiek. Hoe kan men de benodigde informatie verkrijgen over de feitelijke beroepsuitoefening?"

De vertegenwoordiger van de LHV noemt meer concreet de volgende problemen:

"Om inhoudelijke criteria voor herregistratie te kunnen gebruiken zijn goede instrumenten nodig om de kwaliteit van huisartsen daaraan te kunnen toetsen. Op dit moment zijn wel instrumenten voorhanden, maar die zijn zo onhandig in de uitvoering dat daar

onmogelijk een hele beroepsgroep mee te toetsen is. De NHG-standaarden zijn in principe goede criteria maar die kunnen niet op 6000 huisartsen worden toegepast. Deze standaarden en de daarvan afgeleide toetsingsinstrumenten kunnen wel gebruikt worden om discutabele huisartsen nader te toetsen en middels nascholingsprogramma's te stimuleren en te hertoetsen, maar dan moet je eerst een instrument hebben om de kritische groep te identificeren. Nieuwe, eenvoudiger instrumenten en wellicht ook andere procedures zijn daarvoor nodig. Daar richt de discussie zich op dit moment op."

Naast de genoemde overwegingen stuit men op enkele problemen van logistieke en financiële aard.

Het opzetten en instandhouden van een registratiesysteem is een kostbare zaak. De financiering van het systeem is in een aantal gevallen dan ook nog niet rond.

Ook speelt de vraag bij wie het systeem ondergebracht moet worden. De maatschappelijk werkers en de verpleegkundigen hebben hiervoor een aparte Stichting in het leven geroepen. Bij de maatschappelijk werkers is dat gedaan omdat het systeem ook toegankelijk moet zijn voor degenen die geen lid zijn van de LVMW en bij de verpleegkundigen omdat de organisatie van de verpleegkundigen versnipperd is over drie partijen (NU'91, CFO, AbvaKabo). Tot slot zullen er overgangsregelingen getroffen moeten worden voor degenen die al jaren in het beroep werkzaam zijn maar formeel niet in het register opgenomen kunnen worden.

3.3 De kwaliteit van scholing: opleiding, bij- en nascholing

De kwaliteit van de latere beroepsuitoefening wordt mede bepaald door de kwaliteit van de opleiding en de kwaliteit van de bij- en nascholing. Alle koepelorganisaties houden zich dan ook op een of andere wijze bezig met het bewaken en of bevorderen van de kwaliteit van de scholing. Vaak is dit gekoppeld aan het registratiesysteem omdat men alleen in het register opgenomen kan worden als men erkende opleidingen gevolgd heeft. Ook het volgen van bij- en nascholing kan mede bepalend zijn voor de herregistratie.

Men hanteert voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van scholing verschillende systemen of procedures, zo blijkt uit de interviews. We behandelen eerst de systemen die betrekking hebben op de opleiding en vervolgens die welke betrekking hebben op de bij- en nascholing.

Kwaliteit van de opleiding

Voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de initiële en vervolgoopleidingen noemen de geïnterviewden verschillende manieren:

- visitatie van de opleidingen (LSV, LHV, LVSG, NU'91);
- afstemmen van opleiding en beroepsuitoefening (LVMW, NVRL, NVE, LVSG, CFO);
- actualiseren van de eindtermen (NMT, NOV);
- formuleren van eindtermen basisopleiding en ingangscriteria vervolgoopleidingen (LSV, LHV, KNMG).

Het NIP maakt melding van de nieuwe opleiding tot klinisch psycholoog en voor alternatieve genezers bestaat het plan een basisopleiding te ontwikkelen die als minimumeis geldt voor allen die in het alternatieve veld werkzaam zijn (KAG, NOVAG).

Visitatiesystemen zijn het verst ontwikkeld bij de medische beroepen. Bij de basisartsopleiding is de VSNU bezig met het ontwikkelen van een visitatiesystematiek voor de medische faculteiten. Deze systematiek wordt toegepast voor het gehele wetenschappelijk onderwijs en een eerste visitatieronde langs de acht medische faculteiten heeft onlangs plaatsgevonden. Deze externe beoordeling van de onderwijsprogramma's moet voor de faculteiten handvatten voor verbetering aanreiken.

Bij de vervolgoopleidingen tot medisch specialist bestaat al sinds de zestiger jaren een systeem van visitatie van de opleidingsklinieken. Tenminste eens in de vijf jaar worden opleiders en opleidingsziekenhuizen beoordeeld door een visitatiecommissie. De commissie stelt een visitatierapport op dat beoordeeld wordt door de Specialisten Registratie Commissie (SRC). Als de beoordeling negatief uitvalt verliest men de opleidingsbevoegdheid. Bij de huisartsen bestaat een vergelijkbaar systeem en bij de sociaal-geneeskundigen is een dergelijk systeem in ontwikkeling.

Ook bij de verpleegkundigen vinden ontwikkelingen plaats in de richting van visitatie van de opleidingen. Recent zijn de HBO-afdelingen voor de verpleging gevisiteerd. Er bestaan vergevorderde plannen om de in-service opleidingen elke vijf jaar door visitatiecommissies te laten beoordelen. Daarnaast worden op dit moment normen ontwikkeld waaraan de leerplannen voor gespecialiseerde verpleegkundigen moeten voldoen. Dit is onder andere nodig omdat - naast de reguliere opleidingen op de HBO-instituten - dergelijke opleidingen ook 'in huis' worden verzorgd.

Het belang van een systematische afstemming van opleidingseisen en beroepsuitoefening wordt door vijf geïnterviewden genoemd. Er

bestaan geen speciale methodieken voor. De NVRL maakt melding van een werkgroep die zich hiermee bezighoudt en de NVE is van mening dat de relatie tussen beroepsprofiel en opleiding systematisch bewaakt moet worden. Ook de maatschappelijk werkers (bij monde van de LVMW) hechten belang aan een constante wisselwerking tussen veld en opleiding. De LVMW wil door het instellen van speciale commissies bewerkstelligen dat een regelmatige afstemming plaatsvindt tussen opleidingsprofielen, beroepsprofielen en functieprofielen. "Dit is enerzijds hard nodig omdat het beroep voortdurend moet inspelen op nieuwe vragen uit de samenleving, en anderzijds om te bewerkstelligen dat de opleidingen beter aansluiten op de eisen die het beroep stelt." De LVMW probeert de medewerking van de hogeschole te stimuleren door rechten te verbinden aan opleidingen met een bepaald curriculum: leerlingen met een dergelijke opleiding kunnen een 'voorregistratie' als maatschappelijk werker krijgen.

Tandartsen en verloskundigen zijn bezig met het actualiseren van de eindtermen van de opleiding. De KNMG en VSNU zijn bezig de eindtermen van de basisopleiding bij te stellen. Deze nieuwe eindtermen zullen de begintermen zijn van de vervolgoopleidingen tot huisarts, specialist of sociaal geneeskundige.

Kwaliteit van bij- en nascholing

Bij- en nascholing is gericht op de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar. Het heeft enerzijds als doel het instandhouden van de deskundigheid die tijdens de beroepsopleiding is verworven. Anderzijds is bij- en nascholing gericht op aanvulling, vergroting, verdieping of aanpassing van de deskundigheid die voor de feitelijke beroepsuitoefening en de vervulling van daarmee samenhangende functies noodzakelijk is, gelet op relevant te achten maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen (19).

Het aanbod aan bij- en nascholing is doorgaans groot bij de diverse beroepsgroepen en op vrijwillige basis wordt van oudsher bij- en nascholing gevolgd. In het kader van het kwaliteitsbeleid richt een aantal koepelorganisaties zich op het stimuleren van deelname aan bij- en nascholing en op het verhogen van de kwaliteit van bij- en nascholing.

De artsen-organisaties beschouwen het koppelen van bij- en nascholing aan herregistratie als een manier om deelname aan bij- en nascholing te stimuleren. Dit geldt ook voor de maatschappelijk werkers. Een andere mogelijkheid (vijf maal genoemd) is bij- en nascholing op te nemen in de CAO-onderhandelingen en de con-

tracten met verzekeraars. Bij huisartsen is dit voor een interimperiode gerealiseerd. De verzekeraars vergoeden 61% van de aan bij- en nascholing verbonden kosten tot een bepaald volume (ongeveer 10 werkdagen per jaar). Deze regeling geldt alleen voor geaccrediteerde nascholing (zie hieronder).

Bij bijna alle koepelorganisaties is discussie gevoerd over de wenselijkheid bij- en nascholing verplicht te stellen. In zijn algemeenheid is men wel van mening dat bij- en nascholing gevolgd moet worden maar de problemen ontstaan als men probeert in te vullen wat dat dan concreet zou moeten zijn. De LVMW is begonnen met het onderscheiden van cursussen die wel en die niet relevant zijn voor maatschappelijk werkers. Vervolgens maakt men in de relevante cursussen een onderscheid tussen beroepsgerichte en functiegerichte na- en bijscholing.

Het KNGF stuit op het probleem dat fysiotherapeuten zeer divers werkzaam zijn. Men kan niet spreken over dé fysiotherapeut. Als men cursussen verplicht zou stellen dan kan dat voor een bepaald werkveld wel nuttig zijn, terwijl het voor andere werkelden niet nodig is. Ook andere organisaties zijn nog bezig met het afwegen van de voor- en nadelen. Vier geïnterviewden wijzen erop dat het effect van verplichte nascholing niet gegarandeerd is. De vertegenwoordiger van de NMT merkt hierover het volgende op:

"Bij de NMT wordt gedacht aan registratie van de gevolgde nascholing. Dat is iets anders dan zonder meer verplichte nascholing. Het effect van verplichte nascholing is niet gegarandeerd; het geeft geen enkele garantie dat dat kwaliteitsbevorderend werkt. Als men met de nascholing niets doet heeft de zorgvrager er geen baat bij."

Andere argumenten die genoemd worden zijn: Er wordt op vrijwillige basis al enorm veel bijscholing gevolgd (KNGF); Er is ook sociale controle op het volgen van nascholing (LSV); Verplicht stellen is op dit moment meer bedreigend dan stimulerend (NVD).

In zijn algemeenheid zoekt men dus aan de ene kant naar wegen om bij- en nascholing uit de sfeer van de vrijblijvendheid te halen (herregistratie, contracten). Men aarzelt aan de andere kant of verplichtstelling van nascholing wel het beoogde effect zal sorteren.

Kwaliteitsborging van bij- en nascholing

Meer overeenstemming bestaat over het belang van kwaliteitsborging van bij- en nascholing. Acht koepelorganisaties zijn bezig met het beoordelen van bij- en nascholing of hebben gevorderde plannen in die richting (de termen die men hiervoor gebruikt zijn

'accrediteren', 'certificeren' of een 'kwaliteitsstempel toekennen') (zie bijlage 6).

Het doel hiervan is kortweg goede en slechte nascholing te onderscheiden. De leden wordt geadviseerd alleen goedgekeurde nascholing te volgen zodat in zijn algemeenheid de kwaliteit van de gevolgde bij- en nascholing wordt verhoogd.

De geïnterviewden hanteren globaal de volgende procedure:

- men formuleert criteria waaraan de bij- en nascholing moet voldoen;
- men beoordeelt aan de hand van deze criteria het aanbod aan bij- en nascholing;
- men publiceert een lijst met goedgekeurde cursussen.

Bij het formuleren van criteria gaat het KNGF uit van beroepsinhoudelijke en onderwijskundige criteria. De LHV gebruikt o.a. de NHG-standaarden bij het toetsen van nascholingsprodukten. Als er op dat gebied een standaard bestaat mag de inhoud van de cursus daar niet vanaf wijken. De LHV-vertegenwoordiger merkt overigens op dat het invoeren van een dergelijke accrediteringsprocedure niet zonder problemen verloopt:

"In principe wordt nascholing getoetst op de criteria, maar een producent wiens cursus wordt afgewezen krijgt wel suggesties over wat hij zou moeten doen om het alsnog geaccrediteerd te krijgen. Een bekend probleem is dat veel farmaceutische industrieën heel goede programma's aanleveren maar daar wordt twee keer zoveel tijd voor uitgetrokken dan inhoudelijk gezien nodig is. In dat geval wordt geadviseerd de cursus in te korten. De accrediteringsprocedure is nog een voorlopige voorziening. Het is de bedoeling dat er een tamelijk zware raad van deskundigen komt die dat zorgvuldig doet, want er is op het ogenblik veel discussie over een aantal afgekeurde programma's."

Overigens wordt bij de accreditering van bij- en nascholing gewezen op het belang van onderlinge afstemming van deelsystemen: accreditering van bij- en nascholing zou nog meer profijt opleveren als dit gekoppeld was aan een systeem waarbij nascholing gevolgd werd op grond van geconstateerde tekortkomingen.

3.4 Toetsingssystemen

Systemen direct gericht op toetsing van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de randvoorwaarden waaronder het beroep

wordt uitgeoefend komen in deze paragraaf ter sprake. Zij worden onderscheiden in drie hoofdvarianten. Het meest uitgebreid wordt ingegaan op de intercollegiale toetsing, omdat dat het meeste voorkomt. Hierbij toetsen collega's elkaar in toetsingsgroepen. Bij visitatie wordt één groep van beroepsbeoefenaren of één beroepsbeoefenaar getoetst door een groep van collega's. Tenslotte wordt ingegaan op supervisie, waarbij sprake is van toezicht en begeleiding door een meer ervaren collega.

3.4.1 Intercollegiale toetsing

Intercollegiale toetsing is "een vorm van toetsing waarbij beroepsbeoefenaren de kwaliteit van elkaars werk beoordelen aan de hand van door henzelf geformuleerde kwaliteitseisen. Indien nodig wordt een verandering ingevoerd, die gericht kan zijn op de structuur of organisatie van de zorg, de kennis en het handelen van de beroepsbeoefenaar of op de kennis en attitude van de patiënt. Intercollegiale toetsing kan een manier zijn om lacunes in kennis en vaardigheden aan het licht te brengen, waarop vervolgens nascholing kan worden gericht. Het deelnemen aan intercollegiale toetsing kan een eis zijn voor herregistratie" (19).

De term kwaliteitskring wordt in verband met intercollegiale toetsing ook gebruikt en duidt op een kleine groep mensen die gelijksoortig werk doet en die op vrijwillige basis regelmatig bijeenkomt om knelpunten in het werk op te lossen. Belangrijke aspecten hierbij zijn het identificeren en analyseren van de oorzaken van het probleem, het voorstellen van oplossingen (aan de leiding) en het waar mogelijk zelf zorg dragen voor het implementeren daarvan. Intercollegiale toetsing is zowel een evaluatief als een educatief proces en heeft tot doel het handelen van de beroepsbeoefenaar kritisch te bezien en eventueel veranderingen daarin aan te brengen (19).

Bij ruim de helft van de koepels van beroepsbeoefenaren is een vorm van intercollegiale toetsing onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Bij de apothekers en bij de logopedisten staat intercollegiale toetsing centraal in het beleid omdat het de mogelijkheid biedt veel kwaliteitsbevorderende activiteiten in het systeem te integreren (bij en nascholing) en de criteria en eisen steeds aangepast kunnen worden aan de ontwikkelingen.

De mate waarin intercollegiale toetsing ontwikkeld is verschilt per koepel: bij twee koepels functioneert het systeem al jaren (KNMP,

LSV) terwijl de LHV bezig is met de implementatie van het systeem. Vijf koepels zijn bezig met experimenten op dit gebied (LVSG, NMT, KNGF, NVM, NIP) terwijl eveneens bij zes koepels plannen in die richting bestaan (NOV, NVOM, NVLF, NVD, NVE, KAG).

Enkele paramedische beroepen zijn naar hun zeggen nog niet toe aan intercollegiale toetsing omdat zij bezig zijn met de ontwikkeling van basisdocumenten; NU'91 en CFO beschouwen het ontwikkelen van intercollegiale toetsing als een taak van de VWR van het CBO, en bij de LVMW ligt het accent op supervisie.

Globaal wordt intercollegiale toetsing op twee manieren vorm gegeven: er is sprake van periodieke toetsing (eens per jaar of twee jaar) of toetsing is een continue activiteit in permanente toetsingsgroepen. Een tweede verschil betreft de criteria waaraan men toetst: dit kunnen formeel vastgestelde criteria zijn die voor de hele beroepsgroep gelden, dan wel criteria die door de toetsingsgroep zelf geformuleerd worden. We bespreken van elke variant een exemplarisch voorbeeld:

- a. continue toetsing, eigen criteria;
- b. continue toetsing, formele criteria;
- c. periodieke toetsing (formele criteria met certificatie).

Continue intercollegiale toetsing (eigen criteria)

Voor de intramurale fysiotherapie is een systeem van intercollegiale toetsing uitgetest. De bedoeling is dat deze vorm van intercollegiale toetsing in alle diensten fysiotherapie van ziekenhuizen geïmplementeerd wordt. De toetsingsgroepen werken niet met formele criteria maar kiezen hun eigen onderwerpen of problemen (een vorm die ook bij tandartsen gehanteerd wordt). De gekozen onderwerpen hebben op dit moment vooral betrekking op organisatorische problemen omdat men daar de meeste knelpunten ervaart.

De gehanteerde systematiek weerspiegelt de stappen van de kwaliteitskringloop, dat wil zeggen, men kiest een onderwerp en stelt criteria vast (oftewel de gewenste situatie), men verzamelt gegevens over de feitelijke situatie en evalueert, men verandert de situatie en toetst opnieuw.

Fysiotherapeuten uit de intramurale settings worden door het CBO getraind zodat zij als projectleider binnen een instelling een intercollegiaal toetsingsproject kunnen gaan begeleiden. Vanuit het KNGF en het CBO zal in concrete gevallen ondersteuning geboden worden als dat nodig is. Over de schaal waarop dergelijke toetsing voorkomt valt op dit moment nog weinig te zeggen.

Over de kwaliteitsverbeteringen die door dit systeem tot stand komen merkt de vertegenwoordiger van het KNGF het volgende op:

"Het is de overtuiging dat dit stellig een manier is om de kwaliteit te verbeteren. Zowel door het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn, het handelen te expliciteren en verantwoording af te leggen als door het oplossen van knelpunten. Het blijkt ook dat men enthousiast wordt als men er eenmaal mee werkt en dan krijgt het een vervolg. Het is dus niet eenmalig maar het wordt gecontinueerd."

Continue intercollegiale toetsing (formele criteria)

Bij deze vorm van toetsing worden permanente groepen gevormd die regelmatig toetsingsbijeenkomsten houden. De meeste nu lopende experimenten zijn op die leest geschoeid. Wil men een dergelijke vorm van toetsing in de beroepsgroep implementeren dan moet men de beschikking hebben over standaarden of richtlijnen aan de hand waarvan men kan toetsen en er moet een infrastructuur gecreëerd worden die groepsvorming mogelijk maakt. In de Logopedie wordt hiertoe de verenigingsstructuur veranderd terwijl bij huisartsen, evenals bij eerstelijnspsychologen, een aparte structuur gecreëerd wordt. Omdat de huisartsen hierin het verst zijn geven we een beschrijving van de nieuwe structuur.

Kern van de nieuwe structuur is dat huisartsen verplicht zijn huisartsengroepen te vormen. De Regionale Huisartsenverenigingen zien erop toe dat dit gebeurt. Deze huisartsengroepen hebben in principe twee verplichtingen. Ze zijn verantwoordelijk voor de continue bereikbaarheid en beschikbaarheid. En ze zijn verantwoordelijk voor onder andere de intercollegiale toetsing. Het is een zuiver horizontale toetsing waarbij men in principe in vaste groepen periodiek, structureel elementen van de beroepsuitoefening kan toetsen en aan de orde kan stellen. Er zijn inmiddels meerdere methoden voor toetsing ontwikkeld en er worden programma's ontwikkeld voor het implementeren van toetsing.

Het is de bedoeling dat de NHG-standaarden (Nederlands Huisartsen Genootschap) bij de intercollegiale toetsing gebruikt worden. De functie van standaarden is niet dat zij tot op de letter nauwkeurig gevolgd moeten worden. "Wat alleen wel verwacht wordt is dat iemand die een andere werkwijze heeft dan de standaard, behoorlijk kan motiveren en documenteren waarom hij het anders doet. De standaarden vormen dus meer een instrument van intercollegiale toetsing, dan harde criteria. Het gaat erom wat kritischer

dan 'ik heb het altijd zo gedaan' je werk te doen", aldus de vertegenwoordiger van de LHV.

De implementatie van intercollegiale toetsing moet nog op gang komen. Hoewel implementatie in zijn algemeenheid een groot probleem vormt kan de invoering van het Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO) een gunstige omstandigheid genoemd worden. Dit is een vorm van structureel overleg tussen huisartsen en apothekers over voor te schrijven medicijnen en medicatiebegeleiding (tot stand gekomen in het kader van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem). Hoe deze vorm van intercollegiale toetsing zich gaat verhouden tot de normale intercollegiale toetsing in de huisartsengroepen is nog in discussie. "Het is waarschijnlijk dat FTO sneller wordt ingevoerd dan de intercollegiale toetsing doordat wat bij FTO wordt getoetst betrekkelijk neutraal is. Het is gemakkelijker met elkaar over geneesmiddelen te praten dan over de manier waarop in de spreekkamer met de patiënt wordt omgegaan. De komst van FTO betekent in elk geval dat groepsvorming ontstaat of wordt verstevigd. Dat is een redelijk goede basis voor een verdere implementatie van intercollegiale toetsing" aldus de woordvoerder van de LHV.

Periodieke intercollegiale toetsing

Bij de KNMP wordt periodiek getoetst, dat wil zeggen eens in de paar jaar. Het systeem loopt nu 15 jaar en de vierde toetsingsronde is zojuist afgerond. In het land worden groepjes van vier apothekers gevormd die elkaars apotheken bezoeken en kritisch bespreken aan de hand van een uniforme lijst met onderwerpen en/of criteria die op het bureau van de KNMP is opgesteld. Het is niet zo dat alles wordt getoetst; de onderwerpen wisselen per ronde.

Elke groep heeft een toetsmentor die aangewezen wordt op grond van kennis en ervaring. Deze mentor moet erop toezien dat de procedures goed verlopen. Hij is de enige die hiervoor een vergoeding krijgt (elke toetsingsronde kost ongeveer f 300.000).

De apotheker zelf krijgt een verslag en alle gegevens worden toegestuurd aan en centraal verwerkt door het bureau van de KNMP. Het KNMP brengt hierover een geanonimiseerd verslag uit en gebruikt deze gegevens voor bijstelling van het beleid. Ongeveer 80% van de apothekers doet mee aan toetsing; dit gebeurt op vrijwillige basis.

Bij wijze van experiment is aan de laatste toetsingsronde een certificaat verbonden dat aan iedereen met een positieve beoordeling is uitgereikt. Op dit moment wordt gepeild hoe mensen dit

ervaren en of men het vignet ook gebruikt om naar buiten toe kenbaar te maken dat men aan toetsing meedoet. Degenen die een negatief oordeel hebben gekregen kunnen een hertoetsing aanvragen.

Het belangrijkste doel van toetsing is op dit moment niet kwaliteitsbewaking maar kwaliteitsbevordering. "Juist het met elkaar praten, elkaars methoden zien en erover nadenken hoe je het zelf doet en misschien beter zou kunnen doen werkt stimulerend." Er wordt nog nagedacht over de wijze waarop dat stimulerende karakter van toetsing verder vorm gegeven kan worden.

Over de wijze waarop toetsing bijdraagt aan kwaliteitsverbetering merkt de vertegenwoordiger van de KNMP het volgende op:

"We gaan er wel vanuit dat toetsing kwaliteitsbevorderend werkt maar dat is moeilijk kwantitatief te onderbouwen. Daar zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden. We merken dat het effect heeft bijvoorbeeld als mensen ons vertellen dat men dingen aangepast heeft op grond van de ervaringen die men onderling uitgewisseld heeft. Maar het is lastig om effecten van toetsing te kwantificeren. Dat zou alleen kunnen bij zaken die echt meetbaar zijn. Dat gebeurt wel op de laboratoriumafdeling van de apotheek omdat men daar producten kan opvragen en analyseren, maar dat is een heel ander soort toetsing." Met name de hele voorlichtingskant in de apotheek is moeilijk meetbaar te maken.

Ondanks deze positieve geluiden zijn er ook problemen op te lossen alvorens intercollegiale toetsing op grote schaal geïmplementeerd kan worden, zo merken 11 geïnterviewden op. De belangrijkste problemen die door meerdere organisaties genoemd worden, worden hierna kort besproken.

Knelpunten bij het ontwikkelen en implementeren van intercollegiale toetsing

De twee belangrijkste knelpunten bij het ontwikkelen en implementeren van toetsing betreffen de randvoorwaarden die voor toetsing aanwezig moeten zijn (6 maal genoemd) en de wijze waarop intercollegiale toetsing zich verhoudt tot toetsing door de instelling waarin men werkt (5 maal genoemd).

Een aspect van de randvoorwaarden vormen de financiële consequenties die het ontwikkelen en implementeren van toetsing met zich meebrengt. De NVLF merkt op dat eerst duidelijk moet zijn

hoe de financiers zich opstellen: "Waar ik bang voor ben is dat we nu bestuurlijk proberen een heleboel dingen in beweging te krijgen maar dat die stagneren door het ontbreken van de randvoorwaarden." De NOV merkt in verband met de financiële kant op dat eerst een zorgvuldige afweging van kosten en baten van het systeem gemaakt moet worden.

Een tweede aspect van de randvoorwaarden betreft de ruimte die de instelling, waarin de beroepsbeoefenaar werkt, biedt voor het invoeren van intercollegiale toetsing. De tijd die vrijgemaakt moet worden voor intercollegiale toetsing gaat af van de produktietijd. "Er is het probleem dat men niet in alle ziekenhuizen ruimte wil creëren voor toetsing of dat men mensen daarvoor niet gedeeltelijk vrij wil stellen" aldus het KNGF. Iets dergelijks wordt door de LAD opgemerkt: instellingen kunnen van mening zijn dat toetsing maar in vrije tijd moet gebeuren.

Het tweede probleem heeft te maken met de wijze waarop intercollegiale toetsing zich verhoudt tot de kwaliteitsbewaking in de instelling zelf. Bij veel beroepsbeoefenaren in dienstverband bestaat een hiërarchische structuur en is er een vorm van verticale kwaliteitsbewaking: leidinggevende functionarissen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de werknemers. Dat is een ander soort toetsing, zo wordt opgemerkt door de LVSG, wat tot gevolg heeft dat binnen organisaties verschillende soorten toetsing door elkaar gaan spelen: "Om dit soort verwarrende situaties te vermijden wordt gekeken of intercollegiale toetsing kan worden georganiseerd in regio's, dus dwars door organisaties heen."

Dit is niet alleen een organisatorisch probleem, het kan ook een inhoudelijk probleem met zich meebrengen. De leiding kan andere eisen en normen stellen dan de beroepsbeoefenaren zelf doen. Ter illustratie een voorbeeld uit de Bedrijfsgeneeskunde: "Vanuit de organisatie wordt gezegd dat bepaalde keuringen moeten plaatsvinden. Echter de artsen zijn van mening dat er op medische gronden geen reden is om die keuringen te doen. Vanuit de kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn die keuringen zinloos." Op dat moment kan er een conflict ontstaan tussen de organisatie die dat produkt (keuring) wil leveren en de beroepsbeoefenaren die de kwaliteit van hun werk willen bewaken. De LAD is van mening dat via professionele statuten garanties voor de kwaliteit van het werk ingebouwd moeten worden.

Tot slot wordt nog (twee maal) als probleem genoemd dat niet alle beroepsbeoefenaren van de noodzaak van toetsing overtuigd zijn en dat men het eerder als bedreigend dan als stimulerend ervaart.

Psychologen en maatschappelijk werkers kennen een dergelijke vorm van supervisie als voorwaarde voor registratie (17, 18).

Om voor registratie in aanmerking te komen dienen psychologen en maatschappelijk werkers een verklaring over te leggen waaruit blijkt dat men gedurende een aantal jaren supervisie heeft gehad met een minimaal aantal uren. De verklaring dient door de supervisor ondertekend te zijn. Daarmee geeft de supervisor te kennen dat hij de beroepsbeoefenaar in staat acht tot zelfstandig werken. De LVMW houdt een register bij van supervisoren. De eis is dat zij gediplomeerde maatschappelijk werkers zijn met minimaal vijf ervaringsjaren.

Bij het NIP kunnen alleen geregistreerde klinisch psychologen en geregistreerde psychotherapeuten met een aantal jaren werkervaring als supervisor optreden. De supervisie moet individueel zijn (groeps-supervisie en intervisie tellen niet mee). Het minimaal aantal supervisie-uren is gesteld op 240. De supervisie moet in hoofdzaak betrekking hebben op de psychodiagnostiek en de psychologische behandeling.

Naast deze verplichte vorm van supervisie vindt ook supervisie op basis van vrijwilligheid plaats, vooral in instituten of instellingen, aldus de vertegenwoordiger van het NIP.

3.4.4 Voorwaardenscheppende activiteiten

In zijn algemeenheid geldt dat voor het invoeren van toetsingsystemen een infrastructuur aanwezig moet zijn en dat standaarden, richtlijnen of criteria bestaan waaraan kan worden getoetst. Daarnaast zijn enkele geïnterviewden van mening dat voor toetsing concrete gegevens nodig zijn over de daadwerkelijke beroepsuitoefening in de vorm van een informatiesysteem. We gaan kort in op deze voorwaardenscheppende activiteiten.

De meerderheid van de geïnterviewden zegt dat men in de betreffende beroepsgroep op enigerlei wijze bezig is met de ontwikkeling van richtlijnen bijvoorbeeld in de vorm van normen, standaarden, richtlijnen of protocollen. Dit gebeurt overigens niet uitsluitend in het kader van toetsing, het zijn doorgaans al lang lopende activiteiten. Voorbeelden zijn de NHG-standaarden bij huisartsen, de consensusrichtlijnen bij de specialisten, de verloskundige indicatielijst, de richtlijn stralingsbescherming patiënten bij de NVRL, de verpleegkundige richtlijnen die door de VWR worden ontwikkeld, enzovoorts. Naarmate deze ontwikkeling voortschrijdt ontstaan meer instrumenten die bij toetsing kunnen worden gebruikt.

Informatiesystemen om het feitelijk handelen te kunnen toetsen zijn bij drie koepels van beroepsbeoefenaren in ontwikkeling. De NVFL is van mening dat met behulp van dergelijke informatiesystemen de werkelijke beroepsuitoefening zou moeten worden getoetst aan de ideale situatie zoals die in standaarden is neergelegd. Het beleid van de NVFL is erop gericht dit in de toekomst te verwezenlijken.

Bij verloskundigen bestaat een dergelijk informatiesysteem. Het betreft de 'Landelijke Verloskundige Registratie' die zeven jaar geleden is gestart. Gebruik van de gegevens hieruit is nog een probleem omdat het systeem te weinig gegevens over de zorg zelf bevat. "Het vermelden van perinatale sterfte bijvoorbeeld is alleen zinvol als ook wordt vermeld wat er aan de hand was en wat de oorzaak was" merkt de geïnterviewde op. Het systeem wordt nog steeds bijgesteld en verder ontwikkeld.

Bij de LSV wordt het 'Medisch Specialistisch Informatie Systeem' ontwikkeld. Enerzijds als oplossing voor de enorme hoeveelheid formulieren die moet worden ingevuld en anderzijds om systematisch te kunnen gaan toetsen aan de hand van gedetailleerde informatie. "De ontwikkeling gaat nu het vierde jaar in, maar het zal nog wel vier jaar duren voordat het in werking is", aldus de vertegenwoordiger van de LSV.

Samenvattend blijkt dat de voorwaardenscheppende activiteiten vooral betrekking hebben op de ontwikkeling van richtlijnen. Incidenteel worden informatiesystemen ontwikkeld hetgeen een tijdrovende en complexe aan gelegenheid blijkt te zijn.

3.5 Klachtenopvang en klachtenbehandeling

In deze paragraaf komen deelsystemen aan de orde die zich richten op de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en zijn/haar cliënten/patiënten. In het algemeen gaat het daarbij om procedures voor bemiddeling bij en behandeling van klachten. In het kader van dit rapport moet onderscheid gemaakt worden tussen individuele klachtbehandeling die gericht is op individuele genoegdoening enerzijds en het gebruik van klachtenregistraties als deelsysteem anderzijds: als klachtenregelingen gebruikt worden voor een systematische bijstelling en verbetering van de beroepsuitoefening is er sprake van een kwaliteitsdeelsysteem.

Op de Leidschendam-conferenties is hierover het volgende opgemerkt:

"Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of klachtenbehandeling en uitvoering van patiënten/consumenten-onderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling dienen teruggekoppeld te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen" (bijlage 1).

Bij de meerderheid van de koepelorganisaties bestaat een regeling voor klachtenopvang en klachtenbehandeling. Enerzijds wijzen de geïnterviewden op het medisch tuchtrecht en anderzijds op interne klachtenprocedures.

Voor artsen bestaat het medisch tuchtrecht. Van een intern 'tuchtrecht' of intern klachtenreglement wordt melding gemaakt door 7 overige koepelorganisaties (KAG/NOVAG, NMT, KNMP, NOV, NIP, LVMW, KNGF). De meerderheid van de paramedische beroepen (uitzondering is het KNGF) kennen geen klachtenreglementen; bij een enkeling bestaan plannen in die richting. Men heeft wel een gedragscode of regels van ethiek. NU'91 en CFO ondersteunen klachtenopvang via voorlichting aan medezeggenschapsorganen in de instellingen inzake hoe te handelen bij het opstellen van klachtenopvang.

Het medisch tuchtrecht is een rechtspraak met een semi-publiekelijk karakter en fungeert als een buffer tussen de corrigerende mogelijkheden van de beroepsgroep zelf en het civiele en strafrecht. Een van de bronnen waaruit het tuchtrecht bij het doen van uitspraken put zijn de gedragsregels van de beroepsgroep en de modelregeling arts-patiënt. De uitspraken van het tuchtcollege worden gepubliceerd in Medisch Contact. De KNMG is van mening dat het een waardevol instrument voor de kwaliteitsborging van de medische beroepsuitoefening is.

Ook bij de interne klachtenregelingen vormen de gedragsregels, de gedragscode of de regels van ethiek de basis voor de beoordeling van klachten. Alle koepels van beroepsbeoefenaren hebben dergelijke gedragsregels of stellen deze binnenkort vast (drie paramedische beroepen). De beoordeling van klachten geschiedt door een speciaal daartoe ingestelde klachtencommissie of commissie van toezicht. Doorgaans worden de uitspraken gepubliceerd in het vaktijdschrift, merken enkele geïnterviewden op (KNGF, NIP, NMT).

Ze kunnen een voorbeeldfunctie of een signalerende functie vervullen.

Over de mate waarin klachtenregistraties gebruikt worden voor het aanbrengen van veranderingen en verbeteringen wordt het volgende opgemerkt:

"De klachtenregistratie geeft inzicht in de aard van de klachten. Daar kunnen elementen uit voort komen die in het beleid de aandacht verdienen of die aanleiding geven tot extra publicaties of nascholingsbeleid. Als er systematisch klachten over en bepaald onderwerp binnenkomen wordt er actie ondernomen om daar verandering in te brengen."

"De klachtenregistratie wordt in zekere zin gebruikt voor kwaliteitsverbetering. Regelmatig worden casusbesprekingen in het tijdschrift beschreven met de daarbij gedane uitspraken. Deze worden veel gelezen. Individuele hulpverleners kunnen hun handelen hieraan spiegelen en opleidingen kunnen deze informatie gebruiken om het betreffende onderwerp onder de aandacht te brengen. Er wordt ook wel onderzoek gedaan naar de meest voorkomende klachten. In hoeverre dat tot concrete veranderingen leidt is niet bekend."

Naast de hierboven genoemde vormen van klachtenbehandeling experimenteren twee koepelorganisaties met een regionale vorm van klachtenbehandeling. De LHV is momenteel in gesprek met de het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform (LPCP) om te onderzoeken of het op regio-niveau mogelijk is klachtenprocedures vorm te geven. Er zijn twee experimenten met klachtenbureaus gaande in Drente en Utrecht.

Door de NMT is een aanvullende vorm van klachtenbehandeling ontwikkeld die meer het karakter heeft van klachtenopvang en bemiddeling. Het systeem functioneert nu nog op experimentele basis maar het is de bedoeling dat dit een continue activiteit wordt. Ter illustratie bespreken we doel en opzet van het systeem en de wijze waarop het zich verhoudt tot het tuchtrecht.

Op experimentele basis zijn drie regionale bureaus opgericht, de Tandheelkundige Informatie Punten (TIP). Doel van deze bureaus is informatie, voorlichting en advies (second opinion) aan patiënten te geven en de patiënt te helpen bij zijn/haar besluitvorming over behandelingsvoorstellen. Al snel bleek dat patiënten dit traject ook gebruikten om klachten te deponeren. De functie van eerste klachtenopvang is nu aan de bureaus toegevoegd met als doel infor-

Farmacotherapie-overleg proberen artsen en apothekers dan ook tot afspraken en normstelling te komen.

Vestigings- en spreidingsregelingen

Hoewel meerdere beroepsgroepen vestigings- en spreidingsregelingen kennen noemen alleen de NOV, de NVOM en de NVvP dit expliciet als onderdeel van het kwaliteitssysteem. Ten grondslag aan het vestigingsbeleid van de NOV ligt de vraag wanneer men als verloskundige nog verantwoord kan handelen. Daartoe zijn in het vestigingsbeleid normen opgenomen ten aanzien van minimale en maximale praktijkgrootte en het minimum aantal bevallingen dat men moet verrichten, en eisen ten aanzien bereikbaarheid en beschikbaarheid. Dergelijke eisen vindt men ook bij andere beroepsgroepen terug in de modelovereenkomsten met de verzekeraar.

Bij andere beroepsgroepen (bijv. de huisartsen) is ook een vestigingsbeleid. Dit wordt echter niet als een onderdeel van het kwaliteitsbeleid benoemd.

3.7 Samenvatting

Systemen die zich door middel van registratie en herregistratie richten op de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen zijn operationeel of worden ontwikkeld voor ongeveer de helft van de beroepsgroepen. De eisen voor herregistratie zijn op dit moment doorgaans kwantitatief van aard in die zin dat bijvoorbeeld alleen wordt gekeken of men het beroep in voldoende mate heeft uitgeoefend. Kwalitatieve eisen (hoe men het beroep uitoefent) worden op dit moment nog niet gesteld al zijn er bij sommige beroepsgroepen plannen in die richting. Omdat in een systeem van herregistratie de mogelijkheid bestaat om verschillende kwaliteitseisen op te nemen is dit voor een aantal beroepsgroepen een manier om samenhang te brengen in de diverse kwaliteitsbevorderende activiteiten.

Een probleem bij het ontwikkelen van een herregistratiesysteem is de mate waarin rekening moet worden gehouden met de differentiaties binnen de beroepsgroep. Dit speelt bij alle beroepsgroepen, maar wel heel sterk bij beroepsgroepen die een sterke diversiteit kennen.

Een tweede probleem betreft de acceptatie van het systeem. Als er geen wettelijke verankering is, of verzekeraars of werkgevers stellen niet de eis dat men geregistreerd is kan de beroepsbeoefenaar zich altijd aan het systeem onttrekken door het lidmaatschap van de beroepsorganisatie op te zeggen.

Een derde probleem dat vooral gaat ontstaan als men kwalitatieve eisen gaat stellen is het ontbreken van geschikte beoordelingsinstrumenten.

Bij ongeveer de helft van de beroepsgroepen zijn systemen gericht op verbetering van de opleiding operationeel of zijn daartoe concrete plannen aanwezig. Het gaat daarbij om zaken als visitatie van opleidingen, afstemmen van opleiding en beroepsuitoefening, actualiseren van de eindtermen van de opleiding. Ten aanzien van bij- en nascholing zijn acht beroepsgroepen bezig met beoordelingssystemen van bij- en nascholingsactiviteiten ('accreditatie'). Aan de ene kant wordt er door een aantal koepelorganisaties naar gestreefd om deelname aan bij- en nascholing uit de vrijblijvende sfeer te halen door het op te nemen in een systeem van herregistratie of op te nemen in af te sluiten contracten met verzekeraars dan wel CAO's met werkgevers. Aan de andere kant is er discussie over de wijze van invulling van een eventuele verplichting van bij- en nascholing.

De helft van de koepelorganisaties houdt zich bezig met het ontwikkelen van systemen om de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de daarbij geldende randvoorwaarden te toetsen. Intercollegiale toetsing komt het meeste voor (bij twee beroepsgroepen functioneert het, één koepel is bezig met implementatie, bij vijf beroepsgroepen zijn experimenten). Drie varianten kunnen worden onderscheiden: continue intercollegiale toetsing aan de hand van eigen criteria, continue intercollegiale toetsing volgens formele criteria en periodieke intercollegiale toetsing aan de hand van formele criteria. Problemen bij het invoeren van intercollegiale toetsing zijn de randvoorwaarden (de financiële consequenties en de door werkgevers beschikbaar gestelde tijd), hoe intercollegiale toetsing zich verhoudt tot kwaliteitsbewaking in instellingen en dat niet alle beroepsbeoefenaren het nut van toetsing inzien.

Een ander systeem gericht op de kwaliteit van de beroepsuitoefening is visitatie. In vier beroepsgroepen wordt hiermee gewerkt. Problemen richten zich op de vraag wat de consequenties zouden moeten zijn van een eventueel negatieve beoordeling. Weer een andere variant, toegepast bij twee beroepsgroepen, is supervisie door een meer ervaren beroepsbeoefenaar.

Verder worden op het terrein van toetsing nogal wat voorwaarden-scheppende activiteiten ondernomen. Genoemd kan worden het ontwikkelen van richtlijnen, criteria, e.d. en het opzetten van informatiesystemen.

Systemen gericht op de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt betreffen over het algemeen procedures voor bemiddeling bij en behandeling van klachten. Bij de meerderheid van de beroepsgroepen bestaan dergelijke regelingen (medisch tuchtrecht bij de artsen en een intern 'tuchtrecht' of een interne klachtenregeling). Twee koepelorganisaties experimenteren met klachtenregelingen op regionaal niveau.

4. KWALITEITSBELEID BIJ KOEPELS VAN INSTELLINGEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het kader geschetst waarbinnen koepelorganisaties in de zorgsector zich bezighouden met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen. De opzet is vergelijkbaar met hoofdstuk 2 waarin het kwaliteitsbeleid van de beroepsbeoefenaren geschetst is. In de interviews is gevraagd in hoeverre de koepel een algemeen kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd (paragraaf 4.2) en welke prioriteiten daarin ten aanzien van de te ontwikkelen kwaliteitssystemen zijn gesteld (paragraaf 4.3). De gestelde prioriteiten worden weer op twee manieren in kaart gebracht. In de eerste plaats is in de interviews expliciet naar prioriteiten gevraagd. In de tweede plaats blijken de prioriteiten meer impliciet uit de onderwerpen en deelsystemen die men in het interview aan de orde heeft gesteld. In hoofdstuk 5 worden de deelsystemen nader beschreven en uitgediept.

Aan het einde van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de algemene problemen die zich voordoen bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitsbeleid (paragraaf 4.4).

4.2 De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid

Op beleidsniveau besteden alle koepelorganisaties expliciet aandacht aan het kwaliteitsbeleid. Elke organisatie heeft een commissie of werkgroep die zich met kwaliteit bezighoudt.

Een kwaliteitsbeleid op inhoudelijke gronden - dat wil zeggen gericht op het verbeteren van de zorg - wordt overigens al jaren gevoerd en is zeker niet nieuw, merken enkele geïnterviewden op. De laatste jaren is het kwaliteitsbeleid daarnaast mede gericht op het zichtbaar maken van de kwaliteit. De vertegenwoordiger van de NVZ (voorheen sectie Ziekenhuizen van de NZR) merkt op dat het beleid mede gericht is op het afleggen van externe verantwoording. Er is als het ware een dimensie aan het kwaliteitsbeleid toegevoegd. De geïnterviewden noemen hiervoor een aantal redenen. De stelselwijziging en de Leidschendam-afspraken worden het meest frequent genoemd (elk 6 maal). Gesteld wordt dat door de intrede van het marktprincipe bij de stelselwijziging het aantonen van de kwaliteit belangrijk wordt omdat verzekeraars zullen contracteren op kwaliteit. Daarnaast merkt men op dat het kwaliteitsbeleid mede gericht is op

het nakomen van de Leidschendam-afspraken. Het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en kwaliteitssystemen nemen daarbij een belangrijke plaats in.

Men noemt deze ontwikkelingen - de stelselwijziging en de Leidschendam-afspraken - vaak in één adem als in elkaars verlengde liggend. "Deze conferenties vloeiden voort uit de in 1987 gepubliceerde voorstellen van de Commissie Dekker" stelt Somma (20). De relatie tussen deze beide zaken is in de interviews echter niet expliciet aan de orde geweest.

Twee maal wordt genoemd dat algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg aanleiding waren tot een heroriëntatie op het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld een toenemende druk vanuit de samenleving om meer klantgericht te gaan werken en een toenemende druk vanuit de overheid om meer marktgericht te gaan werken. "Complicerend is dat deze ontwikkelingen deels in elkaars verlengde liggen, maar deels ook strijdig zijn: is bij klantgericht werken kwaliteit het onderscheidende element, bij marktwerking zal prijs het voornaamste concurrentiemiddel voor aanbieders van zorg zijn" (21).

Eveneens twee maal wordt opgemerkt dat herstructurering en schaalvergroting (bij de Sociaal Pedagogische Diensten en bij de Verslavingszorg) mede aanleiding was tot een heroriëntatie op het kwaliteitsbeleid. Door de VNB tenslotte wordt de veranderende patiëntenpopulatie - meer hulpbehoevende mensen in verzorgingshuizen - als een van de aanleidingen genoemd.

Samenvattend kan worden gesteld dat vooral de stelselwijziging en de Leidschendam-afspraken geleid hebben tot een heroriëntatie op het kwaliteitsbeleid.

Door zes koepelorganisaties is deze heroriëntatie op het kwaliteitsbeleid inmiddels in een 'nieuwe' nota of werkprogramma vastgelegd (20-25). Bij eveneens zes organisaties is het kwaliteitsbeleid in zijn totaliteit (nog) niet formeel in een nieuwe nota vastgelegd; kwaliteitsbeleid op deelterreinen bestaat van oudsher. Twee organisaties melden dat het toekomstige beleid nog niet is uitgekristalliseerd.

De inhoud van het kwaliteitsbeleid komt in de volgende paragraaf aan de orde. We beperken ons hier tot enkele voorbeelden van kwaliteitsnota's om te illustreren dat deze (net als bij de beroepsbeoefenaren) verschillen in abstractieniveau, invalshoek en opzet.

De Nederlandse Vereniging van CAD's heeft in 1990 de Raamnota Kwaliteit van Preventie en Hulpverlening uitgebracht (22). Doel van de nota is enerzijds zichtbaar maken welk kwaliteitsbeleid CAD's voeren om daarmee maatschappelijke verantwoording af te leggen,

anderzijds het aanreiken van instrumenten waarmee de lidinstellingen hun eigen kwaliteitsbeleid verder kunnen ontwikkelen en uitvoeren.

Uitgangspunt in de nota is "cliëntgerichtheid als centraal thema van kwaliteit". De twee hoofdthema's zijn de kwaliteit van het dienstverleningsproces en de kwaliteit van de interne- en externe organisatie.

De nota geeft in concrete termen een overzicht van de instrumenten die voor kwaliteitsbevordering kunnen worden ingezet evenals een stappenplan voor de implementatie. "Uit de jaarverslagen blijkt dat de raamnota inderdaad door de instellingen gebruikt wordt bij het vormgeven van hun eigen beleid" aldus de vertegenwoordiger van de NVC.

De nota 'Werken aan Kwaliteit' van de Sociaal Pedagogische Diensten richt zich met name op het management van de SPD'en (20). De nota beslaat daarmee één aspect van het kwaliteitsbeleid van de koepelorganisatie. Het kwaliteitsbeleid wordt in de nota als managementvraagstuk benaderd vanuit de opvatting dat "een plan van aanpak van kwaliteitsbevordering de primaire verantwoordelijkheid is van de directeur van de SPD". De nota geeft aan op welke wijze het management kan komen tot een prioriteitenstelling in het kwaliteitsbeleid. "Door afweging van kansen en bedreigingen in de externe omgeving in combinatie met een sterkte/zwakte analyse van de eigen SPD (Sociaal Pedagogische Dienst) zal iedere SPD kunnen kiezen op welke terreinen een proces van kwaliteitsbevordering zal kunnen worden gestart." Vier deelreinen worden onderscheiden: het primaire proces van dienstverlening, de relatie met cliënten, het personeel, de organisatie van de SPD. In de nota wordt opgemerkt dat "een integrale aanpak het mooist lijkt maar niet werkt". Een integraal kwaliteitsbeleid zal ontstaan uit de successen op deelreinen (20, p. 7).

Het kwaliteitsbeleid van de NVZ (voorheen sectie Ziekenhuizen van de NZR) is als onderdeel van het totale beleid beschreven in de nota 'Het Ziekenhuis aan bod' van 1990 (23). Doel van de nota is een heroriëntatie op de positie van het ziekenhuis. Uitgangspunt van het handelen van het ziekenhuis is de zorgvraag van de patiënt. "Het ziekenhuis en de daarin werkzame zorgverleners moeten tot een zorgaanbod komen dat is afgestemd op de wensen en behoeften van de zorgvrager." In de nota wordt gesteld dat de ontwikkelingen in de gezondheidszorg leiden tot een groter wordende verantwoordingsplicht van het ziekenhuis tegenover patiënt, verzekeraar en overheid. Dit vraagt om een systematisch opgebouwd kwaliteitsbeleid. Hierbij worden vier aspecten van kwaliteit onderscheiden: de

professionele kennis en vaardigheden, het relationele aspect (contact patiënt-zorgverlener), het functionele aspect (sluit de zorgverlening aan op de behoefte van de patiënt), en de doelmatigheid. Het kwaliteitsbeleid van een ziekenhuis zal dan ook gericht moeten zijn op integrale kwaliteitszorg en op klantgerichtheid "de hele organisatie moet erop gericht zijn tevreden klanten te krijgen" (hiermee worden niet alleen patiënten bedoeld maar ook medewerkers binnen en buiten het ziekenhuis). De directie van een ziekenhuis heeft de verantwoordelijkheid "de organisatie aan te passen aan het leveren van kwaliteitszorg" (23, p. 25). Op dit laatste aspect gaan we nader in.

Wie is verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid?

Uit het bovenstaande blijkt dat de kwaliteitsnota's verschillen in opzet en abstractieniveau. Een gemeenschappelijk element zowel in diverse nota's als in de interviews vormt de toewijzing van de verantwoordelijkheden. Meer dan de helft van de geïnterviewden benadrukt dat niet de koepelorganisatie maar de instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor het kwaliteitsbeleid. Zes geïnterviewden doen hierover geen uitspraken. Enkele citaten:

"Kwaliteitszorg is in eerste instantie een zaak van de individuele instelling zelf. Daarbij past geen centrale ontwikkeling en een opgelegde decentrale invoering."

"De eerste verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg ligt bij de individuele instellingen en de daarbinnen werkzame beroepsbeoefenaren. De instelling moet zeker stellen dat de kwaliteit van de geleverde zorg goed is en moet daar ook de randvoorwaarden voor creëren."

"Het is niet zo dat de Vereniging een kwaliteitsbeleid vaststelt en dat iedereen gebonden is zich daaraan te houden. De leden zijn zelf verantwoordelijk voor hun kwaliteitsbeleid. Zij willen ook geen opgelegde normen maar wel ondersteuning."

"Uitgangspunt is dat de instelling zelf mag kiezen waar men begint."

Uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van de instelling zien koepelorganisaties het als hun taak een stimulerende en ondersteunende rol te vervullen. Daarnaast draagt men instrumenten en sturingsmodellen aan die de instellingen bij hun kwaliteitsbeleid kunnen gebruiken. In het werkprogramma van de NVAGG wordt

gesteld dat "onderscheid gemaakt moet worden in elementen die de RIAGG-organisatie zelf moet oppakken, elementen die op regionaal niveau uitgewerkt moeten worden en elementen die bovenregionaal of landelijk van belang zijn". De NVAGG wijst erop (25) dat bij het opstellen van criteria en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen ruimte zal moeten blijven voor regionale invullingen. "Anderzijds dienen criteria en kwaliteitsbewakende systemen opgenomen te kunnen worden in overeenkomsten met externen" (25).

In een nota van de NVGGz (voorheen Nationale Ziekenhuisraad Sectie GGZ) wordt opgemerkt dat (ondanks de eigen verantwoordelijkheid van de instellingen) enige harmonisatie en standaardisatie gewenst is. "Uit de algemene landelijke taak van de koepelorganisatie m.b.t. belangenbehartiging vloeit het belang voort dat interne kwaliteitssystemen op hoofdlijnen gelijk zijn, opdat de individuele instellingsgegevens optelbaar zijn tot regionaal en landelijk niveau" (21).

Concluderend kan worden gesteld dat de meerderheid van de koepelorganisaties de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid bij de instellingen zelf leggen waarbij de koepelorganisaties ondersteunend en harmoniserend werken door het aandragen van instrumenten en modellen.

4.3 Prioriteiten in het kwaliteitsbeleid

Evenals bij de beroepsbeoefenaren wordt een onderscheid gemaakt in onderwerpen die de geïnterviewden expliciet als prioriteit noemden - de accenten in het beleid - en alle overige onderwerpen die in de interviews aan de orde kwamen.

Expliciete prioriteiten

Drie van de veertien organisaties konden geen prioriteiten aangeven ("alles is belangrijk"). Ook werd opgemerkt dat de vraag waar binnen de instelling zelf prioriteiten liggen belangrijker is dan het op landelijk niveau aangeven van bepaalde prioriteiten. De overige elf organisaties noemden de volgende prioriteiten, in volgorde van frequentie weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Door koepelorganisaties genoemde prioriteiten in het kwaliteitsbeleid (N=11)

| | |
|---|----|
| - Kwaliteitssystemen | 6 |
| - Certificatie/externe toetsing | 4 |
| - Kwaliteit van management en organisatie | 4 |
| - Kwaliteit van het zorgproces | 3 |
| - Informatiesystemen | 2 |
| - Ontwikkeling richtlijnen | 2 |
| - Samenhang bestaande instrumenten | 2 |
| - Overig | 7 |
| Totaal | 30 |

Door de 11 geïnterviewden worden 30 prioriteiten genoemd. Net als bij de beroepsbeoefenaren bestaat er een vrij grote diversiteit in de accenten die worden gelegd. Een onderwerp dat er min of meer uitspringt is de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Door 6 van de 11 geïnterviewden wordt dit een prioriteit genoemd. Dit impliceert overigens niet dat de koepelorganisaties zelf kwaliteitssystemen gaan ontwikkelen en deze in het veld implementeren. Vaak betekent het dat men op koepelniveau een raamwerk en instrumenten aandraagt die de instellingen kunnen gebruiken bij het ontwikkelen van hun kwaliteitssysteem. In hoofdstuk 5 wordt hier nader op ingegaan.

Bij vier organisaties is het kwaliteitsbeleid op de langere termijn gericht op certificering of een vorm van externe toetsing. Men spreekt over de lange termijn omdat men niet verwacht dat certificering binnen afzienbare tijd gerealiseerd zal zijn. Het betekent wel dat de activiteiten die nu in gang gezet worden, zoals het ontwikkelen van richtlijnen en criteria - twee maal als prioriteit genoemd - ontwikkeld worden in het licht van toekomstige certificatie.

Bevordering van de kwaliteit van het management en verbetering van het zorgproces (primaire proces) worden respectievelijk vier en drie maal als prioriteit genoemd. De keuze om aan de managementkant te beginnen is gebaseerd op de overweging dat het management verantwoordelijk is voor kwaliteitszorg en voor het creëren van de organisatorische structuur en de voorwaarden die daarvoor nodig zijn. De keuze om bij het primaire proces te beginnen is gebaseerd op de overweging dat dit de kerntaak van de organisatie is, het produkt dat men levert. De inspanningen zijn gericht op het structureren, expliciteren en zichtbaar maken van het primaire proces.

Bij twee organisaties ligt het accent onder andere op het ontwikkelen van informatiesystemen. Deze informatiesystemen zijn met name bedoeld om de zorgverlening zelf in kaart te brengen: "zowel om te normeren als om te toetsen moet men gegevens hebben over de activiteiten die concreet worden verricht" merkt een geïnterviewde op. Een ander voegt toe dat op management niveau informatie nodig is om zorgprocessen te bewaken en te evalueren.

Twee maal wordt als prioriteit genoemd samenhang aan te brengen in de kwaliteitsinstrumenten die op dit moment gebruikt worden. Concreet betekent het dat geïnventariseerd wordt welke kwaliteitsinstrumenten er in het veld gebruikt worden om vervolgens te trachten tussen deze instrumenten een functionele samenhang aan te brengen. "Een belangrijk gegeven bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem is het feit dat niet gestart wordt vanuit een blanco situatie. Instellingen geven nu al zeer actief vorm aan allerlei onderdelen van kwaliteitszorg. Veel ontwikkelingswerk zal kunnen voortbouwen op het inventariseren en systematiseren van aanwezig materiaal" (21).

De categorie 'overig' tenslotte bevat prioriteiten die éénmaal genoemd zijn. Dit zijn de volgende onderwerpen:

- stimuleren van het kwaliteitsbewustzijn in de instellingen;
- netwerk van kwaliteitsfunctionarissen;
- cliëntenonderzoek (instrument voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten);
- systematisch werken (op alle niveaus in de organisatie);
- wachtlijst problematiek;
- produktcontrole in de laboratoria;
- kwaliteit van de beroepsbeoefenaren.

Hoewel de koepelorganisaties verschillende accenten leggen in het kwaliteitsbeleid kan met enige voorzichtigheid ook een rode draad gezien worden: de meerderheid van de organisaties werkt toe naar kwaliteitssystemen. Een minderheid werkt daarbij toe naar certificatie. Men kiest óf de invalshoek van het management óf die van het primaire proces, maar soms ook beide invalshoeken. In de voorwaardenscheppende sfeer wordt gewerkt aan het ontwikkelen van richtlijnen en criteria en informatiesystemen. De nuances en onderlinge verschillen zullen in hoofdstuk 5 zichtbaar worden.

Activiteiten met betrekking tot kwaliteitssystemen

Naast deze prioriteiten werd in de interviews een breed scala aan kwaliteitsbevorderende activiteiten genoemd. Enkele geïnterviewden

merkten op dat het ondoenlijk was om alle projecten rond kwaliteit van zorg te bespreken, zodat men noodgedwongen een selectie moest maken. Men probeerde die onderwerpen te selecteren die relevant waren in het kader van kwaliteitssystemen.

Tabel 4.2 Overzicht van in de interviews besproken 'onderwerpen' ten aanzien van kwaliteitssystemen (N=14)

| | |
|---|-----|
| - Klachtenbehandeling | 11 |
| - Kwaliteitssystemen | 11 |
| - Richtlijnen/normen/criteria/kenmerken | 10 |
| - Zorg/behandelplannen | 10 |
| - Informatiesystemen | 9 |
| - Visitatie/toetsing | 9 |
| - Cliënten/patiëntenonderzoek | 7 |
| - (Model)overeenkomsten met patiënten | 6 |
| - Bedrijfsvergelijking | 5 |
| - Certificering | 4 |
| - Deskundigheidsbevordering medewerkers | 4 |
| - Deskundigheidsbevordering management | 4 |
| - Kwaliteitsfunctionarissen | 3 |
| - Intercollegiale toetsing | 3 |
| - Kwaliteitsprofielen | 3 |
| - Privacyreglement | 3 |
| - Medicatiebewaking | 3 |
| - Kwaliteitsplannen | 3 |
| - Beoordeling door inspectie | 2 |
| - FONA/MIP commissie | 2 |
| - Veiligheid(smanagement) | 2 |
| - Beroepsprofielen | 2 |
| - Personeelsverdelingssysteem | 2 |
| - Klachtenfunctionarissen | 1 |
| - Infectiecommissie/registratie | 1 |
| - Patiëntenvoorlichtingscoördinatoren | 1 |
| - Kwaliteitscirkels | 1 |
| - Hygiëne (bewaking) | 1 |
| - Model medisch verpleegkundig handelen | 1 |
| - Intervisie management | 1 |
| - Toetsing door patiëntenorganisatie | 1 |
| - Toetsing jaarverslagen | 1 |
| - Afstemming scholing-werk | 1 |
| - Herregistratie beroepsbeoefenaren | 1 |
| - Produktcontrole | 1 |
| - Behandelfeedbackstelsel | 1 |
| - Systematische evaluatie van programma's | 1 |
| - Themadagen per instelling | 1 |
| - Ethische commissie | 1 |
| - Ontwikkeling indicatoren | 1 |
| - Indicatiestelling | 1 |
| - Vraag/aanbod project | 1 |
| - Intervisie | 1 |
| Totaal | 138 |

De 14 geïnterviewden noemden in totaal 138 onderwerpen. In tabel 4.2 zijn deze in volgorde van frequentie vermeld.

In de tabel is te zien dat een veelheid en ook een diversiteit aan onderwerpen genoemd wordt. Het meest frequent wordt de klachtenbehandeling en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen genoemd. Daarna volgt het ontwikkelen van richtlijnen, normen en systemen van zorg-/behandelplannen. Informatiesystemen worden eveneens vaak genoemd, evenals visitatie- en toetsingssystemen.

Om enige ordening aan te brengen nemen we de kwaliteitskringloop als uitgangspunt (normeren, meten, evalueren, verbeteren). Als de kringloop rond is spreken we van (deel)systemen, als de kringloop niet rond is spreken we van voorwaardenscheppende activiteiten. Een derde categorie activiteiten is gericht op externe beoordeling. Achtereenvolgens bespreken we hierna de voorwaardenscheppende activiteiten (51 maal genoemd), de (deel)systemen (79 maal genoemd) en de externe beoordeling (8 maal genoemd).

Voorwaardenscheppende activiteiten

Voorwaardenscheppende activiteiten kunnen ingedeeld worden naar de plaats die zij in de kwaliteitskringloop innemen. Op deze wijze ontstaan vier categorieën:

- a. activiteiten gericht op normeren;
- b. activiteiten gericht op meten;
- c. evaluerende activiteiten (voldoet de uitvoering aan de gestelde normen?);
- d. activiteiten gericht op verbetering.

Als de activiteiten uit tabel 4.2 op deze wijze gerubriceerd worden ontstaat het volgende beeld.

ad. a. Normeren

Onder normerende activiteiten vallen de volgende onderwerpen:

- ontwikkelen van richtlijnen, normen, criteria of kwaliteitskenmerken (10 maal genoemd);
- modelovereenkomsten met patiënten/cliënten (6 maal genoemd);
- privacyreglementen (3 maal genoemd);
- beroepsprofielen (2 maal genoemd);
- model medisch-verpleegkundig handelen (1 maal genoemd);
- ontwikkelen van indicatoren (1 maal genoemd);
- indicatiestelling (1 maal genoemd).

In totaal worden deze normerende activiteiten 24 maal genoemd. In alle gevallen gaat het om het formuleren van kwaliteitseisen waaraan de zorg of de randvoorwaarden zouden moeten voldoen. Uit de

interviews blijkt dat patiënten en consumenten met name betrokken worden bij deze eerste fase van de kwaliteitskringloop: zij worden per definitie betrokken bij het ontwikkelen van modelovereenkomsten en privacyreglementen maar in een aantal gevallen worden ook andere kwaliteitscriteria in nauw overleg met patiënten- of consumentenorganisaties vastgesteld dan wel met deze organisaties besproken.

ad. b. Meten

Het ontwikkelen van informatiesystemen wordt door 9 geïnterviewden genoemd. Bij deze informatiesystemen ligt het accent op het in kaart brengen van het primaire proces dat wil zeggen de zorgverlening zelf. Globaal gezien gaat het daarbij om het registreren van de hulpvraag van de patiënt, de activiteiten die vervolgens door de diverse hulpverleners worden ondernomen en het resultaat daarvan. Het vraag-aanbod onderzoek bij de RIAGG's kan ook tot deze categorie gerekend worden. Dergelijke informatiesystemen zijn voorwaarden om het zorgverleningsproces te kunnen bewaken en te sturen, aldus de geïnterviewden.

ad. c. Evalueren

Met evalueren wordt bedoeld vergelijken hoe de werkelijkheid zich verhoudt tot de gestelde normen of eisen. Dit wordt in tabel 4.2 niet als geïsoleerde activiteit genoemd maar is altijd onderdeel van een (deel)systeem, zoals op de volgende pagina aan de orde komt.

ad. d. Verbeteren

Onder activiteiten die gericht zijn op kwaliteitsverbetering kunnen de volgende onderwerpen gerangschikt worden:

- deskundigheidsbevordering medewerkers (4 maal genoemd);
- deskundigheidsbevordering management (4 maal genoemd);
- kwaliteitsfunctionarissen (3 maal genoemd);
- patiëntenvoorlichtingscoördinatoren (1 maal genoemd);
- intervisie management (1 maal genoemd);
- afstemming scholing-werk (1 maal genoemd);
- intervisie (1 maal genoemd).

Bij vijftien van de genoemde activiteiten ligt het accent op verbetering van de kwaliteit. Deskundigheidsbevordering neemt hierbij een belangrijke plaats in. Bij de hier genoemde activiteiten gaat het niet zozeer om een systeem waarbij systematisch verbeteringen aangebracht worden bij geconstateerde tekortkomingen maar ligt het accent op kwaliteitsverbetering op zich.

Twee overige activiteiten die moeilijk in te delen zijn, zijn het organiseren van themadagen die tot doel hebben bij te dragen aan het kwaliteitsbewustzijn en het aanstellen van klachtenfunctionarissen die belast zijn met de klachtenbehandeling.

Voordat we overgaan naar de bespreking van de activiteiten waarbij de kringloop in principe rond is kan over de voorwaardenscheppende activiteiten de volgende conclusie getrokken worden. Bij deze activiteiten ligt het accent op normeren (24 maal genoemd), verbeteren (15 maal genoemd) en meten (9 maal genoemd). Met name normeren en meten zijn voorbereidende activiteiten van een toekomstig kwaliteitssysteem, aldus de geïnterviewden. Kwaliteitsverbetering lijkt een doel op zich. Patiënten- en consumentenorganisaties zijn vooral betrokken bij de normerende activiteiten dus bij het vaststellen van de eisen waaraan de zorg moet voldoen.

Interne kwaliteits(deel)systemen

Onder interne kwaliteits(deel)systemen vallen activiteiten die in principe de kwaliteitskringloop in zich hebben. Met behulp van deze deelsystemen kan de instelling de kwaliteit op een systematische wijze bewaken, beheersen en verbeteren.

Deze systemen kunnen enerzijds een interne aangelegenheid van de instelling zijn, anderzijds kunnen interne systemen een externe component hebben. Als bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van interinstitutionele toetsing, visitatie of van feedback van patiënten dan wordt het interne systeem mede gevoed door feedback van buiten de instelling. Hoewel in dit laatste geval een vorm van 'externe' beoordeling plaatsvindt is het primaire doel daarvan de interne beheersing (en verbetering) van de kwaliteit. Dit moet onderscheiden worden van externe beoordeling door onafhankelijke partijen waarbij het doel is verantwoording af te leggen.

De interne kwaliteits(deel)systemen zijn in tabel 4.3 in drie globale categorieën gerubriceerd: a) management en organisatie, b) medewerkers en c) aspecten van het zorgproces zelf. Deze systemen worden in hoofdstuk 5 uitgebreid behandeld zodat hier met een korte typering volstaan wordt.

Bij de eerste categorie gaat het om systemen die de gehele organisatie betreffen en de wijze waarop het management de kwaliteit stuurt en bewaakt (voorbeelden zijn kwaliteitsplannen, bedrijfsvergelijkingen, interinstitutionele toetsing enzovoorts).

Op het niveau van de medewerkers functioneren systemen die de deskundigheid en de beroepsuitoefening waarborgen zoals inter-

collegiale toetsing, kwaliteitscirkels en herregistratie. Deze zijn voor een deel in de vorige hoofdstukken besproken.

Op het niveau van het zorgproces zelf treft men drie typen systemen aan. Ten eerste systemen gericht op structurering en bewaking van het zorgproces. Enerzijds wordt daarbij het werken met zorg- of behandelplannen genoemd en anderzijds de bewaking van kwetsbare of risicovolle aspecten van het zorgproces door speciale commissies (Medicatie-, Ongevallen- of Infectie-commissies enzovoorts). Ten tweede zijn er systemen gericht op de uitkomst van de zorg c.q. de evaluatie van het produkt. Bijvoorbeeld systematische peiling van de tevredenheid van patiënten of behandelfeedbacksystemen. Ten derde zijn er de klachtenregistraties die gebruikt kunnen worden voor bijsturing en verbetering van de zorg.

Tabel 4.3 Rubricering van activiteiten die de kwaliteitskringloop weerspiegelen en het aantal malen dat de activiteit genoemd is

| | | | |
|---------------------------|----|--|----|
| Management en organisatie | 30 | - kwaliteitssystemen | 11 |
| | | - visitatie/interinstitutionele toetsing | 9 |
| | | - bedrijfsvergelijking | 5 |
| | | - kwaliteitsplannen | 3 |
| | | - personeelsverdelingssystemen | 2 |
| Medewerkers | 8 | - intercollegiale toetsing | 3 |
| | | - kwaliteitsprofielen | 3 |
| | | - kwaliteitscirkels | 1 |
| | | - herregistratie | 1 |
| Zorgaspecten | 41 | - klachtenbehandeling | 11 |
| | | - zorg-/behandelplannen | 10 |
| | | - bewaking door commissies* | 10 |
| | | - satisfactie-onderzoek | 7 |
| | | - behandelfeedbacksysteem | 1 |
| | | - programma evaluatie | 1 |
| | | - produktcontrole | 1 |

*) bewaking door commissies van medicatie, veiligheid, ongevallen, infecties, hygiëne, ethiek

Externe beoordeling

Externe beoordeling vindt per definitie plaats door onafhankelijke partijen zoals inspectie, verzekeraars of consumentenorganisaties (19). Deze vorm van beoordeling is gericht op het afleggen van verantwoording aan externe partijen. In Leidschendam is hierover afgesproken dat "externe beoordeling bij voorkeur haar aangrijpingspunten dient te hebben op interne kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van de zorg tot onderwerp hebben. Interne kwali-

teitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken" (bijlage 1).

Door de geïnterviewden worden op dit moment vier typen van externe beoordeling genoemd: certificatie, beoordeling door de inspectie, beoordeling door consumentenorganisaties en beoordeling van jaarverslagen. Wat precies beoordeeld wordt (de systemen of de resultaten van de zorg) komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

4.4 Uitdragen en implementeren van het kwaliteitsbeleid

Activiteiten die gericht zijn op het uitdragen van het kwaliteitsbeleid hebben vaak tot doel het kwaliteitsbewustzijn van de instellingen te stimuleren. Genoemd wordt: het organiseren van themadagen en congressen (11 maal genoemd); het uitbrengen van nota's of publicaties (10 maal genoemd); het benutten van overlegstructuren en ledenvergaderingen (5 maal genoemd). Deze activiteiten behoeven weinig toelichting. Interessant is een variant op de themadagen die SOMMA organiseert. Deze themadag wordt niet landelijk maar individueel per instelling georganiseerd. Dit betekent dat alle medewerkers van de instelling inclusief de directie en het bestuur zich een dag lang buigen over kwaliteit aan de hand van een gestructureerd programma ('s morgens wordt een kader aangeboden; 's middags worden voorbeelden uit de eigen instelling uitgewerkt). Deze vorm is enerzijds gekozen vanuit de gedachte dat men het veld bereikt door 'ernaar toe te gaan' en ten tweede vanuit de filosofie dat kwaliteit een zaak is van de hele dienst van hoog tot laag.

Ten aanzien van implementatie is men meer terughoudend. Acht geïnterviewden merken op dat implementatie een taak is van instellingen zelf: "Het is niet zo dat op koepelniveau systemen ontwikkeld worden die aan het veld opgelegd (of in het veld geïmplementeerd) worden." De meerderheid van de koepelorganisaties streeft wel naar gelijkvormigheid of onderlinge afstemming bijvoorbeeld door een raamwerk aan te bieden en instrumenten aan te dragen. Een andere manier om afstemming te bewerkstelligen is het vormen van netwerken van kwaliteitsfunctionarissen zoals dat gebeurt in de ziekenhuissector en de verpleeghuissector (26). Door het vormen van netwerken (landelijk en regionaal) ontstaat een structuur waarin overleg en afstemming mogelijk is. De netwerken worden ondersteund vanuit de koepelorganisatie (door NZI en NZF-consult). "Door een goede mix van landelijke activiteiten en datgene

wat in regionale netwerken gebeurt, ontstaat er een situatie waarin afstemming, overdracht en vergelijking mogelijk wordt" (26).

Problemen bij ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid

Bij het ontwikkelen, uitdragen en implementeren van het kwaliteitsbeleid doen zich in de praktijk enkele problemen voor. Deze paragraaf behandelt de algemene problemen die op het niveau van de koepelorganisatie genoemd worden. De specifieke problemen die bij de afzonderlijke deelsystemen spelen komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Er zijn drie algemene problemen die door de helft of meer van de geïnterviewden genoemd worden:

- a. het abstracte karakter van de Leidschendam-afspraken (8 maal genoemd);
- b. de onduidelijkheid rond de stelselwijziging (7 maal genoemd);
- c. de niveaoverschillen tussen instellingen (7 maal genoemd).

ad. a. Abstracte karakter van de Leidschendam-afspraken

De Leidschendam-afspraken zijn van een hoog abstractieniveau en geven weinig houvast voor de invulling van het kwaliteitsbeleid. Er is afgesproken dat de aanbieders kwaliteitssystemen moeten ontwikkelen maar hoe deze eruit moeten zien en door wie ze beoordeeld worden is niet ingevuld. De verantwoordelijkheden van patiënten/-consumenten, overheid en verzekeraars zijn (nog) niet nader ingevuld. Ook de concept kwaliteitswet bevat slechts uitspraken in globale termen, zo voegen twee geïnterviewden toe.

Daarnaast wordt opgemerkt dat er een grote kloof bestaat tussen de abstracte termen waarin op beleidsniveau over kwaliteit gesproken wordt en de activiteiten waar de instellingen in het veld zelf mee bezig zijn.

Ook bij door de koepels van beroepsbeoefenaren werden deze problemen signaleerd (zie paragraaf 2.4). Enkele citaten:

"Uit de discussies op beleidsniveau blijkt dat er een enorme kloof is tussen de abstracte discussies over kwaliteit die op beleidsniveau gevoerd worden en datgene wat in de praktijk voor de kwaliteit van de zorg relevant is."

"In de landelijke discussies wordt drie abstractie-niveaus hoger over kwaliteit gepraat op een manier die helemaal niet meer te vertalen is naar de instellingen."

"In de Leidschendam-afspraken wordt gesproken over externe toetsing. Kwaliteitssystemen moeten eraan voldoen dat ze te toetsen zijn. Het is echter nog volstrekt onduidelijk wie de toetsers zijn en waarop getoetst gaat worden."

ad. b. Onduidelijkheid rond de stelselwijziging

Hoewel de onduidelijkheid rond de stelselwijziging en het abstracte karakter van de Leidschendam-afspraken als twee aparte problemen genoemd worden blijkt uit de interviews dat deze zaken vaak in elkaars verlengde gezien worden met als gemeenschappelijke noemer, onduidelijkheid. Kort gezegd komt het erop neer dat onduidelijk is waar de instellingen op beoordeeld of bevraagd zullen worden na de stelselwijziging en wat de positie zal zijn van inspectie, verzekeraars en overheid. Een enkele keer wordt opgemerkt dat men daarom voorzichtig is met het ontwikkelen van een lange-termijn kwaliteitsbeleid. "Je kan op dit moment moeilijk anticiperen of lange termijn plannen maken omdat de toekomst onzeker is." Enkele citaten:

"Het is op dit moment nog volslagen onduidelijk wat de verzekeraars gaan doen. Dat is een probleem."

"Het grootste probleem is de stelselwijziging (...). De vraag is of je met het kwaliteitsbeleid vooral strategisch moet inspelen op de stelselwijziging of dat het kwaliteitsbeleid voornamelijk op inhoudelijke gronden vorm moet krijgen."

"Tot op de dag van vandaag is er niemand die de instellingen een helder, uitgekristalliseerd verhaal kan vertellen over de vraag wat de betekenis is van het kwaliteitsbeleid in het kader van de stelselherziening, terwijl straks wel verantwoording afgelegd moet worden aan verzekeraars, consumentenorganisaties en financiers. Dit, terwijl het huidige kwaliteitsdenken juist vanuit de stelselherziening geëntameerd is."

"Er moet een boodschap naar de instellingen uitgedragen worden dat er heel wat gaat veranderen op strategisch gebied maar op de vraag wat dan precies, daar krijgt men al twee jaar geen antwoord op (...). Ook is het onduidelijk wat de rol van de inspectie in het geheel wordt. Wat komt er bijvoorbeeld in de plaats van de erkenningseisen en wie gaat dat controleren? Dit alles werkt zeer contra-productief, ook op het enthousiasme van de instellingen, die een afwachtende houding gaan aannemen."

"Heel onduidelijk is ook nog de relatie tussen de bekostigings-systeematiek en kwaliteit. Dat is een van de moeilijkste vraagstukken. Dit kan pas ingevuld worden als wat duidelijker wordt hoe de stelselwijziging wordt ingevuld."

ad. c. Niveauverschillen tussen de instellingen

Niet zozeer een probleem als wel een punt van aandacht zijn de niveauverschillen tussen de instellingen. Bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid ziet een koepelorganisatie zich geconfronteerd met een verscheidenheid aan instellingen die onder een sector ressorteren en met verschillen in het niveau waarop de instellingen met kwaliteit bezig zijn. Dit bemoeilijkt het bereiken van consensus.

Omdat het kwaliteitsbeleid in principe voor de hele sector (alle leden) bestemd moet zijn kan men zich ook de vraag stellen of het beleid van de koepelorganisatie zich moet richten op de voorlopers (in de verwachting dat een sneeuwbaaleffect zal optreden), of juist op het meetrekken van de achterblijvers. Ook bij beroepsbeoefenaren was dit een punt van aandacht.

Overigens merken enkele geïnterviewden op dat deze verschillen in niveau in zekere zin ook een voordeel zijn omdat datgene wat door de voorlopers ontwikkeld is benut kan worden in het landelijk beleid. Enkele citaten:

"In de ziekenhuissector zijn de instellingen zeer divers en verschillend georganiseerd. Er is verschil in grootte en verschil in cultuur. Dat is geen probleem, maar als de koepel wil stimuleren dat men systematisch met kwaliteit omgaat, dan is er voor wat betreft regelgeving een grootste gemene deler nodig. De taak van de koepel is dan ondersteuning te bieden door methodieken aan te reiken."

"De sector bestaat uit zeer ongelijksoortige voorzieningen voor een vaak ongelijksoortige doelgroep waarin heel verschillende ideeën zijn over het werken met mensen. Het is onbegonnen werk om gemeenschappelijke waarden te vinden waaruit normen gedestilleerd kunnen worden."

"De niveaus kunnen heel verschillend zijn. In sommige instellingen heeft men mooie systemen voor individuele zorgplannen ontworpen terwijl men in andere instellingen nog wat aantekeningen in een flodderig schriftje maakt."

"Er zijn instellingen die zelf al veel initiatieven genomen hebben met betrekking tot kwaliteitsbevordering maar er zijn ook instellingen die hiermee moeilijk op gang komen en weinig initiatieven ontplooiën."

Naast deze drie meest genoemde problemen worden capaciteitsproblemen gesignaleerd evenals de instabiele situatie waarin sommige sectoren verkeren. De geïnterviewden merken op dat de instellingen extra tijd vrij moeten maken voor het ontwikkelen van kwaliteitssystemen terwijl de capaciteit ontbreekt en de werkdruk hoog is (4 maal genoemd) en de financiën ontbreken (3 maal genoemd). Als complicerende factor wordt door vier andere geïnterviewden genoemd dat instellingen in de sector in een instabiele situatie verkeren door fusies of schaalvergroting, regionalisering of verandering in de financieringsstructuur (van rijks- naar gemeentelijke financiering).

Tenslotte melden twee sectoren dat er een achterstand in te halen valt omdat zij niet bij de Leidschendam-conferenties aanwezig waren en pas in een latere fase bij de activiteiten van de VC-VOK betrokken werden.

4.5 Samenvatting

Alle koepelorganisaties van instellingen besteden expliciet aandacht aan kwaliteitsbeleid. Een kwaliteitsbeleid op inhoudelijke gronden is niet nieuw, maar de stelselwijziging en de Leidschendam-afspraken hebben recentelijk wel geleid tot een heroriëntatie met veel nadruk op de verantwoordelijkheid van het management en een gerichtheid op het afleggen van externe verantwoording. Bij zes van de veertien koepelorganisaties is deze heroriëntatie vastgelegd in een nota of werkprogramma, documenten die onderling verschillen qua abstractieniveau, invalshoek en opzet. De meeste koepelorganisaties zien het als hun taak om een stimulerende en ondersteunende rol te vervullen bij het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid. Men acht de instellingen primair zelf verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid.

De koepelorganisaties zijn allen bezig met voorwaardescheppende activiteiten enerzijds en de ontwikkeling van kwaliteits(deel)systemen anderzijds. Een minderheid houdt zich op dit moment bezig met externe beoordeling.

In de voorwaardescheppende sfeer wordt gewerkt aan het formuleren van kwaliteitseisen en het ontwikkelen van informatie-systemen

om te kunnen beoordelen of de zorgverlening aan de gestelde eisen voldoet. Patiënten- en consumentenorganisaties worden met name betrokken bij het vaststellen van kwaliteitseisen of -criteria.

Het ontwikkelen van kwaliteits(deel)systemen heeft bij de meerderheid van de koepelorganisaties prioriteit in het beleid. Daarbij kiest men óf de invalshoek van het management (bijvoorbeeld visitatie en bedrijfsvergelijking), óf die van het primaire proces (bijvoorbeeld zorgplannen, tevredenheidsonderzoek of klachtenbehandeling). Sommige koepels richten zich op beide invalshoeken.

Op het niveau van de medewerkers functioneren de eigen systemen van de beroepsbeoefenaren, zoals intercollegiale toetsing maar ook kwaliteitscirkels en kwaliteitsprofielen die een multidisciplinair karakter kunnen hebben.

Met betrekking tot externe beoordeling van de kwaliteit, dat wil zeggen beoordeling die gericht is op het afleggen van verantwoording aan onafhankelijke partijen verwijzen enkele koepels naar de inspectie als externe beoordelaar. Een minderheid streeft naar certificatie. In enkele experimenten treden consumenten als beoordelaar op.

Kwaliteitsbeleid van koepels wordt uitgedragen via congressen, publicaties, ledenvergaderingen, en dergelijke. Implementatie vindt men doorgaans een taak van de instelling zelf, waarbij de koepelorganisatie streeft naar onderlinge afstemming, bijvoorbeeld door het opzetten van een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen.

De belangrijkste problemen bij het ontwikkelen, uitdragen en implementeren van kwaliteitsbeleid zien de meeste koepelorganisaties in het abstracte karakter van de Leidschendam-afspraken en (daarmee samenhangend) de onduidelijkheid rond de stelselwijziging en de grote verschillen in niveau waarmee individuele instellingen zich met kwaliteit bezighouden.

5. KWALITEITS(DEEL)SYSTEMEN BIJ KOEPELS VAN INSTELLINGEN

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken welke kwaliteitssystemen op het niveau van de koepelorganisatie ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden. Nadrukkelijk wordt erop gewezen dat niet geïnventariseerd is wat in de instellingen zelf gebeurt. Datgene wat in het veld zelf gebeurt zal in de tweede inventarisatieronde onderzocht worden.

De indeling van dit hoofdstuk is gebaseerd op de globale indeling in systemen die in hoofdstuk 4 is voorgesteld (management en organisatie, medewerkers, zorgaspecten).

Systemen die de organisatie en het management betreffen komen in paragraaf 5.2 aan de orde (kwaliteitssystemen, kwaliteitsplannen, visitatie, interinstitutionele toetsing en bedrijfsvergelijking).

Paragraaf 5.3 gaat in op de systemen die de medewerkers betreffen (intercollegiale toetsing, kwaliteitsprofielen en kwaliteitscirkels), voorzover deze nog niet in het eerste deel van het rapport behandeld zijn.

Paragraaf 5.4 behandelt de systemen die de zorgverlening of het zorgproces zelf betreffen. Eerst wordt ingegaan op systemen om het zorgproces te structureren en te bewaken. Hierbij gaat het met name om methodisch werken aan de hand van zorgplannen en bewaking van kwetsbare of risicovolle aspecten van het zorgproces door speciale commissies. Daarna volgen de systemen gericht op de evaluatie van de zorg (satisfactie-onderzoek, behandelfeedback-systeem, produktcontrole) en tenslotte wordt ingegaan op de klachtenregistraties.

Paragraaf 5.5 gaat in op vormen van externe beoordeling: certificatie, beoordeling door de inspectie en beoordeling door patiënten-/consumentenorganisaties. Het hoofdstuk wordt besloten met een samenvatting.

5.2 Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. management en organisatie

5.2.1 Kwaliteitssystemen en kwaliteitsplannen

"De kwaliteit van de organisatie binnen de instelling is van cruciaal belang voor de uiteindelijk verleende zorg", zo wordt gesteld in de Discussienota Begrippenkader Kwaliteit van Instellingen (10). In de

systemen die op dit moment ontwikkeld worden ziet men deze stelling weerspiegeld. De meerderheid van de koepelorganisaties is op zoek naar sturingsmodellen of informatiesystemen die het management van de instelling in staat stellen kwaliteitszorg te realiseren (27-31). "Er is in het denken over kwaliteit een verschuiving in de tijd te constateren. In de jaren voor 1985 dacht men bij kwaliteitsbeleid vooral aan professionele beroepsuitoefening (elke medewerker moet zijn eigen kwaliteit bewaken) terwijl de aandacht nu meer verschoven is naar het management."

In deze paragraaf gaan we eerst in op de in ontwikkeling zijnde kwaliteitssystemen en vervolgens op de deelsystemen die doorgaans verder ontwikkeld zijn.

Op het niveau van de koepelorganisaties is men bezig met (aanzetten tot) de ontwikkeling van kwaliteitssystemen of is het beleid uiteindelijk gericht op kwaliteitssystemen, zo melden elf geïnterviewden (LVT, NVGGz, NVBW, NVZ, VNB, NVAGG, VOG-AMW, NVGz, FIAD/Wdt, NFVLG, CCKL). De drie andere geïnterviewden spraken niet in termen van kwaliteitssystemen maar meer in termen van kwaliteitsinstrumenten en methodieken. Men merkte daarbij bijvoorbeeld op dat men "vooral bezig is met het formuleren van criteria of kwaliteitskenmerken" of "dat op koepelniveau geen kwaliteitssystemen ontwikkeld worden omdat dat een taak van de instellingen zelf is". Een ander vertelde dat men "niet denkt in termen van systemen (statisch) maar dat men werken aan kwaliteit beschouwt als een vaardigheid (dynamisch) die elke werknemer zich eigen zou moeten maken". Ook benadrukte een geïnterviewde dat systemen betrekking hebben op procedures maar dat dat nog niets zegt over de inhoud en de intensiteit van de zorg.

Voorbeelden van kwaliteitssystemen konden in dit stadium nog niet gegeven worden omdat de ontwikkelingen nog niet zover gevorderd zijn (dat was overigens ook de reden om deze eerste inventarisatie te richten op deelsystemen). Over de richting waarin de ontwikkelingen gaan valt het volgende op te merken.

Zoals al eerder opgemerkt zien de meeste koepelorganisaties het vooral als hun taak instrumenten, methodieken en raamwerken aan te bieden die de instellingen kunnen gebruiken bij de ontwikkeling van hun eigen kwaliteitssysteem. Bij enkele koepelorganisaties worden daarnaast voorbeelden van kwaliteitssystemen ontwikkeld die de instellingen kunnen benutten. Bij de ontwikkeling van deze voorbeelden kan men twee richtingen onderscheiden:

- a. men probeert samenhang te brengen in bestaande instrumenten;
- b. men gaat uit van de ISO-systematiek als raamwerk.

Samenhang bestaande instrumenten

Samenhang brengen in bestaande instrumenten wordt door zes geïnterviewden genoemd als een manier om kwaliteitssystemen te ontwikkelen. "Als men namelijk vraagt wat men onder een kwaliteitssysteem verstaat, dan komt men toch altijd weer uit op een samenspel van onderdelen of deelactiviteiten (deelsystemen) die onderling op elkaar aan moeten sluiten" (de term bouwdoos wordt ook genoemd).

Daarnaast merkt een ander op dat "Veel ontwikkelingswerk zal kunnen voortbouwen op het inventariseren en systematiseren van aanwezig materiaal" (21). Het gaat daarbij met name om het organiseren van de functionele samenhang tussen de verschillende onderdelen. Er wordt als het ware een paraplu over gehangen. Concreet betekent dit dat men op koepelniveau een raamwerk maakt aan de hand waarvan instellingen hun eigen interne systemen kunnen ontwikkelen. "Daarbij zal in de sector eerst consensus bereikt moeten worden over de onderdelen van het raamwerk zodat er in ieder geval op hoofdpunten gelijke begrippen en beschrijvingen gehanteerd worden."

Het brengen van samenhang in de bestaande deelsystemen is overigens ook een manier om zicht te krijgen op leemtes, zo merkt een geïnterviewde op. "Op het niveau van de instelling kunnen zaken soms onevenwichtig verdeeld zijn. Men heeft bijvoorbeeld een goede klachtenregeling maar met de gegevens van de MIP-commissie wordt niets gedaan" (MIP=Melding Incidenten Patiëntenzorg).

De keuze voor bovengenoemde aanpak is mede gebaseerd op ervaringen in het verleden waaruit bleek dat het realiseren van integrale kwaliteitszorg voor instellingen buitengewoon moeilijk blijkt te zijn (32).

In grote lijnen wil een aantal koepels dus kwaliteitssystemen ontwikkelen door onderlinge afstemming en functionele samenhang in de reeds bestaande onderdelen te brengen.

Een andersoortige aanpak is de ontwikkeling van kwaliteitssystemen aan de hand van de ISO-systematiek.

ISO-systematiek

Bij twee koepelorganisaties worden kwaliteitssystemen ontwikkeld aan de hand van de ISO-systematiek (LVT en CCKL). Uitgangspunt bij de LVT is "dat de ISO-9004.2 bij de opbouw van systemen als ordeningsprincipe wordt gehanteerd" (33). De ISO-9004.2 is gericht op dienstverlening waaronder de gezondheidszorg wordt begrepen.

De CCKL gaat uit van de EN-45001 (EN=Europese Norm) hetgeen een vertaling is van de ISO-9000 serie naar laboratoria in de gezondheidszorg.

Bij de LVT wordt aan de hand van een proefproject in zes instellingen onderzocht hoe de ISO-normen in de instellingen geoperationaliseerd kunnen worden. Daartoe worden de bestaande procedures getoetst aan de in de ISO-norm beschreven procedures. De resultaten van deze toetsing worden gerapporteerd in de vorm van registratie van sterke en zwakke punten. Op basis van deze resultaten wordt een kwaliteitsprogramma opgesteld dat past binnen het organisatie-beleidskader. Tenslotte worden afspraken gemaakt voor de uitvoering en invulling van het kwaliteitssysteem. Deze afspraken kunnen leiden tot kwaliteitsverbeteringsprojecten, prioriteitenstellingen of actieplannen (33). "Doel van het project is uiteindelijk een handleiding te maken aan de hand waarvan instellingen zelf een kwaliteitssysteem op kunnen zetten" aldus de vertegenwoordiger van de LVT.

Bij de CCKL zijn de normen waaraan een kwaliteitssysteem moet voldoen neergelegd in de 'Praktijkrichtlijn voor het opzetten van een kwaliteitssysteem voor laboratoria in de gezondheidszorg' (34). In deze praktijkrichtlijn worden de normen nader toegelicht en wordt aangegeven wat elk laboratorium concreet zou moeten doen om aan de norm te voldoen. De eerste norm is dat 'elk laboratorium dient te beschikken over een samenhangend kwaliteitssysteem vastgelegd in een kwaliteitshandboek'. Een model Kwaliteitshandboek is recent ontwikkeld (35). Het bevat een beschrijving van alle procedures en voorschriften nodig voor een goed gestructureerde organisatie. Aan de hand daarvan kunnen laboratoria hun eigen handboek gaan ontwikkelen.

Ter illustratie enige toelichting op de inhoud van het kwaliteitshandboek. Een van de normen is dat in het handboek "de kwaliteitsdoelstellingen en het kwaliteitsbeleid van het laboratorium beschreven zijn ('de directieverklaring'). Verder dienen in de verklaring middelen en maatregelen te worden omschreven zodat medewerkers gevrijwaard zijn van oneigenlijke druk" (34).

Daarnaast bevat het handboek beschrijvingen van de werkprocessen en de personele invulling. Van elke functie worden bijvoorbeeld de opleidingseisen, de vereiste kwalificaties, functie-inhoud en taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en vervangingseisen vastgelegd. Ter illustratie "analisten mogen alle documenten bekijken,

afdelingshoofden mogen wijzigingen voorstellen en stafleden mogen die wijzigingen in het document vastleggen" aldus de geïnterviewde. In het handboek moet eveneens aangegeven zijn hoe de interne en de externe beoordeling van het kwaliteitssysteem geregeld zijn.

De vertegenwoordiger van de CCKL merkt op dat beoordeling en verandering van procedures op zich niet nieuw is. De veranderingen worden echter nu vaak in notulen van werkgroepen vastgelegd. In de toekomst zou dat formeel in het handboek moeten gebeuren. Overigens blijkt het in de praktijk niet mee te vallen om alle beslissingen die genomen worden vast te leggen. Ook het beschrijven van alle procedures en werkafspraken op gedetailleerd niveau is tijdrovend. "De opzet van het hele kwaliteitssysteem en zeker de aanzet daartoe is natuurlijk kostenverhogend. De uitspraken van kwaliteitsinstanties dat het zich op termijn weer terugverdient kan momenteel nog niet zonder meer onderschreven worden."

Kwaliteitsplannen

In de ISO-systematiek is het kwaliteitsplan onderdeel van het kwaliteitssysteem. Het gebruik van kwaliteitsplannen werd door drie geïnterviewden gemeld (VNB, NVC, NVGz). Het gebruik van kwaliteitsplannen impliceert een systematische planning en evaluatie van kwaliteitszorg door management of staf (36). Een kwaliteitsplan is in feite een soort werkplan waarin de activiteiten en projecten met betrekking tot kwaliteitszorg zijn neergelegd. In het plan wordt zichtbaar welke concrete doelen worden nagestreefd en welke prioriteiten zijn gesteld. Het plan wordt in de instelling geïntroduceerd en uitgevoerd waarbij het vanzelfsprekend van belang is dat het een breed draagvlak heeft. Jaarlijks worden zowel de ondernomen activiteiten geëvalueerd (zijn de doelen gehaald?) als het kwaliteitsplan zelf. Op grond daarvan wordt het plan bijgesteld en worden nieuwe prioriteiten gesteld. Dit is een doorlopende cyclus. In welke mate deze methodiek in het veld zelf gebruikt wordt is op het niveau van de koepelorganisatie niet bekend.

5.2.2 Interinstitutionele toetsing en visitatie

Door acht organisaties wordt een systeem van visitatie of interinstitutionele toetsing genoemd (37-40). Interessant is dat sommige sectoren met dit systeem beginnen terwijl andere sectoren er juist mee stoppen of er een nieuwe invulling aan geven:

- bij drie koepelorganisaties is of wordt geëxperimenteerd met interinstitutionele toetsing (VNB, NVAGG, VOG-AMW);

- bij eveneens drie sectoren is of wordt interinstitutionele toetsing ingevoerd (NVGz, FIAD/Wdt, NFVLG);
- bij twee koepelorganisaties is men met de huidige vorm van interinstitutionele toetsing gestopt en werkt men aan een nieuwe invulling (NVVz, NVGGz).

Door de overige zes geïnterviewden werd interinstitutionele toetsing niet als onderdeel van het kwaliteitsbeleid genoemd.

We zullen eerst ingaan op de inhoud van het systeem en vervolgens op de argumenten die aangevoerd worden voor het stoppen dan wel beginnen met het systeem.

Het doel van interinstitutionele toetsing is kwaliteitsbevordering in de instelling. Opgemerkt wordt dat het systeem met name gericht is op het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn, het op gang brengen van de kwaliteitsdiscussie in de instellingen en het stimuleren dat men met cyclische processen aan de gang gaat. Toetsing gebeurt op basis van vrijwilligheid.

Kenmerkend van deze methode is het werken met bezoekteams. Deze teams bestaan uit personen die zelf in de betreffende sector werkzaam zijn. Een bezoekteam doet onderzoek naar de kwaliteit van de instelling op basis van het toegeleverde schriftelijke materiaal en op basis van de gesprekken die met patiënten/bewoners, medewerkers en directie gevoerd worden. In de meerderheid van de gevallen wordt de instelling getoetst aan de eigen uitgangspunten en niet aan objectieve landelijke criteria.

Het bezoekteam geeft de bevindingen in een eindverslag weer. Dit verslag is bestemd voor de instelling zelf en niet openbaar. In dit verslag worden de sterke en zwakke kanten van de instelling belicht. De instelling wordt als het ware een spiegel voorgehouden. Tevens worden conclusies en aanbevelingen gegeven zodat men de sterke kanten verder uit kan bouwen en de zwakke kanten kan verbeteren. In sommige sectoren wordt een follow-up of nagesprek gehouden, bijvoorbeeld na een half jaar, om te zien wat de instelling met de aanbevelingen heeft gedaan. Er vindt geen formele na-toetsing of na-controle plaats.

Het is een vrij tijdrovende en kostbare methode, zo wordt opgemerkt. Een geïnterviewde noemt ongeveer tienduizend gulden per bezoek. Daarnaast is menskracht nodig op het niveau van de koepel om de visitaties te organiseren, de bezoekteams te trainen en zonodig te helpen bij de verslaglegging. Omdat per jaar niet meer dan zo'n tiental instellingen getoetst kan worden beslaat het bereiken van de gehele sector doorgaans een aantal jaren.

Over de wijze waarop het systeem bijdraagt aan kwaliteitsbevordering wordt opgemerkt dat dit zowel op het niveau van de koepel als op het niveau van de instelling speelt. Op landelijk niveau geeft de informatie die uit de visitatierapporten naar voren komt een algemeen beeld van de sterke en zwakke kanten in de sector op grond waarvan het beleid in de sector bijgesteld kan worden. Door koepelorganisaties wordt de informatie dan ook gebruikt om op onderdelen speciale instrumenten of scholingsprogramma's te ontwikkelen (38-40).

Ten aanzien van de kwaliteitsbevordering in de instellingen zelf is men in zijn algemeenheid van mening dat er een stimulerende werking van toetsing uitgaat. Enkele citaten:

"De verbeterprocessen starten op het moment dat een instelling zich opgeeft voor toetsing."

"Het visitatierapport is soms een bittere pil die men moet slikken maar uiteindelijk gaat men er toch mee aan de slag en heeft het nadrukkelijk invloed."

"Op dit moment worden instellingen gestimuleerd om jaaractieplannen (kwaliteitsplannen) te maken waarbij men systematisch aan de gang gaat met de verbeterpunten die uit het bezoek naar voren komen."

"Dat toetsing invloed heeft staat wel vast. Het zet een heel proces in gang. Men wordt gedwongen alles op papier te zetten, ook zaken die tot nu toe alleen maar in het hoofd zaten, en dat is op zich een belangrijk onderdeel van kwaliteitszorg. Daarnaast heeft het invloed op de leden van het bezoekteam omdat zij de goede ideeën in hun eigen instelling aan de orde kunnen stellen."

"Om zicht te krijgen op wat het project heeft opgeleverd in termen van verandering of kwaliteitsverbetering zouden de instellingen opnieuw bezocht moeten worden."

In drie sectoren heeft het huidige systeem van interinstitutionele toetsing een tiental jaren gedraaid (38-40). Men bezint zich nu op nieuwe vormen waarbij het accent meer komt te liggen op het toetsingsaspect en op externe beoordeling.

De geïnterviewden merken op dat dit een vrij natuurlijke ontwikkeling is die te maken heeft met de stelselwijziging. "Ook bij de instellingen zelf bestaat de behoefte de interinstitutionele gesprekken

te vervangen door een wat hardere toetsing welke meer geënt is op de stelselwijziging."

Ter illustratie bespreken we de plannen van de NVGGz voor een nieuwe invulling van de toetsing (41).

Uitgangspunt is dat getoetst zal gaan worden aan een toetsingskader en dus niet aan de eigen uitgangspunten in de instelling. Dit toetsingskader zal gevormd worden door kwaliteitskenmerken die ook voor externe partijen aanvaardbaar zijn (cliënten, verwijzers, verzekeraars, inspectie). Deze kwaliteitskenmerken zullen onder andere afgeleid worden van de ISO-richtlijnen, de erkenningseisen en de al beschikbare documenten in de GGZ sector. Vervolgens zullen instellingen minstens eens per 3 à 4 jaar getoetst worden om vast te stellen of het kwaliteitssysteem voldoet aan de kwaliteitskenmerken. Tevens zal de instelling vergeleken worden met algemene of referentiegroep-gemiddelden op een aantal indicatoren voor doelmatigheid (dit is in feite een vorm van bedrijfsvergelijking die hierna behandeld wordt). De toetsing strekt zich niet uit tot alle medewerkers maar is met name gericht op het hoger en middelbaar management. Deze toetsing hangt samen met het lidmaatschap van de NVGGz. Certificering is op dit moment niet aan de orde.

Vergeleken met de vroegere vorm van toetsing zal ook de toetsende instantie veranderen: "Voorheen waren de bezoekteams geheel samengesteld uit beroeps-/functiegenoten afkomstig uit collega-instellingen. Op weg naar een onafhankelijker beoordelende instantie dienen de bezoekteams aangevuld te worden met beroeps-/functiegenoten van andere GGZ-instellingen (RIAGG's, beschermende woonvormen, PAAZ'en, vrijgevestigde psychiaters en -psychologen). Daarnaast is het van belang de gebruikers-dimensie te concretiseren door het opnemen van vertegenwoordigers vanuit de cliëntengroepering" (41).

Resumerend zou men kunnen stellen dat deze nieuwe invulling van toetsing vooral gericht is op de kwaliteits(sturings)systemen, dat niet eenmalig maar periodiek getoetst wordt, dat niet getoetst wordt aan eigen uitgangspunten maar aan objectieve normen en dat externe partijen in de toetsende instantie vertegenwoordigd zijn.

Bedrijfsvergelijking

Bij een systeem van bedrijfsvergelijking worden de gegevens van andere instellingen gebruikt als referentiekader voor het eigen functioneren. Vijf geïnterviewden noemen een dergelijk systeem als onderdeel van het kwaliteitsbeleid (VNB, NVC, SOMMA, NVAGG, NFVLG). Een andere manier om het eigen functioneren te evalueren

is deelname aan management intervisiegroepen, zoals door NVC en NVAGG wordt gemeld.

Een systeem van bedrijfsvergelijking is gericht op doelmatige bedrijfsvoering. Bij een dergelijk systeem wordt een instelling op een aantal kengetallen vergeleken met het gemiddelde in de sector. Deze getallen hebben betrekking op bijvoorbeeld financiën, personele inzet, produktie, zorgzwaarte enzovoorts. De instellingen vullen hierover periodiek een enquête in die landelijk wordt verwerkt. Men krijgt een persoonlijke terugrapportage zodat men kan zien hoe de instelling zich verhoudt tot het landelijk of regionaal gemiddelde in de sector. "Het systeem kan op den duur de kringloopsystematiek gaan vertonen. In hoeverre instellingen nu actie ondernemen bij erge uitschieters is op het niveau van de koepel niet bekend." De geïnterviewde merkt op dat er in de toekomst wellicht meer kwaliteitsaspecten in het systeem van bedrijfsvergelijking opgenomen kunnen worden.

In veel sectoren bestaat een landelijke registratie van kengetallen op grond waarvan men de eigen instelling kan vergelijken met het gemiddelde in de sector. In de interviews werd dit zes keer genoemd als deelsysteem of als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. De vertegenwoordiger van de NVBW merkte op dat er wel gewerkt werd aan een informatiesysteem maar dat dit tot nu toe niet gekoppeld was aan het kwaliteitssysteem. Ook bij de NVGz werd opgemerkt dat deze gegevens tot nu toe niet expliciet beschouwd werden als onderdeel van het kwaliteitsbeleid, maar daar in feite wel onderdeel van uitmaken. "Meestal zijn het echter globaal kwantitatieve gegevens in plaats van gegevens die op het primaire proces ingaan. Hiervoor zijn aanvullende gegevens nodig. Als de bestaande gegevens aangevuld zouden worden met toekomstige informatie uit de zorgplannen dan zou een mooi management informatiesysteem ontstaan." Deze ontwikkeling is bij meerdere koepelorganisaties te zien.

In zijn algemeenheid wordt de kanttekening gemaakt dat op het niveau van de instellingen zelf veel meer systemen ontwikkeld zijn waarmee het management sturing geeft aan kwaliteitszorg in de instelling, bijvoorbeeld personeelsverdelingssystemen, planningsystemen, budgetbewaking, indicatiestelling enzovoorts. Op dit moment worden dergelijke zaken echter niet altijd in verband gebracht met kwaliteitszorg, maar worden dergelijke systemen als een normaal onderdeel van de bedrijfsvoering beschouwd. Welke plaats dergelijke systemen hebben in het kwaliteitsbeleid van de

individuele instelling zal volgend jaar na de tweede inventarisatieronde duidelijker worden.

5.3 Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. de medewerkers

5.3.1 Intercollegiale toetsing, kwaliteitsprofielen, kwaliteitscirkels

Bij het bevorderen van de kwaliteit van de medewerkers wordt onderscheid gemaakt tussen datgene wat op het niveau van de instelling gebeurt en de systemen die door de beroepsgroepen zelf gehanteerd worden.

Vijf geïnterviewden noemen programma's voor deskundigheidsbevordering die op het niveau van de koepelorganisatie ontwikkeld worden (VNB, NVBW, NVC, FIAD/Wdt, NFVLG).

Tweemaal wordt verwezen naar een systeem van intercollegiale toetsing dat voor de Geestelijke Gezondheidszorg ontwikkeld wordt (NVGGz, NVAGG). Drie geïnterviewden verwijzen naar de systemen die door de beroepsbeoefenaren zelf gehanteerd worden zoals intercollegiale toetsing, visitatie en herregistratie (NVZ, VOG-AMW, CCKL).

De systemen van de beroepsbeoefenaren zelf zijn in hoofdstuk 3 besproken. In aanvulling daarop beperken we ons hier tot het bespreken van kwaliteitsprofielen en kwaliteitscirkels (NVVz, LVT, VNB, NFVLG). Deze methodieken zijn ontwikkeld voor instellingen die langdurige zorg verlenen zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen of gehandicaptenzorg, maar de methodiek is in feite algemeen en breed toepasbaar (42, 43).

Kwaliteitsprofielen en kwaliteitscirkels hebben gemeenschappelijk dat op een systematische en gestructureerde wijze wordt gewerkt aan kwaliteitsbevordering. Het verschil tussen kwaliteitsprofielen en kwaliteitscirkels lijkt meer een kwestie van naamgeving dan van een essentieel verschil in methode. In beide gevallen komt een kleine groep medewerkers gedurende een afgebakende periode regelmatig bij elkaar. Zij vormen een tijdelijke werkgroep onder leiding van een coördinator of begeleider. De deelnemers buigen zich over een thema waar zij zelf in hun werk mee te maken hebben. Dit kan een knelpunt in het werk zijn, het kan ook een onderwerp zijn dat men verder uit wil diepen. De bestaande situatie wordt beschreven en geanalyseerd. Hierna worden verbeteringen of oplossingen voorgesteld, waarna gezamenlijk gewerkt wordt aan het realiseren daarvan. De term kwaliteitsprofielen is in dit opzicht misleidend omdat het niet alleen gaat om het opstellen van profielen (kwali-

teitskenmerken of criteria) maar evenzeer om het realiseren en evalueren daarvan.

Hoewel de werkgroepen bestaan uit de direct betrokken medewerkers is het management verantwoordelijk voor het invoeren van dergelijke systemen. Het commitment van het management waarborgt dat de voorgestelde oplossingen worden gesanctioneerd en dat de noodzakelijke veranderingen inderdaad kunnen worden doorgevoerd. Daarnaast is het nodig dat de begeleiders of coördinatoren van de werkgroepen getraind zijn in het toepassen van de methodiek.

Kwaliteitsprofielen en kwaliteitscirkels kunnen op alle niveaus in de organisatie toegepast worden maar "zijn bij uitstek geschikt om de uitvoerend medewerkers te betrekken bij kwaliteitszorg" (42).

Hoewel bij de beroepsbeoefenaren (hoofdstuk 3) gesignaleerd werd dat er onduidelijkheid bestaat over de relatie tussen de kwaliteitssystemen van de beroepsbeoefenaren en die van de instellingen, werd dit bij de koepels van instellingen niet als probleem genoemd. Wel wordt eenmaal gesignaleerd dat "het voor de medewerkers in de praktijk vaak moeilijk blijkt tijd vrij te maken voor bijvoorbeeld intercollegiale toetsing vanwege de hoge werkdruk. Als een hulpverlener in de knel komt dan geeft men prioriteit aan de directe hulpverlening".

Twee geïnterviewden merken op dat de systemen van de beroepsbeoefenaren geïntegreerd zouden moeten worden in de kwaliteitssystemen van de instelling.

De verhouding tussen de kwaliteitssystemen van de beroepsbeoefenaren en de instellingen wordt weliswaar niet als een probleem ervaren, toch vormt de verhouding tussen de verantwoordelijkheid van de instelling en de professionele autonomie van de hulpverleners een punt van aandacht, zo merken enkele geïnterviewden op. Enerzijds kunnen individuele hulpverleners anders tegen kwaliteit aankijken dan men vanuit de instelling doet: "Wat de hulpverlener in de eerste plaats onder kwaliteit verstaat heeft te maken met de wijze waarop hij de cliënt/patiënt helpt en niet met het voeren van een goed dossier of het volgen van bureaucratische procedures." Anderzijds wordt opgemerkt dat de kwaliteits(deel)systemen betrekking hebben op procedures en dus weinig of niets zeggen over de inhoud van de zorg. Enkele citaten:

"Bewaking van het proces alleen is nog geen afdoende waarborg voor de kwaliteit van zorg."

"Het is nog niet goed zichtbaar gemaakt wat de eigen autonome rol van de professionals is vergeleken met de verantwoordelijkheid van de instelling. Dat boven water halen wordt een probleem bij het implementeren van het kwaliteitssysteem."

"Van belang is ook de vraag in hoeverre een beroepsbeoefenaar vrij is om zijn beroep uit te oefenen (professionele autonomie) en in hoeverre een instelling bepaalde zaken kan voorschrijven. Dit is een zaak die nog besproken moet worden."

"De intercollegiale toetsing was eerst een instrument voor de beroepsgroep. Maar het moet ingebed zijn in het instellingsbeleid wil het ook een functioneel instrument zijn. De verantwoordelijkheid ligt dus niet alleen bij de beroepsbeoefenaren maar ook bij de instelling."

"Als de beroepsbeoefenaren een eigen systeem opzetten moet gekeken worden hoe dit geïntegreerd kan worden in het systeem van de instelling."

5.4 Kwaliteits(deel)systemen m.b.t. zorgaspecten

5.4.1 Structurering en bewaking van de zorgverlening

Bij de kwaliteitssystemen die het zorgproces zelf betreffen behandelen we eerst de systemen die gericht zijn op structurering en bewaking van het zorgproces. Met name zorgplannen zijn erop gericht het individuele zorgproces te structureren en in kaart te brengen. Bij de meerderheid van de geïnterviewden zijn dergelijke systemen in ontwikkeling. Daarnaast zijn er systemen om cruciale of risicovolle aspecten van het zorgproces te bewaken. Deze bewakingstaak is vaak opgedragen aan speciale commissies in de instelling.

- zorg/behandelplannen (10 maal genoemd: NVVz, VNB, LVT, NVBW, NVAGG, SOMMA, NVGz, FIAD/Wdt, NVZ, NVGGz);
- bewaking door commissies (4 maal genoemd: NVZ, NVVz, NVGGz, NVGz).

Zorg-/behandel-/begeleidingsplannen

Een systeem van zorgplannen, behandelplannen of begeleidingsplannen is gericht op het systematisch of methodisch handelen van de hulpverleners. Het doel is een planmatige aanpak van de zorgverlening waarbij het resultaat teruggekoppeld wordt naar de

zorgvraag van de patiënt. De systematiek weerspiegelt de kringloopgedachte en bestaat in zijn algemeenheid uit een aantal stappen:

- vastleggen van de zorgbehoefte of zorgvraag en diagnose;
- opstellen en uitvoeren van een behandel- of zorgplan;
- evaluatie van het resultaat, teruggekoppeld naar de zorgvraag van de patiënt.

Het werken met zorg- of behandelplannen is een manier om het zorgproces in kaart te brengen en de patiënt of diens vertegenwoordiger in staat te stellen in het zorgproces te participeren. Hoewel veel individuele hulpverleners in de opleiding een dergelijke systematische of methodische werkwijze geleerd wordt gaat het bij zorgplannen in instellingen om álle zorg die aan één patiënt verleend wordt. Zorgplannen zijn dan ook multidisciplinair van karakter. De vertegenwoordiger van de NVGz wijst erop dat de systematiek centraal staat en dat dergelijke plannen op meerdere manieren ingevuld of vormgegeven kunnen worden. "Dit is afhankelijk van het type zorg dat men levert en de theorieën van waaruit de instelling werkt." Op het niveau van de koepel is dan ook niet één zorgplan ontwikkeld maar een handleiding waarmee een instelling tot zorgplannen kan komen (44). Het accent ligt op het creëren van een organisatiestructuur die nodig is voor het werken met zorgplannen.

De geïnterviewde merkt het volgende op: "Van de kant van de ouders is erop aangedrongen in het zorgplan niet alleen uit te gaan van hetgeen de instelling kan bieden (wat haalbaar is) maar ook op te nemen wat de wensen of behoeften van het individu zelf zijn. Dit kan verduidelijken welke keuzes gemaakt worden en dat misschien niet alle wensen vervuld kunnen worden (bijvoorbeeld door capaciteitsproblemen). Het voldoen aan de behoefte van de klant (de zorgvrager) is een van de meest wezenlijke elementen in het kwaliteitsbeleid en dat is dan ook de reden dat zorgplannen zo'n hoge prioriteit hebben in het huidige beleid." Door andere geïnterviewden wordt het belang ervan als volgt verwoord:

"Werken met zorg- en behandelplannen is een absolute voorwaarde voor het kwaliteitsbeleid. Zolang dit niet het geval is kan men lang over kwaliteitsbewaking praten maar ontbreekt een essentiële voorwaarde."

"In de behandelplannen moet de feitelijke inhoud van zorg en behandeling beschreven staan op grond waarvan de werkelijke inzet van disciplines en de effectiviteit van zorg geëvalueerd kan worden."

"Een systeem van zorgplannen is een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te reguleren. Het systeem heeft meerdere doelen: onder andere verheldering van de hulpverlening naar patiënt of ouders en versterking van het multidisciplinaire proces op individueel niveau binnen de instelling."

Commissies

In de intramurale sector worden voor cruciale of risicovolle aspecten van het zorgproces speciale commissies ingesteld die veelal multidisciplinair samengesteld zijn. Doel van deze commissies is systematische bewaking, bijstelling en verbetering van bepaalde onderdelen van het zorgproces. Onderwerpen die hierbij genoemd worden zijn: medicatiebewaking, medicatiedistributie, bewaking infecties, antibioticabeleid, hygiëne, veiligheid, beschermende maatregelen, ethiek en de FONA of MIP commissies (FONA=fouten en bijna ongevallen; MIP=Melding Incidenten Patiëntenzorg. Deze laatste commissies hebben tot doel herhaling van fouten of (bijna) ongevallen te voorkómen. In een aantal gevallen maken deze commissies gebruik van speciale registratiesystemen die ook wel op koepelniveau ontwikkeld worden. Daarnaast worden op het niveau van de koepel handreikingen voor dergelijke commissies gemaakt (45-47).

Door de geïnterviewden wordt opgemerkt dat de wijze waarop deze commissies functioneren per instelling kan verschillen. Of systematisch verbeteringen worden aangebracht en of daarvan ook verslag wordt gedaan is een vraag die op het niveau van de koepel niet te beantwoorden is. Men zou dit bij de instellingen zelf moeten onderzoeken.

5.4.2 Systemen m.b.t. uitkomst en evaluatie

Bij systemen met betrekking tot de uitkomst en de evaluatie van de zorg gaat het in feite om beoordeling van het zorgproces en het resultaat van de zorg, teruggekoppeld naar de zorgbehoefte van de patiënt. In het merendeel van deze systemen staat de klant (patiënt, cliënt, bewoner, consument) centraal. De volgende systemen worden genoemd:

- patiënten/cliënten feedback (7 maal genoemd: VNB, NVGGz, NVAGG, NVC, NVGz, SOMMA, LVT);
- produktcontrole (1 maal genoemd: CCKL).

Patiënten/cliënten feedback

Er worden verschillende benamingen gehanteerd voor systemen waarbij de mening van de patiënt/cliënt betrokken is bij de evalua-

tie van de zorg, bijvoorbeeld cliëntenonderzoek, tevredenheidspeiling, cliënten-feedbacksysteem. In alle gevallen gaat het om een oordeel van de patiënt/cliënt over de verleende zorg op grond waarvan veranderingen of verbeteringen aangebracht kunnen worden. Ter illustratie bespreken we het systeem dat bij de RIAGG's in gebruik is omdat de meeste andere systemen nog in ontwikkeling zijn (48, 49).

Aanleiding tot de ontwikkeling van een standaard-instrument voor kwaliteitsbeoordeling was onder andere de onvergelykbaarheid van de tevredenheidsonderzoeken die veel instellingen in eigen beheer uitvoerden, waardoor een referentiekader voor de interpretatie van de resultaten ontbrak. Een gestandaardiseerde lijst stelt de instellingen in staat de resultaten te spiegelen aan andere instellingen.

In de vragenlijsten die cliënten ontvangen wordt het oordeel van de cliënt gevraagd over verschillende aspecten van de hulpverlening in de verschillende fasen van de behandeling. Bijvoorbeeld: de wachttijd tot het eerste gesprek; de ontvangen informatie; de inspraak van de cliënt in het hulpaanbod; de effecten van de hulpverlening; de evaluatie van de hulpverlening. Deze onderwerpen zijn ontleend aan vraaggesprekken met cliënten zelf waarin zij aangaven wat voor hen belangrijke kwaliteitsaspecten waren.

Het cliëntenonderzoek is op experimentele basis in tien instellingen uitgevoerd. Op dit moment wordt geïnventariseerd welke veranderingen instellingen aanbrengen op grond van de resultaten. "Enkele instellingen zijn van plan een beleid te formuleren op een aantal punten die men veranderen wil. Vervolgens wil men deze veranderingen evalueren door middel van een herhaling van het cliëntenonderzoek."

De bedoeling is, aldus de geïnterviewde, dat het cliëntenonderzoek uiteindelijk onderdeel wordt van een groter geheel waarin meerdere kwaliteitsinstrumenten in onderlinge samenhang een plaats hebben. "Men zou kunnen denken aan een soort bouwdoos."

Een probleem is wel dat het betrekken van het oordeel van cliënten over de kwaliteit van zorg een betrekkelijk nieuw en vanuit professioneel oogpunt ook een omstreden fenomeen is.

Een tweede probleem bij dergelijke systemen is de interpretatie van de resultaten en de consequenties die de individuele instelling daaraan moet verbinden. "Stel dat 80% van de cliënten vindt dat er voldoende informatie verstrekt wordt en 20% vindt dat niet? Welke conclusies moeten daaraan verbonden worden? De bedoeling van het systeem is kwaliteitsverbetering dus men zal altijd moeten

streven naar verbeteringen, ongeacht het percentage tevreden cliënten."

Vanuit patiënten/consumentenorganisaties worden ook initiatieven op dit gebied genomen. De vertegenwoordiger van de VNB meldt dat de LOBB (koepel van bewonerscommissies) een enquête gaat ontwikkelen waarmee de mening en satisfactie van de bewoners gepeild kan worden. "Het is de bedoeling dat in samenspraak met de bewoners nagegaan wordt wat men graag anders gehad zou hebben. De VNB ondersteunt dit initiatief. Het kan een onderdeel van het kwaliteitssysteem worden."

5.4.3 Klachtenbehandeling

Van alle systemen wordt klachtenbehandeling het meest frequent genoemd (11 maal genoemd: NVZ, NVVz, VNB, NVGGz, NVBW, NVAGG, NVC, SOMMA, NVGz, FIAD/Wdt, NFVLG).

Bij de beoordeling van klachten, dus in de voorwaardenscheppende sfeer, wordt daarbij onder andere gebruik gemaakt van privacyreglementen en van modelovereenkomsten waarin de relatie tussen de instelling en de patiënt/cliënt is vastgelegd. In een aantal gevallen is men nog bezig met de ontwikkeling van dergelijke modelovereenkomsten.

Door bijna alle geïnterviewden wordt de klachtenbehandeling als onderdeel van het kwaliteitsbeleid genoemd. Op het niveau van de koepel is doorgaans een model klachtenregeling ontworpen aan de hand waarvan de instellingen hun klachtenbehandeling vorm kunnen geven (50, 51). "De vormgeving kan daarbij per instelling sterk verschillen. De verschillende functies van klachtenbehandeling zijn wel duidelijk zichtbaar (klacht-opvang en advies, bemiddeling, behandeling)."

Hoe de klachtencommissies concreet functioneren in de instellingen is op het niveau van de koepel niet bekend. Een geïnterviewde merkte op dat niet alle commissies voldoen aan de eis van onafhankelijkheid, zoals uit een recent onderzoek bleek.

Behalve klachtencommissies in instellingen bestaan in sommige provincies externe klachten- en geschillencommissies.

Ook zijn in een aantal ziekenhuizen speciale klachtenfunctionarissen werkzaam. "Soms wordt ook de kwaliteitsfunctionaris betrokken bij de klachtenbehandeling. De vraag naar de betekenis van het aantal en het soort klachten in een instelling is voor het kwaliteitsbeleid een zeer relevante. Een kwaliteitsfunctionaris kan de klachten op

geaggregeerd niveau gebruiken voor bijstelling van het kwaliteitsbeleid."

Over de vraag of klachtenbehandeling systematisch gebruikt kan worden voor kwaliteitsverbetering wordt door de geïnterviewden verschillend gedacht. Enerzijds wordt het standpunt ingenomen dat de klachtenregistratie en -behandeling een deelsysteem vormt in het kwaliteitssysteem omdat op grond daarvan inderdaad structurele verbeteringen aangebracht kunnen worden. Anderzijds wordt opgemerkt dat klachtenregelingen niet met dit doel zijn opgezet maar gericht zijn op individuele genoegdoening.

Ter illustratie enkele argumenten die genoemd worden:

"Klachtenbehandeling is duidelijk een onderdeel van het kwaliteitsbeleid. In deze sector zijn klachten altijd gekoppeld aan systematische kwaliteitsbewaking of -verbetering. De kringloop van het systeem zit in de rapportage van de klachten aan de directie die er vervolgens iets mee moet doen. In de samenwerkingsovereenkomst is namelijk de verplichting opgenomen dat ook gerapporteerd wordt aan ondernemingsraad en familie-raad."

"Op dit moment is er nog te weinig samenhang tussen de deelsystemen zodat er niet optimaal profijt van getrokken wordt. De resultaten van de klachtencommissie gaan bijvoorbeeld niet naar intervisiegroepen die er wat mee zouden kunnen doen."

"De klachtencommissie kan de directie adviseren naar aanleiding van een klacht. In die zin zit er een zekere systematiek in. Er moet nog nagedacht worden over de wijze waarop klachtenopvang in het kwaliteitsbeleid ingebouwd kan worden."

"Een klachtenregeling moet niet bestaan vanuit de gedachte dat het een feedbacksysteem is voor het kwaliteitsbeleid. Het zijn veiligheidskanalen voor als de ondergrens overschreden wordt. Primair moet de uitvoering zorgvuldig georganiseerd, bewaakt en gestuurd worden want op basis van incidenten kan geen beleid gevoerd worden."

5.5 Externe beoordeling

In de nota Algemene Begrippenkader Kwaliteitsbevordering van de NRV (19) is externe beoordeling gedefinieerd als "die kwaliteits-

beoordeling waarbij een van de instellingen onafhankelijke instantie de kwaliteit van de verleende zorg beoordeelt. Voorbeelden zijn inspectie, erkenning, certificatie, verzekeraars, patiëntenorganisaties". Hoewel interinstitutionele toetsing door een visitatieteam afkomstig uit andere instellingen vaak als een vorm van externe beoordeling wordt ervaren, is het doel daarvan in de eerste plaats kwaliteitsbevordering en niet het afleggen van verantwoording aan externe partijen. Door de geïnterviewden worden de volgende vormen van externe beoordeling genoemd:

- inspectie en erkenningseisen: NVZ, NVVz, VNB, NVGGz;
- certificering als uiteindelijk doel: CCKL, VNB, LVT;
- certificering nog niet aan de orde: NVZ, NVVz, NVGGz, NVC, VOG/AMW, FIAD/Wdt;
- beoordeling door patiëntenorganisatie: NVGz;
- beoordeling door verzekeraars: geen uitspraken. Wel werd in zijn algemeenheid opgemerkt dat de rol van verzekeraars onduidelijk is in het nieuwe stelsel (zie paragraaf 4.4).

Inspectie

Vier geïnterviewden wijzen op de huidige rol van de inspectie als externe beoordelaar (bijvoorbeeld in het kader van de Wet op de Medische Hulpmiddelen, de Warenwet, de ARBO-wet, enzovoorts). "De inspectie houdt in feite toezicht op de zorg voor de zorg. Men controleert of er goed functionerende randvoorwaarden aanwezig zijn. In zekere zin vraagt men dus naar de aanwezigheid van een systematische kwaliteitszorg." Bij de inspecties is een ontwikkeling gaande naar een meer functionele benadering, aldus een van de geïnterviewden. Controleerde men vroeger vooral of bepaalde zaken aanwezig waren aan de hand van het erkenningenbesluit, op dit moment controleert men ook of wat er is ook functioneert. De inspectie maakt daarbij ook gebruik van de kwaliteitsnormen en criteria die door de koepels ontwikkeld worden.

De VNB wijst erop dat deze vorm van kwaliteitsbewaking afhankelijk is van de taakopvatting die de inspectie ter plaatse heeft. "De verzorgingstehuizen hebben met 16 inspecties te maken (provincies en grote steden) en dus ook met 16 verschillende verordeningen (in het kader van de Wet op de Bejaardenoorden). In sommige verordeningen zijn expliciete en soms zeer gedetailleerde kwaliteits-eisen opgenomen ten aanzien van zorgverlening, hygiëne, veiligheid enzovoorts. Het feit dat de provinciale afdelingen hun eigen autonomie en kwaliteitseisen hebben maakt het voor een koepelorganisatie niet eenvoudiger om iets voor de sector als geheel te doen. De vraag is hoelang dat de relevante beleidseenheden blijven in de

stelselwijziging want het is nog niet bekend hoe verzekeraars zullen gaan werken."

Certificering

Certificering is het uiteindelijke doel bij drie koepelorganisaties. Bij de CCKL zal dit plaatsvinden op grond van het kwaliteitssysteem, de produktbewaking en de kwaliteitsbewaking van de medewerkers. Voor het implementeren van kwaliteitssystemen is inmiddels een richtlijn ontwikkeld en het model kwaliteitshandboek (zie paragraaf 5.2.2).

De produktcontrole, dat wil zeggen de controle van de laboratoriumuitslagen bestaat al langer in de laboratoria. De juistheid van laboratoriumuitslagen wordt getoetst door externe zendingen van monsters aan de deelnemende laboratorium (door de Stichting Kwaliteitsbewaking Ziekenhuislaboratoria). De uitslagen worden geanalyseerd om te zien of deze overeenkomen met hetgeen volgens de verzender in het verstuurd monster zit. De spreiding rond het gemiddelde wordt vastgesteld. Alle deelnemende groeperingen binnen de CCKL hebben dergelijke externe kwaliteitsbewakingsronden. Er is een ontwikkeling gaande naar het toekennen van waarden aan monsters waarbinnen gescoord moet worden. Dergelijke monsters zijn dan vooraf geanalyseerd door een referentielaboratorium met internationaal erkende referentiemethoden.

De discussie spitst zich toe op het verplicht stellen van deze kwaliteitsbewakingsronden. Op dit moment is er nog sprake van vrijwilligheid hoewel de participatiegraad hoog is. "De volgende stap zou zijn een zwaarder gewicht toekennen aan de uitslagen in het kader van certificering. Het zou kunnen betekenen dat een certificaat onthouden of weer ingenomen kan worden."

Het derde onderdeel van certificering is de kwaliteit van de medewerkers. Er wordt nog nagedacht over de wijze waarop dit vormgegeven kan worden. Dit geldt ook voor de instantie die de certificering moet gaan uitvoeren.

Bij de LVT en de VNB is certificering het uiteindelijke doel. Bij de LVT zijn hiertoe twee trajecten uitgezet, een inhoudelijk traject en een organisatorisch traject. Inhoudelijk worden kwaliteitscriteria geformuleerd (in samenwerking met cliënten, beroepsbeoefenaars, verzekeraars en overheid) om het kwaliteitsniveau dat de thuiszorg wil garanderen, vast te stellen. Overwogen wordt dat deze criteria op termijn lidmaatschapseisen van de LVT worden. Dan zal een vorm van toetsing nodig zijn om te zien of een instelling aan de criteria voldoet. Het organisatorische traject vormt de ontwikkeling

van kwaliteitssystemen: "Om het kwaliteitsniveau te kunnen garanderen moet een organisatie zelf een bepaalde systematiek hanteren" (het kwaliteitssysteem) (zie paragraaf 5.2.2). De VNB onderzoekt in projectvorm of men op grond van visitatie tot een vorm van certificering kan komen. "Er wordt op dit moment geëxperimenteerd met externe visitatoren, bijvoorbeeld uit de LOBB (Landelijk Overleg Bewoners Bejaardenorden), inspectie en WVC, terwijl men vanuit de verzekering in de begeleidingscommissie zit. Het systeem is geënt op het Canadese systeem van accrediteren." De geïnterviewde merkt op dat objectieve criteria nog ontwikkeld moeten worden en dat men het eerst eens zal moeten worden over het te leveren produkt (moeten bijvoorbeeld zwaar-zorgbehoevende mensen in het verzorgingstehuis opgenomen worden?).

Patiëntenorganisaties

Bij beoordeling door patiënten/consumenten wordt onderscheid gemaakt in tevredenheidsspeelingen door de instelling zelf (de instelling gebruikt de feedback van patiënten om het kwaliteitsbeleid bij te stellen, zoals in de vorige paragraaf aan de orde kwam) óf beoordeling die vanuit consumentenorganisaties geïnitieerd is, hetgeen hier aan de orde is (eenmaal genoemd door NVGz).

Vanuit één patiënten/consumentenorganisatie (WOI=Werkverband van verenigingen van Ouders rond Internaten) wordt een beoordelingsinstrument ontwikkeld om de kwaliteit van de instelling te kunnen beoordelen, de zogenaamde 'Signaaltoets'. "Het is de bedoeling dat het bestuur van de ouderverenigingen met behulp van dit instrument een kwaliteitsonderzoek binnen de instellingen kunnen doen." Een oordeel van de kwaliteit wordt verkregen door vragenlijsten die door management, medewerkers en ouders (consumentenkant) ingevuld moeten worden. De bedoeling is dat vervolgens prioriteiten gesteld worden in een verander/verbeterprogramma in overleg met de oudervereniging en de directie van de instelling.

De vertegenwoordiger van de NVGz merkt op dat het systeem overlap vertoont met het systeem van interinstitutionele toetsing dat in de sector gebruikt wordt. "In de toekomst zouden instellingen het naast elkaar kunnen doen of in een pakket. Enerzijds is het goed om aparte deelsystemen te hebben, anderzijds moeten deze wel terug te voeren zijn naar het beleid en ingebed kunnen worden in het geheel. Integratie zou heel goed mogelijk zijn. Dat geldt overigens voor alle deelsystemen."

Hoewel deze Signaaltoets door ons ingedeeld is in het hoofdstuk over externe beoordeling lijkt hier sprake te zijn van een mengvorm waarbij zowel sprake is van externe verantwoording als van een

deelsysteem (maar dan vanuit consumenten geïnitieerd) gericht op kwaliteitsbevordering.

Een vorm van externe beoordeling, tot slot, is ook externe toetsing van de jaarverslagen (NVC). De kwaliteit van de jaarverslagen wordt beoordeeld door een panel waarin ook vertegenwoordigers uit cliëntenkringen zitten. Er wordt feedback op de kwaliteit van het jaarverslag gegeven en er worden prijzen toegekend. Bij een dergelijke toetsing kan zowel de PR-functie van het jaarverslag betrokken worden als de in het jaarverslag beschreven kwaliteitsactiviteiten.

Overigens moet worden opgemerkt dat de rol van patiënten/-consumentenorganisaties in dit rapport onderbelicht is omdat aan de aanbieders van zorg alleen gevraagd is naar de betrokkenheid van patiënten/consumenten bij de kwaliteitssystemen. Andere activiteiten van patiënten/consumentenorganisaties zoals participatie, medezeggenschap, overleg over kwaliteitscriteria enzovoorts zijn hierdoor buiten beschouwing gebleven.

Aandachtspunten bij externe beoordeling

Ten aanzien van externe beoordeling wordt een aantal problemen gesignaleerd, die terug te voeren zijn tot meer algemene vragen namelijk:

- wie moet beoordelen?
- waarop moet beoordeeld worden?
- de kosten/batenverhouding van de beoordeling.

Wie moet beoordelen? In vijf interviews is niet gesproken over externe beoordeling. Negen geïnterviewden merken op dat men zich nu nog niet bezig houdt met de beoordelingsvraag of dat nog niet duidelijk is hoe de beoordeling eruit zal moeten zien. Mogelijkheden die daarbij overwogen worden zijn bijvoorbeeld certificering of het ombouwen van visitatie tot een vorm van externe toetsing. Enkele citaten:

"De ontwikkeling van een bewakingssysteem zal dit jaar ter hand genomen worden. De vraag is of er een interne of een externe controle moet komen."

"Het beleid is nu eerst gericht op het in beeld brengen en structureren van het zorgproces zodat instellingen er meer grip op krijgen. Er valt niet zoveel te certificeren wanneer er nog onvoldoende zichtbaar, meetbaar en toetsbaar is."

"Of op de lange duur naar certificatie toegewerkt zal worden hangt onder andere af van de vraag in welke richting het denken over kwaliteit zich zal ontwikkelen na de stelselwijziging. Certificering is alleen zinvol als men duidelijk weet waarom het gedaan wordt."

Waarop moet beoordeeld worden? Voordat beoordeeld kan worden zullen eerst criteria of richtlijnen ontwikkeld moeten worden op grond waarvan beoordeeld kan worden. De meerderheid van de koepelorganisaties (10 maal genoemd) is daar mee bezig. Soms maakt men daarbij onderscheid tussen minimumcriteria en streefcriteria (52).

De criteria die ontwikkeld worden zijn in zijn algemeenheid procedureel van karakter. In het PACE-project - een grootschalig kwaliteitsproject in de ziekenhuissector - worden bijvoorbeeld kwaliteitsborgingsnormen per ziekenhuisafdeling opgesteld, die betrekking hebben op de organisatie en de randvoorwaarden. "Ze hebben geen betrekking op de inhoud van de behandeling." Een aantal malen wordt gesignaleerd dat het niet eenvoudig is om consensus te bereiken over kwaliteitscriteria die voor de gehele sector gelden.

De kosten/baten verhouding van externe beoordeling. Zowel visitatie als bij certificering zijn kostbare en tijdrovende zaken, zo wordt een aantal malen opgemerkt. "In het licht van de kosten/baten verhouding is het nog de vraag of de externe controle in die omvang gedaan moet worden zoals STERLAB dat doet. Het prijskaartje van een dergelijk instituut is bekend en er zal een serieuze afweging van kosten en baten gemaakt moeten worden." De CCKL en de VNB wijzen op het tijdsprobleem: "De sector bestaat uit 1500 verzorgingstehuizen en het idee is dat minstens eens in de drie jaar gevisiteerd wordt. Het is nog onduidelijk of het logistiek haalbaar is". Bij de CCKL gaat het om 300 laboratoria. "Het duurt wel enkele jaren voordat die allemaal gecertificeerd zijn. Er moet daarbij voorkomen worden dat er een schisma ontstaat tussen laboratoria die al wel gecertificeerd zijn en laboratoria die dat vanwege capaciteitsproblemen nog niet zijn."

Tenslotte wordt nog gewezen op het gevaar dat "certificering ontaardt in een bureaucratische wirwar die niets meer met kwaliteit te maken heeft".

5.6 Samenvatting

De systemen die door de koepelorganisaties ontwikkeld zijn of worden kunnen globaal ingedeeld worden op grond van de invalshoek van de systemen: management en organisatie, medewerkers en de zorgaspecten.

De meerderheid van de koepelorganisaties houdt zich bezig met (aanzetten tot) de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Een aantal probeert daarbij samenhang te brengen in de reeds bestaande instrumenten en programma's. Doel daarvan is een kwaliteitssysteem te creëren door functionele samenhang te brengen in bestaande kwaliteitsdeelsystemen en -instrumenten en deze onderling op elkaar af te stemmen. In het geheel dat dan ontstaat kunnen ook leemtes zichtbaar worden waarvoor aanvullende deelsystemen ontwikkeld moeten worden.

Een tweetal koepels ontwikkelt kwaliteitssystemen op basis van een tevoren ontwikkelde systematiek waarbij de ISO-normen het uitgangspunt vormen. Driemaal wordt melding gemaakt van kwaliteitsplannen: op managementniveau wordt een werkplan ten aanzien van kwaliteitszorg ontworpen, dat systematisch geëvalueerd en bijgesteld wordt.

In het kader van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen zijn veel koepelorganisaties bezig met het ontwikkelen van sturingsmodellen of informatiesystemen ten behoeve van het management.

De deelsystemen zijn verder ontwikkeld dan de integrale kwaliteitssystemen. Bij een zestal koepelorganisaties is of wordt interinstitutionele toetsing ingevoerd of men experimenteert ermee. Een belangrijk doel ervan is het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn en het op gang brengen van de kwaliteitsdiscussie. Bij interinstitutionele toetsing wordt gewerkt met bezoekteams, die aan de instelling verslag uitbrengt over sterke en zwakke kanten. In drie sectoren heeft een dergelijk systeem een tiental jaren gedraaid, en is men op zoek naar hardere vormen van toetsing, die ook meer geënt zijn op de stelselwijziging.

Andere deelsystemen die gehanteerd worden zijn de bedrijfsvergelijkingen en intervisiegroepen voor het management. In een systeem van bedrijfsvergelijking worden kengetallen van een instelling vergeleken met het landelijk gemiddelde op grond waarvan bijstellingen kunnen worden aangebracht. Overigens moet hier worden opgemerkt dat dit soort activiteiten niet altijd in verband worden gebracht met het kwaliteitsbeleid.

Op het niveau van de medewerkers houdt een aantal koepels houdt zich via programma's voor deskundigheidsbevordering en onderlinge toetsing ook expliciet bezig met de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een ander soort algemene methodieken voor kwaliteitsbewaking waar enkele koepelorganisaties zich mee bezighouden wordt gevormd door kwaliteitsprofielen of -cirkels. Dit betekent dat door een groep van medewerkers systematisch wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering op een bepaald aspect.

Opgemerkt wordt dat de beroepsbeoefenaren hun eigen deelsystemen hebben, waarbij twee geïnterviewden van mening zijn dat deze geïntegreerd zouden moeten zijn in het kwaliteitssysteem van de instelling. Anderen wijzen erop dat een spanningsveld kan bestaan tussen de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaar en de verantwoordelijkheid van het management voor de kwaliteitszorg in een instelling.

Systemen met betrekking tot het zorgverleningsproces zijn bij veel koepelorganisaties in ontwikkeling. Het systeem van zorg/behandelplannen wordt het meest genoemd. Daarin wordt de zorgvraag, de geplande behandeling en de evaluatie van het resultaat alsmede de terugkoppeling vastgelegd. Verder worden in een aantal gevallen cruciale of risicovolle aspecten van het zorgverleningsproces bewaakt door speciaal daarvoor ingestelde commissies.

Systemen die gericht zijn op evaluatie van de uitkomst worden wel patiënten/cliëntenfeedbacksystemen genoemd. In deze systemen wordt het oordeel van de patiënt over de verleende zorg gevraagd en worden op grond daarvan verbeteringen aangebracht. Bij één koepel is een dergelijk systeem in gebruik terwijl dergelijke systemen bij een aantal andere koepels nog in ontwikkeling zijn. Overigens blijkt de interpretatie van de resultaten en het verbinden van consequenties daaraan niet eenvoudig te zijn.

Klachtenbehandeling is het meest genoemde systeem als het gaat om evaluatie van de uitkomst van de hulpverlening. Bijna alle koepels hebben een model-klachtenregeling. Verder bestaan er daarvoor ingestelde commissies en klachtenfunctionarissen. Klachtenregelingen zijn doorgaans niet primair gericht op het aanbrengen van structurele kwaliteitsverbetering. In een aantal gevallen zijn zij alleen gericht op individuele genoegdoening.

Voor wat betreft systemen waarin externe beoordeling een rol speelt wijzen enkele koepels op de rol van de inspectie. Daarnaast ziet een drietal koepelorganisaties certificering als uiteindelijk doel van het kwaliteitsbeleid. In één geval is op koepelniveau een richtlijn

ontwikkeld en wordt gediscussieerd over de verplichtstelling. In de andere gevallen is men nog in de ontwikkelingsfase en wordt nog gediscussieerd over de te gebruiken criteria. Een viertal koepels heeft expliciet aangegeven dat certificering bij hen nog niet aan de orde is.

Bij één koepel vindt een experiment plaats waarbij consumentenorganisaties de instelling beoordelen met behulp van een instrument dat op initiatief van deze consumenten ontwikkeld is. Externe beoordeling door verzekeraars van de kwaliteit werd door geen van de koepelorganisaties genoemd. Problemen die bij externe beoordeling een rol spelen zijn terug te voeren op onduidelijkheid over de vraag wie waarop moet gaan beoordelen en twijfel of de baten wel in verhouding tot de kosten zijn.

LITERATUUR

1. Ministerie van WVC. Nota 'Kwaliteit van zorg'. 's-Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1991.
2. Bering, R. Kwaliteitsbeleid. Wat er van 'Leidschendam' terecht kwam. Medisch Contact 47, 1992, 8, 241-244.
3. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Eerste rapportage voortgang ontwikkeling Kwaliteitsbeleid. Zoetermeer, NRV, 1992.
4. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport Certificatie van Instellingen. Een verkenning van de mogelijkheden van certificatie van instellingen. Zoetermeer, NRV, 1990.
5. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Bruikbaarheid ISO-normen voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zoetermeer, NRV, 1991.
6. Casparie, A.F. Kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Kanttekeningen bij de ISO-normen. Medisch Contact 47, 1992, 8, 238-241.
7. Oosterhuis, B. ISO-9004.2, een nieuwe loot aan de ISO-stam: een korte schets van de richtlijn. Kwaliteit in beeld 1, 1991, 4, 20-22.
8. Lombarts, K. ISO-normen toepasbaar in de gezondheidszorg? Een vergelijking met de situatie in de V.S. en Canada. Kwaliteit in beeld 1, 1991, 2, 4-6.
9. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota begrippenkader kwaliteit beroepsuitoefening. Zoetermeer, NRV, 1986.
10. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen. Zoetermeer, NRV, 1990.
11. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Apotheek kwaliteitszaak. Beleidsplan van de Nederlandse apotheker. Den Haag, KNMP, 1991.
12. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Raamwerknota Beleid Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (Verslag van de 215e Algemene Vergadering). Amersfoort, KNGF, 1989.

13. Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck. Beleidsplan NVOM 1992-1995. Utrecht, NVOM, 1992.
14. Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen. Kwaliteitszorg in de Sociale Geneeskunde. Beleidsnotitie van de LVSG. Utrecht, LVSG, 1989.
15. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Nederlands Vereniging van Diëtisten actief in Kwaliteit. Oss, NVD, 1992.
16. Kwaliteitsborging door herregistratie van medische beroepsbeoefenaren. Voorstel ter ontwikkeling van een integraal model voor herregistratie van specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen. Utrecht, KNMG, Commissie Kwaliteit, 1990.
17. Registratieregeling Klinisch Psychologen. Amsterdam, NIP, 1988.
18. Beroepsregistratie Maatschappelijk Werkers. Utrecht, Stichting Beroepsregister van Maatschappelijk Werkers, 1990.
19. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering. Zoetermeer, NRV, 1990.
20. Vereniging Somma. Werken aan kwaliteit. Nota Kwaliteitsbeleid voor Sociaal Pedagogische Diensten. Utrecht, Vereniging SOMMA, 1992.
21. Nationale Ziekenhuisraad, Sectie Geestelijke Gezondheidszorg. Beleid voor Kwaliteit. Discussienota voor de ledenvergadering van de Sectie GGZ. Utrecht, NZR sectie Geestelijke Gezondheidszorg, 1991.
22. Nederlandse Vereniging van Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs (CAD's). Kwaliteit van Preventie en Hulpverlening (Raamnota). Utrecht, NVCAD's, 1990.
23. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Ziekenhuizen. Het ziekenhuis aan bod. Beleidsnota Sectie Ziekenhuizen. Utrecht, NZR sectie Ziekenhuizen, 1990.
24. Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg. Werkprogramma Kwaliteitsbeleid Gehandicaptenzorg (Adviescommissie Kwaliteit van Zorg en Onderzoek). Utrecht, NVGz, 1992.
25. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Werkplan 1991 Adviescollege Kwaliteitsbeleid. Utrecht, NVAGG, 1991.

26. Dubbelboer J.S. Netwerken vervullen belangrijke rol bij kwaliteitsbevordering. *Kwaliteit in Beeld* (Uitgave van de NRV), 1, 1991, nr.1, p.9-11.
27. Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. *Sturingsmodellen Kwaliteitsbeleid Lezingen en verslag werkconferentie*. Utrecht, NVAGG, 1990.
28. Kraft D. *Sturing van zorgverlening, kwaliteit en informatie. Informatievoorziening zorgprocessen*. Utrecht, NZI/CBO, 1991.
29. Lettink J.B.A, School M.M.A, Touw P.P.J, Vondel H. van. *Sturing van zorgverlening, kwaliteit en informatie. Verandering en samenhang*. Utrecht, NZI/CBO, 1991.
30. Lettink J.B.A, School M.M.A, Touw P.P.J, Vondel H. van. *Sturing van zorgverlening, kwaliteit en informatie. Een verkenning voor de medisch specialist, andere zorgverleners en ziekenhuismanagers*. Utrecht, NZI/CBO, 1991.
31. Vlijmen J. van. *Kwaliteitsinformatie en -sturingssysteem*. Utrecht, NZR sectie Geestelijke Gezondheidszorg, 1992.
32. Dubbelboer J.S. (eindred.). *Kwaliteitsbevordering in ziekenhuizen 'Hospital Audit'*. Utrecht, NZI/CBO, 1988.
33. Lapré F.A.L., Briët M. *Kwaliteitszorg in de Thuiszorg: zorg om de kwaliteit van zorg*. Bunnik, LVT, 1991.
34. Loeber J.G., Slagter S. (eds). *Praktijkrichtlijn voor het opzetten van een kwaliteitssysteem voor laboratoria in de gezondheidszorg*. Uitgave van de CCKL. Eerste druk. Deventer, Kluwer Technische Boeken B.V., 1991.
35. Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie. *Model Kwaliteitshandboek*. Utrecht, NVKC, 1992.
36. Severijns R, van Rooijen S. *Kwaliteitszorg, trek uw plan. Een handleiding voor kwaliteitsbevordering in het verzorgingshuis*. Utrecht, NIZW, 1992.
37. Nationale Ziekenhuisraad. *Project Kwaliteit en Doelmatigheid Zwakzinnigzorg. Methodiek*. Utrecht, NZR, 1986.
38. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Verpleeghuizen. *Kwaliteit en Doelmatigheid verpleeghuizen. Verslaglegging periode 1986-1988*. Utrecht, NZR sectie Verpleeghuizen, 1988.

39. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Zwakzinnigenzorg. Meerjarenverslag project Kwaliteit en Doelmatigheid Zwakzinnigenzorg. Utrecht, NZR sectie Zwakzinnigenzorg, 1989.
40. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Geestelijke Gezondheidszorg. Eindverslag van de werkgroep Kwaliteit en Doelmatigheid Psychiatrische Ziekenhuizen. Utrecht, NZR sectie Geestelijke Gezondheidszorg, 1991.
41. Vlijmen J. van. Toetsing van Kwaliteit en Doelmatigheid. KWALDO-2. Plan van aanpak voor: Document kwaliteitskenmerken; interinstitutionele toetsing van kwaliteitssystemen van GGZ-instellingen. Utrecht, NVGGz, 1992.
42. Andriessen J.H.A. Handleiding voor kwaliteitsprofielen. Utrecht, NZI, 1989.
43. Severijns R. Een handleiding voor de methode van de kwaliteitscirkel in het verzorgingshuis. Utrecht, NIZW, 1992.
44. Barnhard MC, Meerveld JHCM. Handleiding Zorgplannen. Methodisch werken in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Utrecht, NZI, 1992.
45. Nationale Ziekenhuisraad. Melding Incidenten Patiëntenzorg. Een handreiking tot regulering. Utrecht, NZI, 1991.
46. Dijen M. van, B. Pluyter. Werken aan veilige patiëntenzorg. Utrecht, NZI, 1990.
47. Willigenburg T. van, M. Verweij, CHM. Kleemans e.a. Ethiek, levensbeschouwing en het management in instellingen voor intramurale gezondheidszorg. Utrecht, NZI, 1991.
48. Donker M. Vele handen maken licht werk. Gezamenlijke ontwikkeling en afname van een instrument voor kwaliteitsbeoordeling door ex-cliënten van RIAGG's. Kwaliteit in Beeld (uitgave van de NRV), 1, 1991, nr 2, pag. 15-16.
49. Kooi R. en Donker M. Cliënten over de RIAGG, ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten. Utrecht, NcGv, 1991.
50. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Zwakzinnigenzorg. Advies over klachtenopvang in de intramurale zwakzinnigenzorg. Utrecht, NZI, 1986.

51. Plaisier A.J. Experimenteren met een klachtenregeling. Utrecht, NZI, 1989.
52. Nationale Ziekenhuisraad Sectie Zwakzinnigenzorg. Herkenbare kwaliteit van de Algemene Zwakzinnigeninrichting. Utrecht, NZR sectie Zwakzinnigenzorg, 1991.



NATIONALE
RAAD VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID

Gebouw Meerhorst III
Boerhaavelaan 1
2713 HA Zoetermeer
Telefoon 079-710311
Teletax 079-510881

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer

BIJLAGE 1

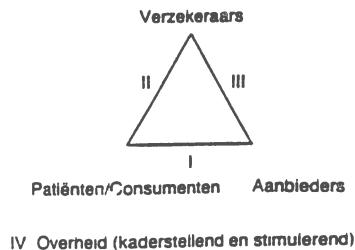
AFSPRAKEN OVER KWALITEITSBELEID

Opgesteld tijdens de vervolgonferentie 'Kwaliteit van Zorg'
op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam

In deze bijlage treft u een integrale weergave van de afspraken aan (letterlijk overgenomen uit Medisch Contact nr. 27/28, 1990).

I Preambule

Binnen het huidige tijdsbestek met zijn herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en kwaliteitswetgeving kan het nader concretiseren van een *samenhangend* kwaliteitsbeleid tussen de vier betrokken actoren worden uitgewerkt aan de hand van de onderstaande driehoeksrelatie. De drie partijen die deel uitmaken van deze relatie zijn de aanbieders, de patiënten en de verzekeraars¹. De overheid wordt in deze benadering gezien als een kaderstellende partij. Tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 6 en 7 april 1989 is een aantal uitspraken geformuleerd, welke inhouden dat het beleid van de overheid afhankelijk moet worden gesteld van initiatieven die door aanbieders, patiënten en verzekeraars in onderlinge samenhang tot stand komen. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt derhalve in de randvoorwaardelijke sfeer conform het streven naar een meer afstandelijke overheidsbemoediging. De verantwoordelijkheden van overheid en veld zijn op te vatten als communicerende vaten in die zin dat als de rol van een van deze actoren verandert, dit automatisch ook wijziging voor de anderen tot gevolg heeft.



Gesteld kan worden dat om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid er een nadere invulling moet plaatsvinden van de afzonderlijke zijden van de driehoeksrelatie. Deze benadering zou uiteindelijk moeten leiden tot afspraken inzake kwaliteit van zorg tussen

patiënten/consumenten - aanbieders - I
patiënten/consumenten - verzekeraars - II
aanbieders - verzekeraars - III

Afspraken in de bovenbeschreven relaties zijn geen nieuw fenomeen binnen de zorg. In dit kader kan verwezen worden naar de modelovereenkomst KNMG - LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord. Dit laatste onderstreept dat de afspraken niet beperkt blijven tot bilaterale overeenkomsten.

Thema 1: verantwoordelijkheden

Ten aanzien van het aspect verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg dient allereerst te worden vastgesteld op welk niveau (individu, koepel, instelling, gemeente, provincieregio, rijk) deze verantwoordelijkheid ligt. In de intentieverklaring zoals overeengekomen tijdens de startconferentie wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg gelegd bij de aanbieders. Het beleid van de verzekeraars moet het leveren van goede kwaliteit mogelijk maken. Tevens dienen de verzekeraars de gewenste kwaliteit te contracteren. De patiënt krijgt meer verantwoordelijkheid. De overheid voert een zodanig beleid dat partijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen waarmaken. De vraag

¹ Er zijn weliswaar andere zorgfinanciers dan verzekeraars zoals de gemeenten als financiers van GGD-en (Gemeenschappelijke/Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) en het AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk). In deze hoedanigheid passen zij niet in het model dat tijdens de conferentie is besproken.

is op welk niveau die verantwoordelijkheid ligt. Voortvloeiend uit de eerste conferentie kan, ten behoeve van nadere afspraken tijdens de vervolgconferentie, gesteld worden dat de landelijke 'koepels' van de betrokken partijen worden geacht het voortouw te nemen bij de uitvoering van de afspraken van de vervolgconferentie. Vanuit het landelijk niveau dient de vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op de overige niveaus: dit dient mede te worden gebaseerd op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

Thema 2: criteria

criterium is een begrip dat op verschillende manieren wordt uitgelegd. In het kader van het tot stand komen van een samenhangend kwaliteitsbeleid zal een eenduidige definitie moeten worden gehanteerd. Gekozen is voor de definitie zoals geformuleerd in de onlangs verschenen 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' van de NRV: 'Kenmerk of maatstaf, op grond waarvan beoordeling plaatsvindt'. De drie partijen dienen elk hun eigen criteria te ontwikkelen op grond van hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwaliteit. Dit laat onverlet dat ook door of namens de overheid criteria kunnen worden ontwikkeld.

Thema 3: kwaliteitssystemen

Gelet op de 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' en het rapport 'Certificatie van Instellingen' (mei 1990, beide van de NRV) wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interne kwaliteitssystemen en externe kwaliteitsbeoordeling. Interne kwaliteitssystemen zijn met name gericht op het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening en van de kwaliteit van de geleverde zorg. Externe kwaliteitsbeoordeling is beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg door een ter zake kundige instantie die onafhankelijk staat ten opzichte van degene die beoordeeld wordt.

Thema 4: middelen

Voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid kunnen de volgende soorten middelen worden onderscheiden: overeenkomsten, financiële middelen en wetgeving.

II Afspraken

Thema 1: verantwoordelijkheden

1. a. De gewenste kwaliteit van zorg wordt in eerste aanleg door de aanbieders geformuleerd en gewaarborgd. Om het kwaliteitskader voor de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen aangeven dient de beroepsgroep in ieder geval een beroepscode te hebben (hierbij kan ook gedacht worden aan standaarden, criteria en richtlijnen) en een beroepsprofiel.
b. Aanbieders van zorg dienen zich blijvend toetsbaar op te stellen, hetgeen onder andere tot uiting dient te komen in een periodieke openbare verslaglegging, op een nader te bepalen aggregatieniveau.
c. Het uitwerken van het kwaliteitsbeleid moet gebeuren aan de hand van de 'Discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV (1986) (hoofdingeling hiervan is: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie) en een rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen, dat momenteel wordt voorbereid door de NRV. Afhankelijk van het aan de orde zijnde kwaliteitsaspect gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.
2. Het is enerzijds de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren zelf kwaliteits-systemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en anderzijds van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitsystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.
3. Patiënten/consumenten hebben een verantwoordelijkheid bij het medebeoordelen van de kwaliteit van zorg. Voor de te beoordelen aspecten wordt verwezen naar de passage hierboven onder 1.c. Patiënten/consumentenorganisaties zullen vanuit hun specifieke betrokkenheid naar deze kwaliteitsaspecten kijken. Zo kunnen algemene patiëntenverenigingen zich meer richten op de aspecten attitude en organisatie en kunnen de categorale patiëntenverenigingen meer gericht zijn op de beoordeling van het aspect 'methodisch-technisch' handelen. De verantwoordelijkheid van patiënten/consumenten wordt met aanbieders van zorg in afspraken vastgelegd. De in de afspraken vastgelegde verantwoordelijkheden kunnen zowel rechten als plichten voor de patiënt inhouden.
4. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars is het beoordelen van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder wat betreft de aspecten doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van beoordeling door verzekeraars. Tevens is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraars mede op grond van kwaliteit te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast scheppen de verzekeraars in overleg met patiëntenorganisaties, aanbieders en overheid de voorwaarden om tot een verantwoord kwaliteitsniveau te komen.
5. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen. De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd. De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid duidelijkheid te scheppen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen.

6. Het Staatstoezicht zal naast de gebruikelijke repressieve toezichtstaken controleren of er kwaliteitstoetsings- en kwaliteitsbevorderende systemen zijn en kan tevens, indien het daartoe aanleiding ziet, de deugdelijkheid en effectiviteit daarvan controleren. Daarnaast wordt het Staatstoezicht in adviserende zin betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten.

Thema 2: criteria

1. Kwaliteitscriteria, zoals bij voorkeur te formuleren door de beroepsgroepen en instellingen, al dan niet in overleg met patiënten/consumenten² en verzekeraars (zie hiervoor de preambule), dienen betrekking te hebben op de aspecten zoals geformuleerd in de discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening en het rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen (dit laatste is zoals vermeld nog in ontwikkeling³). De drie partijen formuleren ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.
2. De kwaliteitscriteria dienen zodanig te worden ontwikkeld dat zijn slechts op één manier te duiden zijn en onderwerp kunnen zijn van toetsing.
3. Alle criteria kunnen onderdeel vormen van afspraken die worden overeengekomen tussen de partijen die deel uitmaken van de driehoeksrelatie.
4. Alle criteria dienen onderdeel van kwaliteitsbewakings-, bevorderings- en beheersingssystemen te zijn welke door de overheid wettelijk kunnen worden vastgesteld.

Thema 3: kwaliteitssystemen

Interne kwaliteitssystemen

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
 - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing: intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
 - b. registratie/herregistratie/re-examinering: ten behoeve van herregistratie kan - ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep - bij- en nascholing verplicht worden gesteld.
 - c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.
3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systematiek.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

² Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

³ De betreffende Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen is in oktober 1990 door de NRV uitgebracht (secr. NRV).

Externe kwaliteitsbeoordeling

1. Externe kwaliteitsbeoordeling dient bij voorkeur haar aangrijpingspunt te hebben op interne kwaliteitsystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben.
2. In de op te stellen afspraken tussen de drie partijen dienen nadere bepalingen te worden opgenomen ten aanzien van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.
3. Ten aanzien van de openbaarheid van gegevens dienen tussen de drie partijen afspraken te worden gemaakt.
4. Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of behandeling en uitvoering van patiënten/consumentenonderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling en patiënten/consumentenonderzoek dienen teruggekoppeld te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen.
5. Indien voor een groep beroepsbeoefenaren en/of instellingen wordt besloten tot de invoering van een systeem van certificatie, dienen hieraan de volgende voorwaarden te worden gekoppeld (gebaseerd op het NRV-advies):
 - 'certificatie is per definitie een vorm van onafhankelijke toetsing'
 - certificatie dient op basis van een groeimodel, zoals gepresenteerd in het rapport NRV 'Certificatie van instellingen' te worden ingevoerd, bij voorkeur:
 - a. als de ontwikkeling van modellen van interne kwaliteitsystemen heeft plaatsgevonden;
 - b. als de betrokkenheid van potentiële belanghebbenden nader is ingevuld.Op korte termijn dient hierover op bestuurlijk niveau tussen de aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars nader te worden besloten. Het Staatstoezicht dient hierbij in adviserende zin te worden betrokken.

Thema 4: middelen

1. a. Kwaliteit moet onderdeel uitmaken van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De derde partij (patiënten/consumentenorganisaties) behoort daarbij betrokken te zijn.
 - b. In overeenkomsten kunnen incentives worden opgenomen tot kwaliteitsbevordering.
2. a. De financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten moet beschikbaar komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen binnen de vier actoren.
 - b. Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid produkt.
3. Wetgeving kan worden beschouwd als middel om het kwaliteitsbeleid, zoals dit tot stand moet komen tussen partijen in de beschreven driehoeksrelatie, te stimuleren en te waarborgen. Indien wordt gekomen tot een wet op de kwaliteit van zorg, dient deze het karakter te hebben van een raamwet, wat inhoudt dat deze wet niet primair gericht is op de kwaliteitscriteria zelf doch voornamelijk op procedures en verantwoordelijkheden/bevoegdheden via welke totstandkoming van kwaliteitseisen en kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd en gewaarborgd.

⁴ Ten aanzien van het begrip 'resultaten van zorg' vindt tussen partijen nader overleg plaats.

4. De aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars maken afspraken ten einde te waarborgen dat voldoende (dat is: valide en relevante) informatie voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking beschikbaar komt en blijft voor alle partijen, met inachtneming van de privacy-voorschriften.
5. De overheid en/of de verzekeraars voeren een beleid dat erop gericht is patiënten/consumentenorganisaties zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de kwaliteit van zorg te beoordelen en dienaangaande activiteiten te ontwikkelen.
6. De verzekeraars zullen overgaan tot het instellen van verzekerdenraden.
7. Verzekerden kunnen een actieve rol vervullen ter zake van kwaliteit, indien zij de vrijheid krijgen om van verzekeraar te wisselen. Daarbij dient een acceptatieplicht (zonder risicoselectie) te gelden.
8. Er is onderzoek nodig ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek dient een onderbouwing te zijn van de inhoudelijke ontwikkeling van criteria en systemen voor kwaliteitsbevordering, waaronder de beoordeling van kosten en baten.
9. De overheid zal in overleg met het veld de totstandkoming van de klachtenwetgeving met kracht continueren.

III Planning

Thema 1: verantwoordelijkheden

Tijdsplanning is hierop niet van toepassing.

Thema 2: criteria

1. Binnen twee jaar zullen partijen - het initiatief hiertoe zal binnen een half jaar door de aanbieders worden genomen - komen tot afspraken over:
 - de gebieden waarop de criteria betrekking hebben en de partijen die daarover met elkaar tot afspraken zullen komen.
 - een procedure om tot formuleren van de criteria te komen door de ter zake belanghebbende partijen;
 - een procedure om te komen tot prioriteitenstelling en de behandeling van de criteria;
 - een procedure om geschillen over formulering en prioriteitenstelling op te lossen;
 - een procedure om tot implementatie van de - reeds in het verleden - geformuleerde criteria te komen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar zullen aan de hand van de onder 1 gestelde procedures de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen de betrokken partijen zijn opgenomen:
 - specifiek wordt hierbij bedoeld de criteria voor goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap;
 - tussen aanbieders en patiënten zullen de positie en de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt hierin worden betrokken;
 - in overleg tussen patiëntenorganisaties en verzekeraars zullen kwaliteitsbepalingen ten behoeve van polissen worden opgesteld.

Thema 3: systemen

1. Analoot aan het ontwikkelingstraject van kwaliteitscriteria (zie thema 2) dienen partijen in de driehoeksrelatie binnen een termijn van twee jaar procedure-afspraken te hebben gemaakt over het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar moeten interne kwaliteitssystemen operationeel zijn.

Thema 4: middelen

Met uitzondering van de punten 4 en 9 dienen deze afspraken operationeel te zijn bij invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg. De punten 4 en 9 dienen binnen een jaar te zijn gerealiseerd.

IV Voortgangsbewaking

De NRV zal worden gevraagd een commissie te formeren die de voortgang controleert en jaarlijks rapporteert. De NRV zal deze commissie binnen een half jaar samenstellen in overleg met de geledingen binnen de gezondheidszorg.



NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

Gebouw Meerhorst III
Boerhaavelaan 1
2713 HA Zoetermeer
Telefoon 079-710311
Teletax 079-510881

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer

BIJLAGE 2

Samenstelling Vaste commissie voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid

Voorzitter:

Prof.dr. A.F. Casparie

| Leden: | Plv. leden: | Namens: |
|-----------------------------|--|-----------------------|
| Drs. F.A.L. Lapré | Mw. drs. M. Briët | LVT |
| F. Linnebank, arts | C.A. Geldof, arts | NZR |
| Mw. drs. L.M. Hagendoorn | Drs. F. Jongeneel, arts | NZR |
| Mw. drs. G. Verbeek | | NVAGG |
| Drs. H. Silvis | Mw. drs. R.G. Gerla-Hamelink Mw. mr. L.M.D. Fruijtier | NZR/SOMMA FIAD-Wdt |
| B. Walpot | R. Brouwer | VIVAM |
| H.J. Feenstra | Mw. drs. M.J. Sieh | VNB |
| Drs. G. Gerding | | NVFLG |
| Dr. J.A. Walburg | Mr. R.H.L.M. Bovens | NVC |
| P.M. Fokkens | | KAG |
| R.F. Jansma | | KNGF |
| Th.M.G. van Berkestijn | N.S. Klazinga, arts | KNMG |
| S. Zanen | Mw. mr. W.L.R. Kuipers | LSV |
| W. Verdenius | | LHV |
| H.A. van den Haak | Mr. A.W.J.M. van Bolderen | LVSG/LAD |
| Dr. T.F.J. Tromp, apotheker | Drs. B.H. Graatsma | KNMP |
| A.M. Corbey, tandarts | Mw. drs. C.M. van Weert | NMT |
| A. Pool | Mw. M.M. Schenkeveld | NMV/CFO |
| Mw. drs. J.C. Hees | | NIP |
| Mw. H.M. Cromheecke-Reus | Mw. W.F. Jol-Japin | NOV |

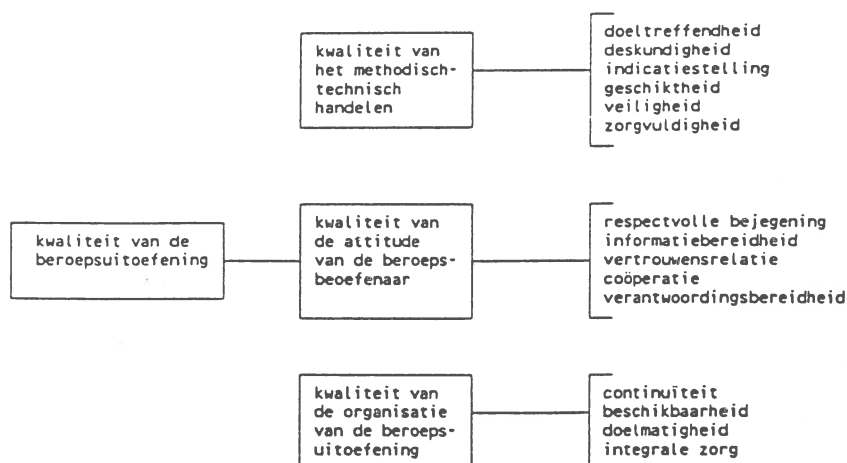
| Leden: | Plv. leden: | Namens: |
|-------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| L.J. v.d. Holst | | LVMW |
| Mw. mr. P. Swenker | A.W. Kessener | VNZ |
| Ir. D.F. Goudriaan | | KLOZ |
| Drs. J.W.C. van Casteren | | KPZ |
| Mw. drs. M.F.Th. Schrijver | | VNG |
| Mw. Y. Koster-Dreese | | LPCP |
| Drs. J. Boerma | W. Eggens | NVBV |
| Mw. mr. A.W.D. Saers-Molenaar | | GHR |
| A.C.J.M. Jongerius | | FvO |
| G.W. Dries | Mw. ir. H.J.M. van der Hoeven | COSBO/LOBB |
| Adviserende leden: | Plv. adviserende leden: | Namens: |
| Dr. J.H. Mulder | | WVC |
| Ir. A.P.M. Bersee | | WVC |
| Mr. F.M. Meijer | | WVC |
| Dr. J.E.A. Wagenborg | | GHIGV |
| J.H. Hekking, arts | | GHI |
| S. van der Kooij, arts | J. Verdurmen | ZFR |
| Prof.dr. E. Reerink | Dr. P. Touw | CBO |
| Dr. G.H.M. ten Velden | | Gezondheidsraad |
| Mw. dr. M.B.J.A. Janssens | | RGO |
| Dr. P.A.H. van Lieshout | | NIZW |
| Mw. drs. M.A.G. Frissen | | Pers. titel |
| Secretariaat: | | |
| Mr. J.P. Kasdorp | | |
| Mw. mr. R. Bering | | |
| Mw.mr. C.A. van Garderen | | |
| Mw.drs. K. Lombarts | | |

BIJLAGE 3

Kwaliteit van beroepsuitoefening en kwaliteit van instellingen

De begrippenkaders zijn telefonisch te bestellen bij de NRV, tel. 079-710300.

Kwaliteit van beroepsuitoefening



Kwaliteit van instellingen

| | Algemene kwaliteitsaspecten | Relationele kwaliteitsaspecten | Technische kwaliteitsaspecten |
|--|---|--|---|
| Kwaliteit van de organisatie | <ul style="list-style-type: none"> - doeltreffendheid - doelmatigheid | <ul style="list-style-type: none"> - duidelijkheid - medezeggenschap - omgevingsgerichtheid | <ul style="list-style-type: none"> - samenhang - flexibiliteit - stabiliteit |
| kwaliteit van de medewerkers | <ul style="list-style-type: none"> - doeltreffendheid - doelmatigheid | <ul style="list-style-type: none"> - constructieve opstelling - verantwoordings- en informatiebereidheid - zorgvuldige omgang met patiënten | <ul style="list-style-type: none"> - deskundigheid - geschiktheid |
| kwaliteit van de materiële voorzieningen | <ul style="list-style-type: none"> - doeltreffendheid - doelmatigheid | <ul style="list-style-type: none"> - gebruikersvriendelijkheid | <ul style="list-style-type: none"> - veiligheid |
| kwaliteit van de zorgverlening | <ul style="list-style-type: none"> - doeltreffendheid - doelmatigheid | <ul style="list-style-type: none"> - beschikbaarheid - patiëntgerichtheid | <ul style="list-style-type: none"> - zorg op maat |



NATIONALE
RAAD VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID

BIJLAGE 4

Aan de voorzitter van de
Koninklijke Nederlandse Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst
Postbus 20051
3526 XD UTRECHT

Vaste Commissie Voortgang
Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid
Gebouw Meerhorst III
Boerhaavelaan 1
2713 HA Zoetermeer
Telefoon: 079-710311
Telefax: 079-510881
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer



Nederlands Instituut voor
Onderzoek van de Eerste-
lijnsgezondheidszorg
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon: 030-319946

Uw brief van

Uw kenmerk

Ons kenmerk

Datum

SAM/KWA/637/ES/MZ november 1991

Onderwerp

In behandeling bij

Inventarisatie kwaliteitssystemen

Op de Lelidendam-conferenties en de NIZW-conferentie is afgesproken dat de aanbieders van zorg kwaliteitssystemen zullen gaan ontwikkelen. De Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC-VOK) heeft als taak de voortgang van de Lelidendam-afspraken te bewaken.

Daartoe vinden twee activiteiten plaats. Enerzijds pelt de VC-VOK in hoeverre het overleg over kwaliteitscriteria tussen de partijen (aanbieders, consumenten, financiers) op gang komt. Deze enquête hierover heeft u inmiddels ontvangen.

Anderzijds wordt in een apart project geïnventariseerd welke kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn. Deze inventarisatie van kwaliteitssystemen wordt onder begeleiding van een projectteam waarin een aantal inhoudelijke deskundigen zitting hebben (zie pag. 3) uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg).

Het doel van de inventarisatie is een overzicht te geven van de ontwikkelingen die zich ten aanzien van kwaliteitssystemen voordoen. Hierdoor kunnen het veld en de diverse organisaties van elkaars ervaringen leren en blijven zij op de hoogte van ontwikkelingen die zich elders voordoen. Komend voorjaar ontvangt u een eerste rapport over deze ontwikkelingen.

In deze eerste inventarisatie van kwaliteitssystemen worden gegevens bij de koepels verzameld. Wij verzoeken u een interview te mogen houden met een vertegenwoordiger van de koepel die van de ontwikkelingen ten aanzien van kwaliteitssystemen op de hoogte is.

We lichten het doel en de inhoud van het interview kort toe.



Nationaal Ziekenhuisinstituut

N I Z W
Nederlands Instituut voor
Zorg en Welzijn

CBO

Centraal Begeleidingsorgaan
voor de Intercollegiale Toetsing

LANDELIJK
patiënten/consumenten
PLATFORM



NcGv

Nederlands centrum
Geestelijke volksgezondheid

In het interview staan twee vragen centraal:

1. Is op koepelniveau een kwaliteitsbeleid geformuleerd en welke prioriteiten worden daarin gesteld?
2. Welke kwaliteitssystemen zijn (of worden) ontwikkeld en welke problemen doen zich voor bij de ontwikkeling of implementatie van kwaliteitssystemen?

De tweede vraag behoeft toelichting.

Kwaliteitssystemen zijn gedefinieerd als "de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzeleningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg".

In zijn totaliteit bestaan dergelijke systemen nog niet in de zorgsector. De inventarisatie richt zich daarom op 'deelsystemen' van het kwaliteitssysteem.

Onder een 'deelsysteem' verstaan we: "Een onderdeel van het kwaliteitssysteem waarmee een of meerdere aspecten van de kwaliteit van de beroepsuitoefening of de instelling op structurele wijze bewaakt en/of verbeterd wordt.

De nadruk ligt op het bewaken en verbeteren van de kwaliteit omdat dit de kwaliteitskringloop weerspiegelt, wat een wezenlijk kenmerk van een kwaliteitssysteem is.

Kort gezegd betekent de kwaliteitskringloop dat men richtlijnen formuleert, dat men systematisch beoordeelt of de richtlijnen worden gehaald en dat verbeteringen worden aangebracht bij tekortkomingen.

Deelsystemen kunnen zowel de zorgverlening zelf betreffen als alle factoren die daarop van invloed zijn zoals de organisatie en het management, het personeel en de materiële middelen. Voorbeelden: methodieken voor intercollegiale toetsing, een systeem van registratie of herregistratie, systematische medicijnbewaking, procedures voor bewaking van het infectiebeleid, een systeem van klachtenbehandeling, systematische behoeftepeiling of satisfactie onderzoek, enzovoorts. Zodra deze activiteiten de kringloop weerspiegelen (als de kringloop rond is) spreken we van deelsystemen van het kwaliteitssysteem.

Het is de bedoeling een duidelijke beschrijving van elk deelsysteem te geven. Daarom zal tijdens het interview nader ingegaan worden op een aantal details, bijvoorbeeld:

- op welke aspecten van de zorg is het systeem gericht?
- Is het systeem ingebed in een organisatorische structuur?
- wie is verantwoordelijk voor het functioneren van het systeem?
- zijn er speciale voorzeleningen nodig om het systeem te laten functioneren?
- welke problemen doen zich voor bij de ontwikkeling of bij de implementatie van het systeem?
- enzovoorts.

Indien nog geen deelsystemen ontwikkeld zijn wordt gevraagd naar activiteiten die vooraf gaan aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen of naar voorwaardenscheppende activiteiten.

In deze eerste inventisatieronde wordt gekeken naar de systemen die op koepelniveau ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden. In aanvulling daarop wordt volgend jaar gekeken naar wat er in het veld zelf gebeurt. In het interview wordt gevraagd welk niveau daarvoor het meest geschikt is en welke rol de koepel zelf in deze tweede ronde wil spelen.

Wij hopen u met deze brief enig inzicht gegeven te hebben in het doel van de Inventarisatie. Mocht u nadere toelichting wensen dan kunt u contact opnemen met Dr. D.H. de Bakker of Mw. Drs. E.M. Sluijs van het NIVEL die de Inventarisatie zullen uitvoeren (tel.: 030-319946). Zij zullen u binnenkort benaderen om een afspraak voor het interview te maken. Ik dank u bij voorbaat zeer voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Projectteam Inventarisatie
Kwaliteitssystemen

Prof. Dr. A.F. Casparie
(voorzitter)

N.B. Ten behoeve van het project Inventarisatie Kwaliteitssystemen is een projectteam geformeerd waarin de volgende personen zitting hebben.

Prof. Dr. A.F. Casparie (voorzitter)
Dr. D.H. de Bakker (NIVEL)
Mw. Mr. R. Bering (NRV)
Mw. Dr. M.C.H. Donker (NcGv)
Drs. J.S. Dubbelboer (NZI)
Dhr. N.S. Klazinga, arts (CBO)
Drs. P. Kleingeld (LPCP)
Dr. P.A.H. van Lieshout (NIZW)
Mw. Drs. E.M. Sluijs (NIVEL, uitvoering)

c.c. Vertegenwoordiging van
de koepel in de VC-VOK

AFKORTINGEN KOEPELORGANISATIES

| | |
|-----------------|--|
| CCKL | Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van het Laboratoriumonderzoek op het gebied van de gezondheidszorg |
| CFO | CNV-bond voor o.a. Gezondheidszorg en Welzijn |
| FIAD-Wdt een | Vereniging van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met verstandelijke handicap |
| KAG | Koepeloverleg Alternatieve Geneeswijzen |
| KNGF | Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie |
| KNMG | Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst |
| KNMP | Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie |
| LAD | Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband |
| LHV | Landelijke Huisartsen Vereniging |
| LSV | Landelijke Specialisten Vereniging |
| LVMW | Landelijke Vereniging van Maatschappelijk Werkers |
| LVSG | Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen |
| LVT | Landelijke Vereniging voor Thuiszorg |
| NFVLG | Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten |
| NIP | Nederlands Instituut van Psychologen |
| NMT | Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde |
| NOV | Nederlandse Organisatie van Verloskundigen |
| NOVAG | Nederlandse Organisatie van Verenigingen voor Alternatieve Genezers |
| NU91 | Nieuwe Unie '91, Vakorganisatie Beroepsbeoefenaars verzorging en verpleging |
| NVAGG | Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| NVBW | Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen |
| NVC | Nederlandse Vereniging CAD's (Consultatiebureau's voor Alcohol en Drugs) |
| NVD | Nederlandse Vereniging van Diëtisten |
| NVE | Nederlandse Vereniging van Ergotherapeuten |
| NVGGz | Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg |
| NVGz | Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg |
| NVLF | Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie |
| NVM | Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist |

| | |
|---------|--|
| NVOM | Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck |
| NVRL | Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten |
| NVvO | Nederlandse Vereniging van Orthoptisten |
| NVvP | Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten |
| NVVz | Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| NZf | Nederlandse Zorgfederatie |
| SOMMA | Landelijke Vereniging van Sociaal Pedagogische Diensten |
| VBC | Vereniging Bewegingsleer Cesar |
| VNB | Vereniging van Nederlandse Bejaardenorden |
| VOG-AMW | Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en de Gesubsidieerde Sector, Sectie Algemeen Maatschappelijk Werk |

TOELICHTING BEGRIPPEN

Bron: Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering
Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1990

| | |
|--------------------------|--|
| ACCREDITATIE | De NRV beveelt aan de term accreditatie niet te gebruiken. In de VS betekent accreditatie: certificatie van instellingen. In Nederland wordt met accreditatie bedoeld op erkenning van opleidings- en scholings-activiteiten. |
| AUDIT | Kwaliteitsaudit: een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of de kwaliteitsactiviteiten en de resultaten hiervan overeenkomen met vastgelegde regelingen en of deze laatste doeltreffend ten uitvoer zijn gebracht, alsmede geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen. |
| CERTIFICATIE | Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat dat een duidelijk omschreven onderwerp van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm of met een ander eisenstellend document. |
| CRITERIUM | Kenmerk of maatstaf op grond waarvan beoordeling plaatsvindt. |
| INDICATOR | Een meetbaar element van de zorgverlening welke functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg. |
| KWALITEIT | Het geheel aan eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften. |
| KWALITEITSBORGING | Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te kunnen geven dat een produkt of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen. |

| | |
|--------------------------|--|
| KWALITEITSPPLAN | De voorgenomen specifieke maatregelen, voorzieningen en volgorde van activiteiten met betrekking tot de kwaliteit, van toepassing op een bepaald product, dienst, contract of project. |
| KWALITEITSPROFIEL | Weergave van een bepaalde situatie, omstandigheid of activiteit, waarbij op een samenhangende wijze wordt weergegeven welke eisen worden gesteld ten aanzien van specifieke aspecten van kwaliteit. |
| KWALITEITSSYSTEEM | De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg. |
| KWALITEITSZORG | (Quality management) Dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt. |
| NORM | Toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten; toestand die voor een categorie van zaken vereist is. De Raad adviseert de term 'norm' te gebruiken voor een wenselijk geachte toestand. |
| PROTOCOL | Document waarin regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en welke door de belanghebbende groeperingen in gemeenschappelijk overleg zijn opgesteld en aanvaard. |
| STANDAARD | Onderling overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor de aangesproken populatie. |

Implementatie protocollen en standaarden

Zowel de LSV als de LHV melden dat de implementatie van de standaarden een probleem is. Bij huisartsen wordt nu geëxperimenteerd met implementatie-projecten waarin implementatiestrategieën ontwikkeld worden. In dergelijke projecten wordt getracht zoveel mogelijk leden van de beroepsgroep te trainen in het implementeren van standaarden op het niveau van de huisartsengroepen. Men zoekt daarbij met name naar mensen met een sleutelpositie. In de projecten lukt de implementatie wel maar het is een vrij arbeidsintensieve aangelegenheid. Een beperkt aantal mensen krijgt een opleiding die een jaar duurt en daarna moet de echte implementatie nog beginnen.

De vertegenwoordiger van de LSV denkt dat implementatie vergemakkelijkt zou kunnen worden door de activiteiten die voortvloeien uit de richtlijnen op te nemen in de planning. Vanuit de consensusrichtlijnen is bekend wat beroepsbeoefenaren in bepaalde gevallen zouden moeten doen. Deze activiteiten kunnen in de planning worden meegenomen en in de logistieke procedures worden verwerkt. Dit zou een taak van kwaliteitsfunctionarissen kunnen zijn, omdat zij kijken naar het gehele traject dat een patiënt in een ziekenhuis doorloopt.
