

Een onderzoek in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer

## KWALITEITSSYSTEMEN IN UITVOERING

Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg

Dr. E.M. Sluijs  
Dr. D.H. de Bakker  
Drs. J. Dronkers



Utrecht, januari 1994

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg  
(NIVEL)  
Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT  
Tel. 030-319946.

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

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Sluijs, E.M.

Kwaliteitssystemen in uitvoering: ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg / E.M.Sluijs, D.H. de Bakker, J.Dronkers, - Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-236-9

Trefw.: kwaliteitszorg; gezondheidszorg / kwaliteitszorg; welzijnszorg.

Tekstverwerking en lay-out: Bernadette Kamphuys

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,- (exclusief 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 079-687311, telefax 079-621487.

## INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	5
<b>1. DE INVOERING VAN KWALITEITSSYSTEMEN</b>	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Doel van een kwaliteitssysteem	9
1.3 Theoretisch kader	12
1.4 Methode en opzet	14
1.5 Respondenten: typering van instellingen en organisaties	15
<b>2. REDENEN VOOR INVOERING VAN EEN KWALITEITS-SYSTEEM</b>	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Interne redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen	19
2.3 Strategische redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen	21
2.4 Certificering	23
2.5 Samenvatting en discussie	25
<b>3. KENMERKEN VAN VERSCHILLENDE TYPEN SYSTEMEN</b>	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Kwaliteitssystemen bij instellingen	29
3.3 Kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren	37
3.4 Ontwikkelingstraject van de kwaliteitssystemen	40
3.5 Samenvatting en discussie	43
<b>4. WERKWIJZEN BIJ INVOERING VAN EEN KWALITEITS-SYSTEEM</b>	49
4.1 Inleiding	49
4.2 Acceptatie, besluitvorming en introductie	49
4.3 Het creëren van voorwaarden en voorzieningen	53
4.4 De invoering van het systeem en de fasering	56
4.5 Continuïteit: feedback, sancties en beloningen	58
4.6 Samenvatting en discussie	59

<b>5.</b>	<b>FACTOREN DIE DE INVOERING BEVORDEREN EN BELEMMEREN</b>	<b>63</b>
5.1	Inleiding	63
5.2	Factoren die bevorderend en belemmerend werken	63
5.3	Kenmerken van het kwaliteitssysteem	65
5.4	Kenmerken van de organisatie	67
5.5	Kenmerken van de invoeringsstrategieën	70
5.6	Samenvatting en discussie	73
<b>6.</b>	<b>INDIVIDUELE ERVARINGEN TER ILLUSTRATIE</b>	<b>77</b>
6.1	Inleiding	77
6.2	Ervaringen met uitbreiding van bestaande deelsystemen	78
6.3	Ervaringen met 'verbeter'-systemen en een projectgewijze aanpak	80
6.4	Ervaringen met 'besturings'-systemen en een totaal-aanpak	85
6.5	Ervaringen van beroepsbeoefenaren	88
6.6	Samenvatting en discussie	93
<b>7.</b>	<b>SAMENVATTENDE CONCLUSIES</b>	<b>95</b>
	<b>BESCHOUWING EN AANBEVELINGEN:</b>	
	visie vanuit de begeleidingscommissie	103
	<b>LITERATUUR</b>	<b>117</b>
	<b>NOTEN</b>	<b>121</b>
	<b>BIJLAGEN</b>	<b>123</b>
1.	Leidschendamafspraken en ledenlijst VC VOK	
2.	Lijst met aandachtspunten bij het interview	
3.	Verzoek om medewerking aan het interview	
4.	Redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen	
5.	Bevorderende en belemmerende factoren	

## VOORWOORD

Het invoeren van kwaliteitssystemen verloopt soms moeiteloos maar is niet zelden een proces van vallen en opstaan, zo beschrijven instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorgsector hun eerste ervaringen met het invoeren van een kwaliteitssysteem. Deze ervaringen zijn in dit rapport gebundeld.

Het rapport geeft daarmee een overzicht van de wijze waarop instellingen en beroepsbeoefenaren te werk gaan bij het invoeren van een kwaliteitssysteem. Het accent ligt op factoren die de invoering bevorderen dan wel belemmeren.

Het rapport is gebaseerd op interviews met instellingen en beroepsgroepen uit verschillende sectoren in de gezondheidszorg en de aanverwante welzijnszorg die vergevorderd zijn met de ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem. De koepelorganisaties zijn behulpzaam geweest bij het opsporen van degenen die inmiddels ervaring met het invoeren van een kwaliteitssysteem hebben opgedaan. De ervaringen van deze 'voorlopers' in de zorgsector kunnen van nut zijn voor degenen die met de invoering van een kwaliteitssysteem willen beginnen.

Kwaliteitssystemen hebben tot doel de kwaliteit van de zorg op een systematische wijze te bewaken, te beheersen en zonodig te verbeteren. Binnenkort wordt het invoeren van kwaliteitssystemen wettelijk verankerd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Deze ontwikkeling vloeit voort uit de in 1990 gemaakte afspraken op de Leidschendamconferenties. Op deze conferenties hebben aanbieders van zorg afgesproken binnen een termijn van vijf jaar kwaliteitssystemen te zullen ontwikkelen en in te voeren. Een speciale commissie ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), 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 geschreven in opdracht van de NRV ten behoeve van de VC VOK. Het is een vervolg op het in 1992 verschenen rapport 'Kwaliteitssystemen in ontwikkeling' (1). Het huidige rapport bouwt hier op voort maar verschilt in drie opzichten:

- Vorig jaar waren de koepelorganisaties object van onderzoek, dit jaar zijn het de zorgverlenende instellingen en beroepsgroepen zelf;
- Vorig jaar lag het accent op de ontwikkeling van kwaliteitssystemen, dit jaar ligt het accent op de daadwerkelijke invoering (c.q. implementatie) van kwaliteitssystemen;
- Het vorige rapport gaf een breed overzicht van de ontwikkelingen, terwijl het huidige onderzoek is gebaseerd op een kleine en selecte groep van 'voorlopers' in het veld.

Beide studies zijn verricht 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 (NPCF), Prof.Dr.P.A.H.van Lieshout (NIZW). Voorzitter is Prof.Dr.A.F. Casparie. Het onderzoek is uitgevoerd door Dr.D.H.de Bakker, Drs.J.Dronkers en Dr.E.M.Sluijs van het NIVEL.

In het rapport komen de volgende onderwerpen aan de orde. Hoofdstuk 1 beschrijft in het kort de resultaten van de vorige studie en de opzet van de huidige studie.

De hoofdstukken 2 tot en met 5 bevatten de resultaten. In deze hoofdstukken worden respectievelijk de volgende vragen beantwoord:

- a) Wat zijn voor de instellingen en organisaties de belangrijkste redenen om een kwaliteitssysteem in te voeren? Streeft men daarbij wel of niet naar certificering?
- b) Waaruit bestaan de huidige kwaliteitssystemen, met andere woorden, hoe zien de verschillende typen systemen eruit?
- c) Hoe is men te werk gegaan bij het implementeren c.q. invoeren van het systeem?
- d) Welke problemen doen zich voor bij het invoeren van het kwaliteitssysteem en welke factoren bemoeilijken of vergemakkelijken de invoering?

In hoofdstuk 6 worden ter illustratie individuele ervaringen beschreven. In hoofdstuk 7 worden de conclusies samengevat. Omdat de kwaliteitssystemen van instellingen en beroepsbeoefenaren op onderdelen verschillen, worden instellingen en beroepsbeoefenaren in elk hoofdstuk afzonderlijk behandeld. In het rapport wordt de tekst zoveel mogelijk verlevendigd met concrete voorbeelden uit de interviews.

De leden van de begeleidingscommissie hebben op basis van de resultaten een aantal aanbevelingen voor veld, koepels en beleid geformuleerd. Deze zijn te vinden in het tweede deel van dit rapport 'Beschouwing en Beleidsaanbevelingen'.

Dit rapport is bedoeld om aan beleidsmakers, patiënten/consumenten en financiers zichtbaar te maken op welke wijze de aanbieders van zorg bezig zijn met de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen.

Het rapport is nadrukkelijk ook geschreven voor de zorgverlenende instellingen en beroepsbeoefenaren zelf om te laten zien hoe men in de diverse sectoren bezig is het abstracte begrip 'kwaliteitssysteem' concreet vorm en inhoud te geven.

Utrecht, januari 1994





# 1. DE INVOERING VAN KWALITEITSSYSTEMEN

## 1.1 Inleiding

In 1990 werden op de zogenoemde Leidschendamconferenties afspraken gemaakt over het lange-termijn kwaliteitsbeleid in de zorgsector (bijlage 1). Deze afspraken waren het resultaat van een bezinning op het kwaliteitsbeleid in daaraan voorafgaande conferenties. De aanleiding daartoe was enerzijds het plan van de overheid om een aantal taken en verantwoordelijkheden aan het veld over te dragen (stelselwijziging en deregulering) en anderzijds de behoefte van het veld zelf om de activiteiten op het gebied van kwaliteit te bundelen zodat een meer overzichtelijk geheel zou ontstaan.

De afspraken werden gemaakt door de vier betrokken partijen, patiënten-/consumentenorganisaties, de aanbieders van zorg, de financiers en de overheid. Een breed samengestelde commissie, de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) werd ingesteld om de voortgang van de afspraken te volgen en de ontwikkelingen te stimuleren (2).

De afspraken betreffen in grote lijnen de ontwikkeling van kwaliteitscriteria en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Kwaliteitscriteria verschaffen een maatstaf aan de hand waarvan de kwaliteit van zorg beoordeeld kan worden. Inmiddels zijn in veel sectoren kwaliteitscriteria en kwaliteitskenmerken ontwikkeld (zie voor de stand van zaken: noot 1). Omdat kwaliteitscriteria op zich nog geen garantie bieden voor de kwaliteit van zorg zijn instrumenten nodig om te bewaken dat volgens de criteria wordt gewerkt, kwaliteitssystemen. Een kwaliteitssysteem is daarmee een hulpmiddel om de kwaliteit te beheersen, te bewaken en zonodig te verbeteren.

## 1.2 Doel van een kwaliteitssysteem

De term kwaliteitssysteem ontstond toen men in het bedrijfsleven overging van uitsluitend produktbewaking naar bewaking van het gehele produktieproces om zodoende fouten in het eindprodukt te voorkómen (3). Een dergelijke allesomvattende bewaking van zowel het produkt als het proces vereiste een systeem, het kwaliteits-systeem.

Een kwaliteitssysteem is in essentie een besturingssysteem om de kwaliteit te garanderen. Dit besturingssysteem moet ervoor zorgen dat het produkt voldoet aan de behoeften van de gebruiker en dat het produktieproces wordt beheerst. In de praktijk komt dit neer op een systematische beoordeling van produkt en proces om verbeteringen aan te kunnen brengen bij geconstateerde tekortkomingen. Men noemt dit de kwaliteitskringloop omdat het een steeds terugkerend (cyclisch) proces is.

Een kwaliteitssysteem beslaat in het ideale geval het gehele proces van zorgverlening, vanaf het vaststellen van de behoeften en wensen van patiënten, via de monitoring van het zorgverleningsproces tot en met de uitkomst van de feitelijke zorgverlening. Een dergelijk systeem omvat eveneens alle organisatorische en voorwaardescheppende activiteiten omdat deze van grote invloed zijn op de kwaliteit van de uiteindelijk zorg.

Hierbij hebben beroepsbeoefenaren en instellingen elk hun eigen verantwoordelijkheden. In Leidschendam is dan ook afgesproken dat het "de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren is zelf kwaliteitssystemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en de verantwoordelijkheid van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg" (bijlage 1). Men noemt dit wel kwaliteitsmanagement.

### **De stand van zaken bij de instellingen en beroepsbeoefenaren**

Uit de vorig jaar gehouden inventarisatie blijkt dat in de gezondheidszorg nog geen allesomvattende kwaliteitssystemen bestaan. De meeste koepelorganisaties van instellingen zijn bezig met de ontwikkeling van dergelijke systemen. De koepelorganisaties benadrukken dat de instellingen en organisaties zelf verantwoordelijk zijn voor hun kwaliteitsbeleid en dat de koepelorganisaties dit willen ondersteunen door informatie, voorbeelden en instrumenten aan te reiken.

Bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen kiezen twee koepelorganisaties voor het ontwerpen van een totaalsysteem terwijl de meerderheid kiest voor een stapsgewijze aanpak.

- Bij het ontwerpen van een totaalsysteem gaan de CCKL (ziekenhuislaboratoria) en LVT (thuiszorginstellingen) uit van de ISO-systematiek (ISO=International Organization for Standardization). De ISO-systematiek is geënt op het bedrijfsleven en heeft certifi-

cering als doel. In deze systematiek ligt het accent op kwaliteitsbewaking (4,5). In hoofdstuk 3 (pag 31) wordt een voorbeeld beschreven.

- Bij de stapsgewijze aanpak, die door de overige koepels wordt gevolgd, wordt een kwaliteitssysteem ontwikkeld door samenhang te brengen in en voort te bouwen op de bestaande kwaliteitsbewakende instrumenten (voorbeelden daarvan zijn visitatie, toetsing, bedrijfsvergelijking, kwaliteitsprofielen/cirkels, zorgplannen, patiëntenfeedback, klachtenprocedures). Naast deze bundeling van activiteiten worden nieuwe deelsystemen ontwikkeld zodat het kwaliteitssysteem zich steeds uit kan breiden.

Door beroepsbeoefenaren wordt de term 'kwaliteitssysteem' niet gebruikt. Vorig jaar constateerden wij dat deze term geassocieerd wordt met een organisatorisch verband dat bij individuele beroepsbeoefenaren afwezig is. De koepels van beroepsbeoefenaren spreken over deelsystemen of kwaliteitsmanagement (6).

De meest frequent voorkomende deelsystemen zijn registratie en herregistratie, intercollegiale toetsing en visitatie, accreditatie van bij- en nascholing, klachtenprocedures en tuchtrecht. Bij beroepsbeoefenaren ligt een zwaar accent op deskundigheidsbevordering. Veel deelsystemen gelden voor de gehele beroepsgroep terwijl er eveneens sancties aan verbonden zijn. Dit laatste is bij de systemen van de instellingen tot nu toe niet het geval is.

Beroepsbeoefenaren die wel in een organisatorisch verband werken hanteren wel de term 'kwaliteitssysteem: de apothekersorganisatie (KNMP) streeft naar het opzetten van een kwaliteitssysteem in elke apotheek (7).

### Vraagstelling

Samenvattend kan gesteld worden dat inmiddels door veel koepelorganisaties kwaliteitscriteria en kwaliteits(deel)systemen ontwikkeld zijn. De daadwerkelijke invoering van een kwaliteitssysteem moet plaatsvinden bij de individuele instellingen en beroepsbeoefenaren zelf. Daarbij doen zich twee vragen voor die tegelijkertijd de algemene vraagstelling van dit rapport vormen:

- a) Hoe worden de kwaliteitssystemen van instellingen en beroepsbeoefenaren in de praktijk concreet ingevuld?
- b) Hoe verloopt de invoering van kwaliteitssystemen en welke factoren bevorderen en belemmeren de invoering van een kwaliteitssysteem?

Aan de hand van open interviews met instellingen en beroepsbeoefenaren wordt in dit rapport getracht een antwoord op deze vragen te

geven. Als referentiekader werd gebruik gemaakt van de innovatie- en implementatietheorieën.

### 1.3 Theoretisch kader

De innovatie- en implementatietheorieën bieden een algemeen kader om in kaart te brengen hoe de invoering van veranderingen of vernieuwingen verloopt (8-11). Dit kader wordt gebruikt vanuit de gedachte dat de invoering van een kwaliteitssysteem een vernieuwing is. We lichten dit toe.

Het werken aan kwaliteit op zich is niet nieuw in de gezondheidszorg evenmin als de systematische bewaking van risicovolle aspecten van de zorgverlening (bijvoorbeeld de infectie-bewaking in ziekenhuizen).

Wel nieuw is een systematische beoordeling en bewaking van het gehele zorgverleningsproces op basis van een kwaliteitsbeleid en aan de hand van een samenhangend kwaliteitssysteem. Eveneens is nieuw dat daarmee de huidige vaak impliciete zorg voor kwaliteit expliciet wordt gemaakt en daarmee door anderen te beoordelen valt. In de gezondheidszorg is het bovendien relatief nieuw te checken of het produkt voorziet in de behoeften van gebruikers (patiënten, verwijzers, enz.).

Innovatietheorieën trachten te verklaren welke overwegingen een rol spelen bij het al dan niet invoeren van een vernieuwing en welke factoren hierop van invloed zijn. Er worden drie typen factoren onderscheiden: de kenmerken van de vernieuwing, de kenmerken van de organisatie en de invoeringsstrategieën (8). Vanuit deze drie invalshoeken wordt in dit rapport naar de invoering van kwaliteitssystemen gekeken.

a) **Kenmerken van de vernieuwing.** In zijn algemeenheid blijkt dat een vernieuwing gemakkelijker verloopt wanneer deze niet te complex is en wanneer deze deelbaar of experimenteerbaar is (d.w.z. niet direct in zijn totaliteit maar stapsgewijze kan worden ingevoerd). Ook de gepercipieerde voordelen van de vernieuwing en de mate waarin deze zichtbare resultaten oplevert dragen bij aan de acceptatie van de vernieuwing.

De verwachting is derhalve dat de invoering van een kwaliteitssysteem minder problemen geeft als het systeem niet al te complex is, stapsgewijze ingevoerd kan worden en voor de betrokkenen voordelen of zichtbare resultaten oplevert.

- b) **Kenmerken van de organisatie.** In een organisatie kunnen zowel culturele als structurele factoren een rol spelen bij de invoering. Structurele factoren zijn de omvang, de complexiteit van de organisatie en de leiderschapsstijl en de wijze waarop de besluitvorming verloopt (bijvoorbeeld autoritair of democratisch). Daarnaast kan de organisatie hecht en hiërarchisch of los georganiseerd zijn: in een hiërarchische organisatie kan het doorvoeren van een vernieuwing via de lijnfuncties verlopen hetgeen bij een platte organisatie niet het geval is. Als er veel communicatie tussen afdelingen bestaat zal de vernieuwing zich gemakkelijker verspreiden (verticale communicatie) dan wanneer de afdelingen gescheiden opereren (eilandvorming). In dat laatste geval zal elk 'eiland' bereikt moeten worden. Bij de cultuur van een organisatie maakt Rogers (8) een globaal onderscheid tussen op stabiliteit en op vernieuwing gerichte organisaties, waarbij de laatste getypeerd kunnen worden als de voorlopers in een sector. Volgens Rogers bestaat er nog geen duidelijkheid over de mate waarin deze factoren de implementatie beïnvloeden. Er is sprake van een zeer complex proces waarin ook persoonlijke factoren en informele contacten een rol spelen. Het formuleren van vooronderstellingen over de wijze waarop deze factoren de invoering van kwaliteitssystemen beïnvloeden lijkt dan ook prematuur. Op een open wijze zal worden gevraagd naar de wijze waarop de invoering verloopt en naar de factoren die de invoering bevorderen dan wel belemmeren.
- c) **Invoeringsstrategieën.** Invoeringsstrategieën zijn maatregelen om de medewerking van de organisatie te verkrijgen. Dit begint bij het bewustmaken van de organisatie: waaruit bestaat de vernieuwing en wat is daar nieuw aan? Vervolgens wordt geprobeerd de vernieuwing geaccepteerd te krijgen door het belang ervan aan te tonen en de organisatie enthousiast te maken. De volgende fase is het leren van vaardigheden om de vernieuwing in te voeren en het creëren van de noodzakelijke voorwaarden. Tot slot moeten maatregelen genomen worden om te zorgen dat dit alles beklijft en regulier wordt. Strategieën die genoemd worden zijn het verstrekken van informatie, het inschakelen van sleutelfiguren, het zorgen voor incentives of het geven van feedback. De veronderstelling is dat de invoering van een kwaliteitssysteem soepeler zal verlopen naarmate meer aandacht aan deze invoeringsstrategieën is besteed.

Al deze factoren staan niet los van elkaar maar kunnen elkaars effect versterken of teniet doen. Als de invoeringsstrategieën passen bij de gekozen vernieuwing en de gekozen vernieuwing past bij de cultuur van de organisatie zal de invoering soepeler verlopen (8).

Bovengenoemde factoren zijn verwerkt in een lijst met aandachtspunten (bijlage 2). Deze lijst werd in het interview gebruikt als een geheugensteun om op relevante onderwerpen door te vragen. Vanwege de grote diversiteit aan kwaliteitssystemen had het interview zelf een open karakter. De leidraad in het interview waren de volgende vier algemene vragen:

- a) Wat waren de belangrijkste redenen om een kwaliteitssysteem in te voeren? Streeft men daarbij wel of niet naar certificering?
- b) Waaruit bestaat het huidige kwaliteitssysteem, dat wil zeggen hoe ziet het systeem eruit?
- c) Hoe is men te werk gegaan bij het implementeren c.q. invoeren van het systeem?
- d) Welke problemen doen zich voor bij het invoeren van het kwaliteitssysteem en welke factoren bemoeilijken of vergemakkelijken de invoering?

## 1.4 Methode en opzet

### Methode

De gegevensverzameling vond plaats door middel van open interviews. Bij de instellingen werden de interviews gehouden met directie of management omdat bij instellingen het kwaliteitsbeleid op directieniveau gestalte krijgt en op dat niveau de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsmanagement berust.

Bij beroepsbeoefenaren is er geen centraal management. Daarom zijn bij beroepsbeoefenaren de voorzitters of coördinatoren van lokale of regionale beroepsgroepen of -verenigingen geïnterviewd.

Evenals vorig jaar strekt ook dit onderzoek zich in principe uit over de gehele gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg.

Omdat sommige sectoren nog bezig zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en derhalve nog geen ervaring met het invoeren van een kwaliteitssysteem hebben opgedaan, worden deze sectoren in het onderzoek buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek geeft dus geen representatief beeld maar betreft een selecte groep.

## **Afbakening**

Het onderzoek spitst zich toe op kwaliteitssystemen volgens de letterlijke definitie:

"de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg". Kortweg, het systeem waarmee de organisatie de kwaliteit beheerst (kwaliteitsmanagement).

Bij beroepsbeoefenaren wordt gekeken naar de onderlinge samenhang tussen deelsystemen (gedacht kan worden aan toetsing, nascholing, patiëntenfeedback, feedback van verzekeraars enz.).

Om pragmatische reden was voorwaarde voor deelname aan het onderzoek dat het kwaliteitssysteem op schrift staat: de interviewtijd (anderhalf uur) kon dan besteed worden aan het proces van invoering. Voorafgaand aan het interview werd de documentatie over het kwaliteitssysteem opgevraagd door de onderzoekers en bestudeerd.

De rapportage is anoniem. De conceptrapportage is aan alle geïnterviewden voorgelegd zodat feitelijke onjuistheden gecorrigeerd konden worden en de onherkenbaarheid - als men dat wenst - gewaarborgd is.

## **1.5 Respondenten: typering van instellingen en organisaties**

Aan de koepelorganisaties van de hierna genoemde instellingen en beroepsbeoefenaren (zie schema 1) werd gevraagd minstens één, en indien er grote variatie binnen de sector bestaat meerdere, adressen te geven van instellingen die vergesorderd zijn met de invoering van een kwaliteitssysteem. Deze instellingen zijn vervolgens door ons benaderd met de vraag of zij aan het onderzoek mee wilden werken (zie bijlage 3).

## Schema 1 Koepelorganisaties met tussen haakjes het aantal benaderde instellingen en organisaties

Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs (2)	Ziekenhuizen (3)
Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk (3)	Ziekenhuislaboratoria (2)
Instellingen voor Gehandicaptenzorg (2)	Apothekers (2)
Instellingen voor Thuiszorg (3)	Fysiotherapeuten (4)
Psychiatrische ziekenhuizen (2)	Gezondheidscentra (3)
RIAGG's (1)	Huisartsen (2)
Sociaal Pedagogische Diensten (0)	Medisch Specialisten (2)
Verpleeghuizen (3)	Tandartsen (1)
Verzorgingshuizen (1)	

Van de 17 benaderde koepelorganisaties werkten 16 koepelorganisaties aan het onderzoek mee. Eén koepelorganisatie (SOMMA) vond medewerking in deze fase nog niet zinvol omdat nog weinig ervaring met het invoeren van een kwaliteitssysteem was opgedaan.

De overige koepelorganisaties verschaften te samen 37 adressen van instellingen of beroepsbeoefenaren die volgens de koepelorganisatie in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek. Alle op één na deden aan het onderzoek mee. Ook hier was de (enige) reden van weigering dat men nog te weinig ervaring met de invoering van een kwaliteitssysteem had opgedaan.

De bevindingen in dit rapport zijn gebaseerd op 36 interviews, 22 daarvan betreffen instellingen, 14 betreffen de beroepsbeoefenaren. We geven eerst een korte typering van de instellingen en vervolgens van de geïnterviewde beroepsbeoefenaren.

De omvang van de participerende instellingen verschilt van 20 medewerkers in de kleinste instelling tot meer dan 4000 medewerkers in de grootste instelling. In tabel 1.1 is de omvang van de 22 instellingen te zien.

Tabel 1.1 Aantal medewerkers per instelling (N=22)

20 medewerkers of minder	2 instellingen
50 - 100 medewerkers	5 instellingen
100 - 500 medewerkers	7 instellingen
500 - 1000 medewerkers	2 instellingen
meer dan 1000 medewerkers	6 instellingen



In de categorie 'kleinere instellingen' (tot 100 medewerkers) zijn interviews gehouden met instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, Verzorgingshuizen, en Ziekenhuislaboratoria. De geïnterviewde verpleeghuizen, Riagg en de consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs hadden tussen 100 en 500 medewerkers in dienst.

Tot de grootste instellingen (meer dan 1000 medewerkers) behoorden ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen.

Onder de thuiszorginstellingen en de instellingen voor gehandicaptenzorg waren zowel kleine als grote instellingen vertegenwoordigd.

Naast een verschil in omvang is er een verschil in de mate waarin intramuraal dan wel extramuraal wordt gewerkt (zie noot 2).

De geïnterviewde beroepsbeoefenaren zijn globaal in te delen in het wel of niet werken in een vast organisatorisch verband met een centrale coördinatie.

Bij apotheken en gezondheidscentra (respectievelijk 2 en 3 interviews) is sprake van een organisatorisch verband met een centrale directie respectievelijk coördinatie. Ditzelfde geldt voor de medische staven in het ziekenhuis.

Bij de vijf interviews die betrekking hebben op lokale groepen huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten is dat niet het geval.

Tot slot zijn twee interviews gehouden met vertegenwoordigers van regionale verenigingen in de fysiotherapie die op regionaal niveau een kwaliteitsbeleid gaan voeren.



## 2. REDENEN VOOR INVOERING VAN EEN KWALITEITSSYSTEEM

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft wat voor instellingen en beroepsbeoefenaren redenen zijn om een kwaliteitssysteem in te voeren. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in interne en strategische (externe) redenen. Interne redenen hebben betrekking op de organisatie zelf: het oplossen van bestaande problemen kan voor een organisatie een reden zijn om een kwaliteitssysteem in te voeren (paragraaf 2.2). Strategische redenen hebben een extern karakter bijvoorbeeld het anticiperen op de stelselwijziging (paragraaf 2.3). De vraag of men wel of niet naar certificatie streeft komt in paragraaf 2.4 aan de orde. In de laatste paragraaf (2.5) worden de bevindingen samengevat.

### 2.2 Interne redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem

Interne redenen moeten onderscheiden worden van strategische redenen. Bij interne redenen gaat het erom of een kwaliteitssysteem wordt ingevoerd als (hulp)middel om problemen in (het functioneren van) de instelling op te lossen, strategische redenen hebben te maken met de marktpositie van de instelling. De genoemde interne redenen voor de invoering van een kwaliteitssysteem zijn in tabel 2.1 vermeld (zie bijlage 4 voor de details).

Tabel 2.1 Interne redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem bij instellingen (N=22)

Kwaliteit heeft altijd al prioriteit	10
Aansluiten bij de tijdgeest en de ontwikkelingen	9
Reorganisatie, fusie, uitbreiding	9
Doelmatiger, efficiënter, procesmatiger werken	7
Verantwoordelijkheid/idealisme van de directie	6
Visitatie/toetsing als aanleiding	3
Overig	6
Totaal	50

Alle instellingen noemen een of meer interne redenen. Een van de meest genoemde redenen voor het werken aan een kwaliteitssysteem

is het feit dat dit bij de cultuur van de organisatie hoort en dat men kwaliteit en vernieuwing altijd al hoog in het vaandel had. Als illustratie daarvan wordt genoemd het stellen van hoge eisen aan het personeel, het meedoen aan de 'Kwaliteit- en Doelmatigheidsprojecten van het NZI (overigens ook genoemd als aanleiding om systematisch met kwaliteitsbeleid aan de gang te gaan) en het instellen van kwaliteitscommissies. Hoewel de meerderheid van mening is dat het een geleidelijke ontwikkeling is die midden jaren tachtig begon, wordt de periode 1988-1990 door 13 geïnterviewden gezien als een soort omslagpunt waarbij kwaliteitszaken wat meer gestroomlijnd en wat systematischer aangepakt gingen worden.

Verwant hiermee is de tweede aanleiding, het aansluiten bij de tijdgeest en de maatschappelijke ontwikkelingen. Ter illustratie wijzen de geïnterviewden op de cliëntgerichte en marktgerichte benadering van de laatste jaren en de toenemende eisen van patiënten en familie. Enkele citaten:

*"Het was de tijdgeest om meer marktgericht en cliëntgericht te gaan denken en de familie ging meer eisen stellen".*

*"We willen van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte organisatie. Dat vereist een grote attitude-verandering. Iedereen vindt wel dat we cliëntgericht werken, maar als je werkelijk kijkt dan wordt er nog heel sterk vanuit het aanbod en vanuit de professional gedacht en nog maar heel weinig vanuit de cliënt".*

*"De organisatie moet zich aanpassen aan de bewoner en niet andersom".*

*"De gezondheidszorg is meer gericht op methodes en organisatie dan op de mensen waarvoor zij het doet".*

Een derde aanleiding was een verandering in de organisatie zelf. Reorganisaties of fusies, en ook uitbreiding van het zorgaanbod, waren de aanleiding om de uitgangspunten van het beleid opnieuw te formuleren en een nieuwe identiteit te verwerven. Met name in de sector van de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen, waar de laatste jaren grote veranderingen hebben plaatsgevonden, wordt dit als aanleiding genoemd. Ter illustratie een voorbeeld van een verpleeghuis waar het zorgaanbod werd uitgebreid.

*"Het omslagpunt was duidelijk het moment waarop we naast somatische zorg ook psychogeriatrische zorg aan gingen bieden. Vooruitlopend op de bouwplannen werden psychogeriatrische patiënten door ons opgevangen in een dependance, kleinschalig en primitief. Door de sfeer en het patiëntvriendelijke klimaat dat daar*

*ontstond werd het opeens duidelijk hoe je óók met mensen om kunt gaan. De familie was zeer betrokken, werkte net zo hard mee en werd niet als een bedreiging ervaren. Die ervaring heeft zijn uitstraling gehad naar de gehele organisatie en dus ook naar de somatische zorg. Tot dan toe was die erg medisch/therapeutisch ingevuld en werd de bemoeienis van familie als een bedreiging gezien. Deze nieuwe manier van met elkaar omgaan is toen door ons (directie) in een nieuw beleid vertaald en concreet doorgevoerd."*

De wens om doelmatiger, efficiënter en procesmatiger te werken wordt 7 maal als reden voor kwaliteitszorg genoemd. Ter illustratie: "De doorstroming van patiënten was een probleem en door de eilandvorming in de organisatie was de samenhang verloren gegaan. De directie had onvrede met de gang van zaken. Het was nodig meer procesmatig te gaan werken, dat wil zeggen meer samenhang te brengen in de totale zorg rond een patiënt van opname tot ontslag". Enkele geïnterviewden wezen op de directieverantwoordelijkheid in deze. In een ziekenhuis wilde de intercollegiale toetsingscommissie breder gaan werken, niet alleen als medische staf maar integraal door het hele ziekenhuis.

### **Beroepsbeoefenaren**

De beroepsbeoefenaren noemen minder interne redenen voor het invoeren van kwaliteitszorg dan de instellingen (zie bijlage 4) en deze zijn diffuus van karakter. Een duidelijke startdatum wordt doorgaans niet gegeven en varieert van 1973 tot en met 1992.

De meest genoemde reden is ook bij de beroepsbeoefenaren dat kwaliteit altijd al de aandacht heeft (6 maal genoemd) en dat beroepsinhoudelijke interesse en idealisme daarin een rol spelen (6 maal genoemd). In de fysiotherapie hebben regionale verenigingen een taak gekregen in het stimuleren van kwaliteitszorg en zij hebben deze taak ter hand genomen. In een apotheek was een reden dat er door het personeelsverloop onduidelijkheden in de kwaliteitsbewaking waren geslopen en in een gezondheidscentrum kwam er door de aanstelling van een coördinator meer tijd vrij voor systematische kwaliteitszorg. Tot slot worden 'bijblijven' en 'vóórblijven' als argumenten genoemd.

### **2.3 Strategische redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen**

Strategische redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem hebben betrekking op het verwerven, behouden of uitbreiden van de positie op de markt. In tabel 2.2 zijn deze strategische redenen weergegeven (zie voor details bijlage 4).

Tabel 2.2 Strategische redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem bij instellingen (n=15)

voortbestaan; behouden van budget of financiering	9
marktpositie, werken aan het imago van de instelling	4
anticiperen op stelselwijziging (incl Leidschendam)	4
anticiperen op (toekomstige) eisen verzekeraars	4
anticiperen op nieuwe wetgeving	4
anticiperen op certificering	3
overig	5
<b>Totaal</b>	<b>33</b>

Van de 22 instellingen zeggen 15 directies dat externe redenen wél en 7 dat deze geen rol speelden. Een van hen merkt op: "de stelselherziening speelde geen rol, wij waren al lang bezig, en dat betekent dat we straks een serieuze partner voor welke financier dan ook zijn". Ook anderen wijzen erop dat zij al veel langer bezig waren.

Degenen die wel strategische redenen aanvoeren noemen het meest frequent het verzekeren van het voortbestaan en het handhaven van de positie op de markt. Men anticipeert daarmee op de toekomstige stelselwijziging en verandering in wetgeving en de eisen die verzekeraars dan mogelijkwijze zullen gaan stellen. Drie instellingen, waaronder de twee laboratoria, streven duidelijk naar certificering, terwijl ook een ziekenhuis dit als toekomstmogelijkheid noemt. Voor de overige instellingen was toekomstige certificering geen reden om een kwaliteitssysteem in te voeren. We gaan daar in de volgende paragraaf nader op in.

### **Beroepsbeoefenaren**

Bij de beroepsbeoefenaren noemden drie geïnterviewden geen strategische reden voor de invoering van kwaliteitsbewakende systemen; "je professionele trots moet zo groot zijn dat je dat soort dingen vóór bent". De overige geïnterviewden noemden 25 redenen die in grote lijnen vergelijkbaar zijn met die van de instellingen (zie ook bijlage 4).

Tabel 2.3 Strategische redenen voor het invoeren van kwaliteitsbewakende systemen bij beroepsbeoefenaren (n=11)

(markt)positie in de gezondheidszorg, profilering	8
anticiperen op stelselwijziging en wetgeving	7
anticiperen op eisen van externe partijen	5
(verzekeraars, patiënten, inspectie, herregistratie)	5
overig	5
Totaal	25

Ook bij beroepsbeoefenaren zijn het behouden van de (markt)positie, het anticiperen op stelselwijziging en wetgeving en in het verlengde daarvan het anticiperen op toekomstige eisen van externe partijen de meest genoemde redenen om systematisch aandacht aan kwaliteit te besteden. Bovengenoemde factoren hangen met elkaar samen en lijken een indicatie te zijn van een nieuwe koersbepaling bij een veranderende (onzekere) regelgeving. Mogelijke certificering wordt bij beroepsbeoefenaren slechts éénmaal als reden genoemd (apothek).

## 2.4 Certificering

De meerderheid van de geïnterviewden is van mening dat het kwaliteitssysteem een middel is om externe verantwoording af te leggen of een rol speelt bij externe beoordeling. Eén geïnterviewde merkt op dat de cliënt er recht op heeft dat de verzekeraar kwaliteitseisen stelt.

Ten aanzien van certificering is men terughoudend en daar wordt verschillend over gedacht (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4 Meningen ten aanzien van certificering bij instellingen (N=22)

Certificering is (nog) niet aan de orde	9
Certificering geen doel op zich	6
Veel bezwaar tegen certificering	3
Certificering is wel het doel	4

Volgens de meeste geïnterviewden is certificering niet het primaire doel van het kwaliteitssysteem. Acht geïnterviewden achten certifi-

cering nog niet aan de orde, "het leeft nog niet in de sector". Eenmaal wordt opgemerkt dat de koepelorganisatie zelf een methode ontwikkelt voor beoordeling van het kwaliteitssysteem in de vorm van visitatie (verzorgingshuizen (12,13)).

Zes geïnterviewden hebben het kwaliteitssysteem niet ingevoerd met het oog op eventuele toekomstige certificatie, maar, zo zegt men, indien een vorm van certificering wordt ingesteld heeft men geen bezwaar tegen beoordeling van het kwaliteitssysteem. Enkele citaten:

*"Als er een kwaliteitscertificering komt dan wil ik niet het laatste verpleeghuis zijn dat een certificaat krijgt, maar ik hoef echt niet de eerste te zijn".*

*"Wij zijn daar terughoudend in. We werken liever vanuit eigen motieven aan kwaliteit dan voor het stempel van certificatie. Want je kunt een slecht lopende organisatie uitstekend certificeren".*

*"Ik ben bang voor het certificeren van de etalage. Het hebben van een heleboel regelingen dat zegt mij niets. Dat is iets anders dan een doorleefd systeem. Ik ben niet tegen certificatie, maar ik denk dat het niet veel anders zal zijn dan de nu geldende erkenningseisen".*

Expliciet tegen certificatie zijn drie geïnterviewden, waarbij men de volgende argumenten aanvoert:

*"Het is van levensbelang voor de ontwikkeling van kwaliteit dat we absoluut nog afblijven van certificering. Geen auditlijsten, punten optellen en dan een cijfer geven. Dat is iets wat we de eerstkomende 10 jaar absoluut niet moeten doen. Dat is dodelijk. We moeten in onze bedrijfstak eerst kwaliteits-minded worden en dat is een proces waar we zelf doorheen moeten. Ons inziens wordt dat absoluut niet bevorderd door de knoef".*

*"Certificering komt er zeker van maar wij hopen dat het nog heel lang duurt. Onze terechte zorg is dat certificering een papieren systeem wordt bedoeld om sterren te krijgen. Dat is iets waar het nu net niet omdraait. Het is een hausse, ook in het bedrijfsleven. Snelle papieren acties achter het bureau om het handboek ingevuld te krijgen en de processen in kaart te brengen, alleen maar uit marktoogpunt".*

Argumenten vóór certificatie zijn volgens geïnterviewden de volgende, waarbij twee van hen zich ook uitspreken over de certificerende instantie:

*"Uiteindelijk moet het certificatie opleveren maar dat stempeltje is toch niet het belangrijkste. De invoering van dit kwaliteitssysteem moet de kwaliteit verhogen en dat gebeurt pas als er sprake is van een mentaliteitsverandering. Daarbij zal certificering wel helpen want als om de twee jaar steeds opnieuw gekeken wordt zal de motivatie niet verslappen. Dat was nu bij de interne audits ook goed te merken. Wij zullen daarom ook zelf een schema van interne audits opstellen waarbij om de een of twee jaar het gehele systeem doorgelopen wordt".*



*"Landelijk gezien moet het er zo snel mogelijk komen, zeker als de stelselwijziging doorgaat want je moet weten op basis waarvan je concurreert. Nu is het helaas al zo dat in een aantal sectoren wordt gedacht "als we snel dat certificatietraject inschieten dan lopen we straks voorop en krijgen wij voor de hele regio het monopolie van de verzekeraar. Dat zal helemaal niet gebeuren maar het zet wel een trein in beweging".*

*"We hebben nog geen afgewogen ideeën over wie moet gaan certificeren. Ik kan me voorstellen dat het naar buiten toe toch voordelen heeft om een objectief bureau te laten certificeren, maar ik kan me ook voorstellen dat je je als koepelorganisatie verantwoordelijk voelt voor een goede kwaliteit van alle instellingen die aan je verbonden zijn".*

*"Als dat certificatietraject in beweging komt, dan krijg je al die organisatie-adviesbureaus met beloftes van hier tot ginder en het ene model na het andere. Dat brengt zoveel kosten met zich mee dat je daar beter afstemming en coördinatie in aan kunt brengen en wel zo snel mogelijk".*

## **Beroepsbeoefenaren**

Bij beroepsbeoefenaren streeft niemand naar certificering. Wel merkt een geïnterviewde op "gewild of niet, certificering zal er ongetwijfeld komen en herregistratie ook". Vanuit gezondheidscentra wordt gezegd dat het belangrijkste is te voldoen aan de kwaliteitskenmerken van de koepelorganisatie "of dat al of niet aan certificering gebonden is maakt niet veel uit". Een apotheker merkt op dat certificering nu al gebeurt omdat aan de intercollegiale toetsing (georganiseerd door de koepelorganisatie) certificaten verbonden zijn.

Samenvattend streeft een enkeling naar certificering en is de grote meerderheid terughoudend. Drie geïnterviewden zijn expliciet tegen certificering. De argumenten komen erop neer dat echte kwaliteitsbewaking en -bevordering door interne drijfveren moet ontstaan en in stand gehouden moet worden en niet door externe dwang.

## **2.5 Samenvatting en discussie**

De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is: wat zijn voor instellingen en beroepsbeoefenaren de belangrijkste redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen? Daarbij is onderscheid gemaakt in interne redenen (een kwaliteitssysteem als oplossing voor interne problemen van de instelling) en strategische redenen (een kwaliteitssysteem ter versteviging van de marktpositie).

## **Interne redenen**

Bij de interne redenen die genoemd worden valt op dat instellingen meer interne redenen noemen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem dan beroepsbeoefenaren. Onze interpretatie is dat instellingen vaker een kwaliteitssysteem zien als een middel om het interne functioneren te verbeteren dan beroepsbeoefenaren. Deze laatste noemen beroepsinhoudelijke interesse als belangrijkste reden voor kwaliteitszorg. Als het inderdaad zo is dat de systemen bij de instellingen vaker een interne functie vervullen dan bij de beroepsbeoefenaren dan valt te verwachten dat de invoering ervan bij de instellingen hierdoor een extra stimulans krijgt. We zullen dat in hoofdstuk 5 zien.

Als meest frequente reden of beter gezegd verklaring voor het invoeren van kwaliteitssystemen wordt gewezen op de cultuur van de instelling en het feit dat men kwaliteit (en vernieuwing) altijd al hoog in het vaandel had. Men spreekt van een geleidelijke en logische ontwikkeling. In hoeverre dit kenmerkend is voor de 'voorlopers' in een sector is niet bekend. Het lijkt erop dat men de invoering van een kwaliteitssysteem niet zozeer als een vernieuwing ziet maar als een verdere stap in een al lang ingezette ontwikkeling.

Als tweede reden wordt genoemd dat zorg voor kwaliteit goed aansluit bij de al eerder ingezette ontwikkelingen naar een meer marktgerichte en cliëntgerichte benadering. Men verwijst hierbij naar de tijdgeest. Het lijkt erop dat men met het kwaliteitssysteem een hulpmiddel in handen heeft gekregen om deze markt- en cliëntgerichte benadering wat systematischer vorm te geven. Toetsen of het produkt voorziet in de behoeften van gebruikers is onderdeel van elk kwaliteitssysteem.

## **Strategische redenen**

Strategische redenen zijn zowel voor instellingen als beroepsbeoefenaren het behouden of verbeteren van de marktpositie door profilering op kwaliteit of door het zichtbaar maken van de kwaliteit. Enerzijds wijst men erop dat dit altijd al het beleid van de instelling was, anderzijds wordt de periode 1988/89/90 genoemd als een omslagpunt naar meer stroomlijning en systematisering van de kwaliteitsbewaking. Bij beroepsbeoefenaren is dit omslagpunt minder zichtbaar.

Als strategische redenen worden genoemd het anticiperen op de stelselwijziging en de nieuwe kwaliteitswetgeving en (naar men mag

aannemen gekoppeld daaraan) de toekomstige eisen van verzekeraars. Strategische redenen hadden bij een aantal geïnterviewden weinig en bij anderen veel gewicht. Bij ziekenhuizen en verpleeghuizen werd er bijvoorbeeld weinig gewicht aan gehecht terwijl instellingen voor Thuiszorg en voor Algemeen Maatschappelijk Werk er meer gewicht aan hechtten. In dit laatste geval wezen de geïnterviewden op de concurrentie in de thuiszorg en de afhankelijkheid van gemeentelijke subsidies. Hoewel wij op grond van enkele interviews geen uitspraken over een sector kunnen doen mag men aannemen dat strategische redenen minder gewicht in de schaal leggen als men in een sterke positie verkeert dan wanneer men in een meer afhankelijke positie verkeert. In dat laatste geval wordt het kwaliteitssysteem gezien als een middel om de positie te versterken.

De redenen die instellingen noemen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem verschillen in één belangrijk opzicht van de redenen die vorig jaar door de koepelorganisaties werden genoemd. De directies van de instellingen noemen meer interne redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen terwijl koepelorganisaties relatief meer strategische redenen noemden, met name de verwachte stelselwijziging en het nakomen van de Leidschendamafspraken. Dit verschil tussen koepels en veld is verklaarbaar vanuit de gedachte dat de koepelorganisaties de strategische belangen van de gehele sector behartigen terwijl de directie van de instelling in de eerste plaats de positie en sturing van de eigen instelling ter harte gaat. In hoeverre dit betekent dat instellingen in de systemen andere accenten leggen dan de koepelorganisaties zal in de loop van dit rapport duidelijk worden.

### **Certificering**

De meerderheid van de geïnterviewden is terughoudend over certificering. De terughoudendheid wordt enerzijds veroorzaakt omdat men 'nog niet zover is'. Anderzijds wordt gevreesd dat het bij certificeren alleen om de 'etalage' gaat of om een 'papieren systeem', zoals de geïnterviewden opmerkten en dat alleen naar procedures wordt gekeken of naar een bodemkwaliteit.

Een minderheid die wel naar certificering streeft (laboratoria en apotheken) ziet het als een middel om de aandacht voor het kwaliteitssysteem niet te laten verslappen. De concurrentiepositie lijkt een verklarende factor voor het al dan niet streven naar certificering.

De opvattingen over certificatie in het veld zijn in grote lijnen vergelijkbaar met die van de koepelorganisaties, zoals uit het vorige

onderzoek bleek (1). In 1992 was de meerderheid van de koepelorganisaties van mening dat certificering nog niet aan de orde was zolang er geen kwaliteitssystemen operationeel waren. Ook toen streefde een minderheid (laboratoria, apotheken, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen) wel naar certificering. Overigens lijkt het erop dat met name koepelorganisaties van sectoren die in een concurrentiepositie verkeren minder terughoudend over certificering zijn dan twee jaar geleden (14).

Aan certificaten blijkt een verschillend gewicht te worden toegekend. Bij de ziekenhuislaboratoria wordt het certificaat gebaseerd op externe beoordeling terwijl apotheken en verzorgingshuizen een certificaat verwerven op grond van intercollegiale toetsing of visitatie (12). Verwant hiermee is de onduidelijkheid over de organisaties die zich in de toekomst als certificerende instantie zullen opwerpen. De vraag welke rol de koepelorganisaties bij toekomstige certificatie willen spelen staat nu nog open. In verband met deze onduidelijkheid heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid recent een advies uitgebracht waarin voorgesteld wordt een commissie in het leven te roepen om certificering te harmoniseren (14).

In hoeverre certificering in de gezondheidszorg een rol van betekenis gaat spelen is nog onduidelijk. Wettelijke regelingen zijn niet te verwachten. Een interessante vraag is of certificering een eigen leven gaat leiden zonder dat de koepels en het veld daar expliciet behoefte aan hebben en welke krachten dat dan veroorzaken.

### 3. KENMERKEN VAN VERSCHILLENDE TYPEN SYSTEMEN

#### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de kenmerken van de verschillende typen kwaliteitssystemen die op dit moment worden ingevoerd. Er wordt kort ingegaan op de overeenkomsten en verschillen en van elk type wordt een voorbeeld beschreven. Er wordt niet ingegaan op de details. In diverse sectoren zijn daar inmiddels publikaties over verschenen (Handboek Kwaliteit van Zorg; de jaargangen van Kwaliteit in Beeld; de inventarisaties van het NZI (15-18).

In paragraaf 3.2 staan de systemen van de instellingen centraal en in paragraaf 3.3 die van de beroepsbeoefenaren. Paragraaf 3.4 beschrijft de wijze waarop systemen gedurende de invoering bijgesteld of veranderd worden, het ontwikkelingstraject. Het hoofdstuk eindigt met de samenvatting en discussie.

#### 3.2 Kwaliteitssystemen bij instellingen

Uit de vorig jaar gehouden inventarisaties blijkt dat een onderscheid te maken valt tussen kwaliteitssystemen conform de ISO-systematiek en systemen die stapsgewijze tot stand komen door samenvoeging van bestaande kwaliteitsbewakende procedures (1). Op grond van het huidige onderzoek is daarin een verder onderscheid aan te brengen, zoals tabel 3.1 laat zien.

Tabel 3.1 Wijze waarop kwaliteitssystemen bij instellingen tot stand komen

a) bundeling en uitbreiding van bestaande instrumenten	7
b) projectgewijze: systematische 'verbeter'projecten	9
c) totaalsystemen (inclusief de ISO-systematiek)	6
Totaal	22

Globaal zijn 3 typen systemen te onderscheiden: a) systemen die samengesteld worden door bundeling, afstemming en uitbreiding van bestaande instrumenten, b) systemen die projectgewijze tot

stand komen en die bestaan uit continue 'verbeterprojecten' en c) systemen die eerst in z'n totaliteit ontwikkeld worden en vervolgens in de gehele organisatie worden ingevoerd. Naast verbeteren ligt het accent hier mede op besturen en bewaken.

De typen systemen zijn voor een deel aan bepaalde sectoren gebonden: alle drie de AMW-instellingen gaan uit van een bundeling van de bestaande activiteiten, de drie ziekenhuizen gaan projectgewijze te werk, de laboratoria hanteren de ISO-systematiek en een RIAGG werkt met een besturingssysteem. In de overige sectoren komen verschillende aanpakken voor. We lichten het gemaakte onderscheid toe.

ad.a Bij zeven instellingen worden de bestaande instrumenten tot een overzichtelijk geheel gebundeld. In het vervolg van dit rapport aangeduid als 'bundelings'-systemen. Als kader gebruiken vier instellingen de door de koepelorganisatie ontwikkelde Kwaliteitskenmerken en twee instellingen gebruiken de ISO-systematiek als referentiekader (niet als systeem). Overigens zijn ook de door de koepels ontwikkelde Kwaliteitskenmerken vaak een afgeleide van de ISO-systematiek. Deze kaders worden gebruikt om nieuwe instrumenten toe te voegen (bijvoorbeeld satisfactiemetingen). Opvallend is dat 3 van de 7 directies zeggen de term kwaliteit intern zoveel mogelijk te vermijden maar praten over 'goede zorg geleverd door een goede organisatie'.

ad.b Het tweede type kwaliteitssysteem bestaat - naast de gangbare kwaliteitsbewaking - uit 'verbeterprojecten'. In de instelling wordt systematisch en projectmatig gewerkt aan het expliciteren en verbeteren van zorgprocessen. Het betekent kritisch kijken naar het produkt of de dienst die men levert. Daarbij wordt volgens een vaste methode gewerkt bijvoorbeeld in kwaliteitskringen (19), kwaliteitsprofielen (20) of een eigen methode (21,22). Deze methode kenmerkt zich door de kwaliteitskringloop (normeren, meten, evalueren, verbeteren én bewaken). Het personeel wordt in de methode geschoold en een coördinator zorgt voor ondersteuning.

Het eindprodukt van een project wordt veelal ter sanctionering aan de directie voorgelegd en aan de gehele organisatie gepresenteerd of bekend gemaakt. De verbeterde procedures worden in een aantal gevallen in een handboek gebundeld om zo geleidelijk aan te komen tot een kwaliteitshandboek.

Bij 'verbeterprojecten' is de onderwerpkeuze van belang. Bij 7 van de 9 instellingen worden onderwerpen ontleend aan de uitkomsten

van een visitatie of interinstitutionele toetsing, aan een inventarisatie van knelpunten of aan een inventarisatie van wensen van patiënten of verwijzers. Ook enthousiaste 'trekkers' in de organisatie nemen initiatieven. De onderwerpen variëren van het verbeteren van de maaltijdistributie tot het verbeteren van een gehele ziekenhuis- of verpleegafdeling. Kenmerkend voor deze projecten is dat deze vaak afdelingsoverstijgend zijn en soms het gehele proces van intake tot ontslag beslaan. Sommige verbeterprojecten leiden tot drastische reorganisaties. Wij komen daar straks op terug.

Bij twee instellingen is deelname aan de verbeterprojecten voor alle afdelingen verplicht zodat de gehele organisatie onderwerp van verbetering is.

In drie instellingen wordt naast de verbeterprojecten gewerkt aan procesbewaking (normering en toetsing) en aan een totale cultuuromslag in de organisatie met als doel integrale kwaliteitszorg.

ad.c. Van de totaalsystemen, ook wel bewakings- of besturingssystemen genoemd, wordt de ISO-systematiek het meest frequent genoemd (3 maal). Het is een allesomvattend systeem en beslaat alle "uitvoeringsprocessen die de kwaliteit van de dienst beïnvloeden" (vanaf het marktonderzoek en de selectie van het personeel tot en met de tevredenheidspeiling van de afnemers). Al deze processen en procedures worden goed gedocumenteerd in een kwaliteitshandboek. De gedachte is dat "hoe beter het proces beschreven kan worden, des te groter is de mogelijkheid om gestructureerd en geordend de beginselen van een kwaliteitssysteem toe te passen" (4). Het bewaken van het proces gebeurt door middel van periodieke metingen en controles (vastgelegd in een informatiesysteem) op grond waarvan men bijstellingen of verbeteringen kan aanbrengen. Het gehele systeem wordt regelmatig gecontroleerd (geaudit) door de directie.

Deze korte typering is ontleend aan de NEN-ISO-9004.2 (Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem). Dit is een handleiding voor het opzetten en invoeren van een kwaliteitssysteem in een dienstverlenende organisatie, waaronder ook de gezondheidszorg wordt begrepen.

De ziekenhuislaboratoria volgen de ISO-systematiek naar de letter terwijl de Landelijke Vereniging van Thuiszorg en de Vereniging van Nederlandse Bejaardenoornden eruit selecteren wat voor de sector relevant is.

Naast de ISO-systematiek werden drie andere bewakings- en besturingssystemen genoemd. In een instelling voor gehandicaptenzorg

wordt gewerkt aan een 'signaleringsysteem'. In dit systeem worden niet alle processen vastgelegd maar worden alleen 'kritische kwaliteitskenmerken' gemeten om mogelijke afwijkingen in kwaliteit te signaleren. In een psychiatrisch ziekenhuis wordt gewerkt aan een 'besturingssysteem' waarbij het gehele zorgproces van intake tot ontslag wordt gemonitored. Op pagina 35 wordt dit systeem beschreven.

Het RIAGG systeem, tot slot, is een gecombineerd besturings-verbeteringssysteem: voor alle activiteiten zijn toetsbare normen ontwikkeld en op grond van regelmatige toetsingen worden verbeterprojecten gestart.

### Verschillen tussen de systemen

De vraag is of de hierboven geschetste verschillen tot uiting komen in de doelen die met het systeem worden beoogd. In tabel 3.2 zijn de beoogde doelen en enkele andere kenmerken van de systemen beschreven, zoals deze door de geïnterviewden werden verwoord.

Tabel 3.2 Genoemde kenmerken van de typen systemen

	Bundeling type a	Verbetering type b	Bewaking type c
<b>Beoogde doelen</b>			
verbeteren zorgverlening	5	9	2
kwaliteit bewaken/verzekeren	1	2	6
verantwoording afleggen	2	1	3
<b>Betrokkenheid externe partijen</b>			
patiënten/consumenten/familie	5	5	3
verwijzers/financiers enz.	4	2	1
<b>Samenhang in het systeem</b>			
totaalsysteem	-	1	5
samenhang via de methodiek	-	6	1
samenhang via het handboek	-	2	-
<b>Verantwoordelijkheid</b>			
directie en lijnfunctionarissen	7	5	6
staf of stuurgroep	-	4	-

De doelen die men met het systeem beoogt komen overeen met de aanpak die men kiest: als bewaken of verzekeren van de kwaliteit het doel is, is gekozen voor een totaalsysteem en als kwaliteitsverbete-



ring het primaire doel is worden een van de twee andere aanpakken gekozen. Hoewel de meeste geïnterviewden van mening zijn dat een kwaliteitssysteem gebruikt kan worden om externe verantwoording af te leggen, blijken de meeste kwaliteitssystemen niet in de eerste plaats met dat doel opgezet te zijn.

Met uitzondering van de ziekenhuislaboratoria is bijna altijd sprake van samenwerking met of raadpleging van patiënten of consumenten. In een minderheid van de gevallen (7 maal) werden ook wensen van verwijzers en financiers geïnventariseerd. Deze raadplegingen betreffen doorgaans wensen ten aanzien van de zorgverlening en niet het systeem zelf.

De samenhang van het systeem is bij de totaalsystemen het duidelijkst zichtbaar omdat met name de ISO-systematiek alle processen en procedures omvat. 'Verbeterprojecten' beslaan doorgaans aspecten of delen van de organisatie. Bij de 'verbeterprojecten' ligt de samenhang in toepassing van dezelfde methodiek of in de bundeling van de 'verbeterde' procedures in een handboek. Bij type a is de samenhang nog niet zichtbaar. Alle geïnterviewden zeggen dat daaraan wordt gewerkt.

Tot slot blijkt de verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg bijna altijd te berusten bij de directie en de normale lijnorganisatie. Slechts in vier gevallen is een stuurgroep of een stafteam met deze verantwoordelijkheid belast (uitsluitend bij de 'verbetersystemen').

Samenvattend onderscheiden de systemen zich met name in het doel dat ermee wordt beoogd (het accent op kwaliteitsbewaking of op kwaliteitsbevordering) en in de aan- of afwezigheid van samenhang binnen het systeem.

### **Overeenkomsten tussen de systemen**

Zijn in het voorgaande de verschillen tussen de systemen benadrukt, verschillen die met name liggen in het doel en de aanpak die men kiest, in het navolgende zal blijken dat er veel inhoudelijke overeenkomsten bestaan met name als men kijkt naar wat er binnen elk kwaliteitssysteem gebeurt. We zullen dat illustreren aan de hand van een voorbeeld van elk type systeem.

#### **Type a) Kwaliteitssysteem als bundeling en uitbreiding van bestaande instrumenten**

In een verpleeghuis (375 medewerkers) wordt alles wat men aan kwaliteit doet gebundeld om te zien of men voldoet aan de 'Kwaliteitskenmerken voor Verpleeghuizen' zoals die zeer recent door de koepelorganisatie zijn geformuleerd. In het beleidsplan is beschreven aan welke eisen de zorgverlening, het

beheer en het personeelsbeleid moet voldoen en welke procedures worden gehanteerd om die eisen te halen. In het Jaarverslag wordt hierover verantwoording afgelegd. Enkele voorbeelden:

- Beheer: ten aanzien van het beheer zijn procedure handboeken gemaakt voor inkoopdienst, personeel en administratie die eens per jaar geëvalueerd en bijgesteld worden. Zaken rond brandpreventie en ontruimingsplan worden elk kwartaal getoetst. Rond brandpreventie en veiligheid zijn werkgroepen ingesteld.
- Personeelsbeleid: er is een personeelsbeleid, een loopbaanbeleid en een systeem van functioneringsgesprekken en exit-interviews. Er is jaarlijks een budget beschikbaar voor studie en scholing. De arbeidsomstandigheden worden getoetst in het kader van de ARBO-wetgeving en er is een scholing geweest voor het hele personeel over arbeidsvoorwaarden en materiële voorzieningen. Speciale werkgroepen houden zich bezig met arbeidsomstandigheden en 'tilgedrag'.
- Zorgverlening: in de zorgverlening wordt gewerkt met individuele zorgplannen. Bij stervensbegeleiding wordt gewerkt volgens het opgestelde protocol. De verpleeghuisartsen hebben een systeem van intercollegiale toetsing. Speciale werkgroepen houden zich bezig met zorgplannen, decubituspreventie, behandelprotocollen, voeding en automatisering. Registratie vindt plaats van Beschermende maatregelen en in het kader van MIP (melding incidenten patiëntenzorg). De resultaten worden in het jaarverslag gepubliceerd.
- Patiënten/familie: er vindt regelmatig overleg plaats met de bewonersraad en de familieraad en de klachtenbehandeling wordt geregeld door de klachtencommissie en de klachtenfunctionaris.

Zeer recent zijn alle rechten (en regels) van de patiënt/bewoner neergelegd in een openbaar document zodat zowel patiënten en bewoners als de medewerkers van het verpleeghuis de zorgverlening daaraan kunnen toetsen. Ter illustratie enkele voorbeelden van deze rechten:

- De hulpverlener legt begrijpelijk uit waarom en met welk doel zij handelt zoals zij handelt.
- De patiënt kan kiezen voor een alternatief dat niet de eerste keuze van de betrokken hulpverlener is.
- De patiënt kan een behandeling weigeren.
- Behalve aan medebehandelaars worden geen mededelingen aan derden gedaan (ook niet aan familie) zonder dat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven.
- De patiënt heeft recht op directe inzage van zijn patiëntendossier
- enzovoorts.

Dit document met rechten en regels is opgesteld door de directie na raadpleging van zowel de bewoners en de familieraad als de medewerkers van het verpleeghuis.

Naast deze concrete zaken wordt sinds 1988 gewerkt aan een 'cultuurverandering' op grond van een nieuwe basisfilosofie: "het toetsen van het zorgbeleid aan de behoeften van de zorgvrager". Deze basisfilosofie is door de directie uitgewerkt in een beleid en door de diverse afdelingen en diensten uitgewerkt in eigen actieplannen. De uitvoering van deze actieplannen wordt door de directie bewaakt in het reguliere managementoverleg. De directie krijgt daartoe altijd alle verslagen van de werkoverleggen van de diensten en afdelingen.

Dit voorbeeld laat zien dat de totale zorg voor de kwaliteit bestaat uit een scala aan activiteiten en kwaliteitsbewakende procedures die in zijn totaliteit 'het kwaliteitssysteem' vertegenwoordigen.

#### **Type b) Kwaliteitssysteem met het accent op verbeterprojecten**

In een groot ziekenhuis (1600 medewerkers) wordt systematisch gewerkt aan verbeterprojecten. Bij deze verbeterprojecten wordt een vaste methode gevolgd gebaseerd op de kwaliteitskringloop: normeren, meten, evalueren, bijsturing en herhaling van de cyclus. Op deze manier ontstaat een aantal nieuwe deelsystemen die samen met de al gangbare procedures te zijner tijd (het streven is drie jaar) het totale kwaliteitssysteem vormen.

Tot de gangbare procedures worden gerekend necrologiebesprekingen, complicatieregistratie, intercollegiale toetsing, visitatie, ongevallen registratie, klachtenbehandeling, satisfactiemeting, enzovoorts, enzovoorts.

Het kwaliteitsbeleid en de basisfilosofie zijn vastgelegd in een beleidsplan. Uitgangspunten zijn patiëntgericht samenwerken en toetsing van de zorgverlening. Kwaliteit is gedefinieerd als "de mate waarin de doelstellingen worden gehaald" en in de verbeterprojecten worden dan ook criteria geformuleerd en wordt de daadwerkelijk verleende zorg gemeten.

Inmiddels zijn verbeterprojecten gerealiseerd ten aanzien van het opname- en ontslagbeleid, het medisch-administratief systeem en het geneesmiddelen-distributie-systeem. Ten aanzien van de zorginhoud zijn Standaard Zorgplannen ontwikkeld voor halfzijdige verlamming (neurologie), prostaatklachten (urologie), chronische knieklachten (orthopedie) en acute hartklachten (cardiologie). Via registratie wordt nagegaan of volgens deze standaarden wordt gewerkt en of bijstellingen nodig zijn.

Bij het maken van Standaard Zorgplannen wordt als volgt te werk gegaan: van een veelvoorkomende diagnose wordt (na het bereiken van consensus) vastgelegd wat de doelstelling van de behandeling is, en welke medische beslissingen achtereenvolgens genomen moeten worden (medisch algoritme). De daadwerkelijke werkwijze wordt geregistreerd op speciale formulieren en deze meting wordt vergeleken met de Standaard. Op grond hiervan worden de noodzakelijk geachte verbeteringen aangebracht.

De verantwoordelijkheid voor de verbeterprojecten ligt bij de afdelingshoofden en beroepsbeoefenaren. Zij worden geschoold in de methode en krijgen ondersteuning van de kwaliteitsfunctionaris. De directie is verantwoordelijk voor het beleid en de randvoorwaarden (sturing).

Nieuwe verbeterprojecten zullen worden gestart op grond van:

- een inventarisatie van de wensen van huisartsen,
- periodieke satisfactiemeting onder patiënten,
- de klachtenregistratie,
- de registratie van gemelde fouten en ongevallen.

Het kwaliteitssysteem dat uiteindelijk zal ontstaan is in feite een bundeling van de gangbare kwaliteitsinstrumenten dat systematisch aangevuld wordt met nieuwe deelsystemen die in verbeterprojecten tot stand komen.

#### **Type c) Kwaliteitssysteem met het accent op besturing of bewaking**

In een groot psychiatrisch ziekenhuis wordt gewerkt aan een besturings-systeem. De kern is een informatie systeem waarmee professionals en

management kunnen bewaken of de behandeling van specifieke categorieën patiënten wordt uitgevoerd conform de opgestelde behandelprogramma's.

De behandelprogramma's zijn afdelingsoverstijgend en bevatten alle handelingen van intake tot en met ontslag. Per patiëntencategorie wordt vastgelegd welke zorg moet worden verleend, met welk doel en door wie. Een dergelijk programma is breder dan een protocol omdat het alle handelingen van alle disciplines omvat (het is als het ware het totale produkt).

Voor elke individuele patiënt wordt het behandelprogramma uitgewerkt in een behandelplan. De uitvoering van dit plan inclusief de uitkomst wordt geregistreerd zodat per patiënt maar ook voor de hele categorie patiënten een overzicht ontstaat van het zorgverleningsproces en de uitkomsten daarvan. In patiëntenbesprekingen wordt de uitvoering en voortgang van het behandelplan bewaakt.

Het opstellen van de behandelprogramma's gebeurt in gezamenlijk overleg met alle betrokken disciplines (psychiater, psycholoog, verpleegkundigen, maatschappelijk werker enzovoorts). Het behandelprogramma bevat niet alleen doelstelling, indicaties, werkwijze en eindtermen maar ook de overlevormen en de deskundigheden die voor uitvoering van specifieke onderdelen nodig zijn. Inmiddels zijn een aantal behandelprogramma's ontwikkeld. De geautomatiseerde registratie verkeert in het experimentele stadium.

Concluderend speelt registratie en informatie een belangrijke rol bij systemen waar het accent op besturing en bewaking ligt. Tot nu toe is bij deze bewakingssystemen alleen ervaring opgedaan met het voortraject, zowel wat betreft het ontwikkelen van ISO-richtlijnen als de hiervoor besproken behandelprogramma's. Het daadwerkelijke registreren en het gebruik van de informatie als bewakings- of besturingssysteem verkeert in de experimentele fase.

Hoewel de aanpakken van de drie typen systemen verschillen is er een sterke inhoudelijke overeenkomst te zien. Zowel bij verbeteren als bij het besturen of bewaken wordt doorgaans de volgende procedure gevolgd: het proces wordt geëxpliciteerd, de ideale situatie wordt gedefinieerd, verbeteringen worden aangebracht en, in meerdere of mindere mate wordt de uitvoering bewaakt of getoetst. Het is als het ware een kritisch doorlopen en aanpassen van het proces.

Het verschil zit met name in de onderwerpkeuze, dat wil zeggen, 'wat' wordt verbeterd en bewaakt? In de ISO-systematiek zijn alle processen onderwerp van kwaliteitsbewaking terwijl in de andere systemen (althans bij de aanvang van het systeem) een keuze wordt gemaakt. Het kiezen van deze onderwerpen kan als volgt gebeuren:

- 1) ad hoc of op basis van zich voordoende problemen (reactief)
- 2) op basis van een probleem-inventarisatie (reactief, systematisch)
- 3) op basis van het kwaliteitsbeleid (pro-actief)

- 4) op basis van kwaliteitsmetingen of systematische raadpleging van gebruikers (pro-actief, systematisch).

Als tweede verschil kan het accent liggen op het gehele zorgproces van intake tot ontslag of op afzonderlijke onderdelen van het 'totale product'. Het eerste alternatief is het meest ingrijpend, mede omdat daarbij ook de inhoud van de zorg kritisch onder de loupe wordt genomen.

In de discussie gaan we nader in op de voor- en nadelen van elke benadering, we bespreken eerst de beroepsbeoefenaren.

### **3.3 Kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren**

Bij de kwaliteitsbewakende en -bevorderende instrumenten bij de beroepsbeoefenaren maakt Grol (6) een onderscheid tussen enerzijds instrumenten die op koepelniveau gebruikt worden voor selectie en screening en waarborging van deskundigheid en anderzijds instrumenten die op individueel of praktijkniveau gebruikt worden voor verbetering en kwaliteitsmanagement. Tot de eerste categorie behoren systemen van registratie en herregistratie, tuchtrecht en accreditatie van bij- en nascholing (23,24). Kenmerkend is dat aan deze systemen sancties verbonden zijn en dat zij voor de gehele beroepsgroep gelden. De hierna volgende beschrijvingen moeten dan ook gezien worden als aanvullingen op deze overkoepelende systemen.

Bij sommige de systemen die op individueel of praktijkniveau gebruikt worden ligt het accent meer op kwaliteitsbevordering (educatie); bij andere systemen ligt meer accent op kwaliteitsbewaking (of besturing). Met nadruk wordt erop gewezen dat de hierna te bespreken voorbeelden geen representatief beeld van de beroepsgroep geven omdat van elke beroepsgroep slechts 2 à 3 personen geïnterviewd zijn.

#### **Accent op verbetering of educatie**

- intercollegiale toetsing (13 geïnterviewden)
- bij- en nascholing (6 maal genoemd)
- patiëntenraadpleging en klachtbehandeling (gezondheidscentra)
- werkafspraken m.b.t. specifieke categorieën patiënten (gezondheidscentra)
- kwaliteits- en verbeterprojecten (huisartsen, medisch specialisten)

- praktijk/maatschap visitatie (gezondheidscentra, huisartsen, medisch specialisten)

### **Accent op besturing of bewaking**

- informatiesystemen/signaleringsystemen, medische verslaglegging/registratie (gezondheidscentra, fysiotherapeuten, huisartsen, medisch specialisten)
- kwaliteitssysteem op basis van de ISO-systematiek (apotheken)

Omdat de inhoud van de meeste systemen bekend wordt verondersteld gaan we vooral in op de samenhang tussen de activiteiten.

Het meest genoemd worden intercollegiale toetsing en na- en bijscholing. Blijkbaar wordt na- en bijscholing dermate vanzelfsprekend gevonden dat het niet altijd expliciet wordt genoemd. Twee geïnterviewden wijzen op de wenselijkheid van gerichte na- en bijscholing op basis van geconstateerde tekortkomingen (25).

In gezondheidscentra vormen de 'Kwaliteitskenmerken voor Gezondheidscentra' (26) het kader bij de invulling van het kwaliteitsbeleid. Elk centrum stelt op basis daarvan eigen prioriteiten in het werkplan. Als gemeenschappelijk element wordt door de geïnterviewden genoemd: schriftelijke patiëntenraadpleging en klachtbehandeling. Voor patiëntenraadpleging en klachtbehandeling zijn uniforme procedures ontwikkeld (27,28).

Een tweede gemeenschappelijk kenmerk in de gezondheidscentra is het systematisch vastleggen van werkafspraken rond veel voorkomende problematiek of specifieke categorieën patiënten. Als voorbeeld worden genoemd werkafspraken rond thuiszorg, dagverpleging, dementie, hypertensie, hart- en vaatziekten, diabetes, astma, geneesmiddelenvoorlichting enzovoorts. De werkafspraken zijn disciplineoverstijgend en hebben met name betrekking op de samenwerking en onderlinge afstemming van de zorg. Veel afspraken zijn ook sectoroverstijgend doordat de afspraken mede betrekking hebben op hulpverleners buiten het Centrum (RIAGG, Kruiswerk, enzovoorts). De werkafspraken worden gebundeld in een (hand)boek en na verloop van tijd geëvalueerd en zondig bijgesteld.

Zeer recent is door de Werkgroep Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (WOK) een handboek samengesteld met een overzicht van de kwaliteitsbevorderende en -bewakende instrumenten in de huisartsgeneeskunde (6). De individuele huisarts (c.q. praktijk) kan aan de hand van dit handboek systematisch 'kwaliteitsprojecten' starten, zodat een geleidelijke uitbreiding ontstaat van systematische zorg

voor de kwaliteit. Het handboek bevat procedures voor kwaliteitsverbetering en -bewaking ten aanzien van praktijkorganisatie en automatisering, preventie, zorg aan chronisch zieken, patiëntenraadpleging enzovoorts, enzovoorts. In een tiental praktijken worden systematisch dergelijke kwaliteitsprojecten gestart. Doel is een continue uitbreiding van het kwaliteitsmanagement in de huisartspraktijk.

Een samenhangend systeem bij de medisch specialisten is het visitatiesysteem van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde voor de niet-opleidings- instituten. De invoering gaf geen probleem, het draagvlak bleek groot (de aanmelding was vrijwillig). Inmiddels zijn 99 van de in totaal 119 heelkundige maatschappen gevisiteerd. De gangbare procedure wordt gevolgd: de maatschappen maken een visitatierapport, er volgt een bezoek van de visitatiecommissie die ook gesprekken houdt met de directie van het ziekenhuis, vertegenwoordigers van de medische staf en assistenten. De maatschap krijgt het rapport met de definitieve conclusies en aanbevelingen en is vrij om dit aan de directie van het ziekenhuis te laten zien. De visitatieronden worden om de 4 á 5 jaar gehouden bij maatschappen waar weinig bemerkingen waren en om de 2 á 3 jaar bij maatschappen waar veel bemerkingen waren. De tweede ronde is inmiddels (in 1992) gestart en dient tegelijkertijd als nameting om te zien wat met de aanbevelingen wordt gedaan. Op basis van de visitaties worden op dit moment formele criteria verder ontwikkeld.

Systemen met het accent op bewaking en besturing zijn ten eerste de geautomatiseerde informatiesystemen. Dergelijke systemen zijn inmiddels ontwikkeld voor huisartspraktijken en gezondheidscentra en verkeren in de fysiotherapie in een pril stadium. Het doel van dergelijke systemen is het gehele zorgverleningsproces rond de patiënt vast te leggen (hulpvraag, diagnose, behandeling, afsluiting). In sommige gevallen zijn ook de NHG-standaarden in het systeem opgenomen, waardoor deze als checklist dienst kunnen doen. Voor gezondheidscentra worden systemen ontwikkeld waarin de totale zorgverlening aan de patiënt (alle disciplines) kan worden geregistreerd. Dergelijke systemen verschaffen de hulpverleners zelf informatie en feedback (waardoor bijvoorbeeld de zorg voor categorieën patiënten snel in kaart kan worden gebracht). In de toekomst kunnen gegevens op geaggregeerd niveau ook aan derden worden verstrekt. Het eerste experimentele stadium is gepasseerd maar de systemen worden nog niet op grote schaal gebruikt. Het tweede type bewakingssysteem wordt gevormd door de ISO-systematiek. In

apotheken wordt gewerkt aan de invoering van de ISO-systematiek of aan een door de KNMP aangepaste versie hiervan. De kern ervan is dat alle procedures in detail beschreven worden in een handboek terwijl regelmatig wordt gecheckt of conform de procedures wordt gewerkt. In apotheken bestond al een aantal jaren een systeem van intercollegiale toetsing waaraan certificaten waren verbonden.

Bij een medisch staf in een ziekenhuis is een signaleringssysteem in ontwikkeling om afwijkingen van de kwaliteit op te sporen. Kritische kwaliteitskenmerken (indicatoren) worden continu geregistreerd. Op basis van deze registratie worden kwaliteitsstudies verricht en worden zonodig verbeterprojecten gestart. Het systeem is ontworpen omdat de intercollegiale toetsingscommissie in het ziekenhuis een meer objectieve basis wilde hebben voor het kiezen van de onderwerpen voor de kwaliteitsprojecten. Deze onderwerpen werden aanvankelijk gekozen door de leden van de toetsingscommissie of in een jaarlijkse prioriteitenstelling door de medische staf. Omdat men deze onderwerpkeuze te ad-hoc en fragmentarisch vond wordt nu gewerkt met indicatoren. De onderwerpen worden geleidelijk minder puur medisch-technisch maar beslaan de gehele procesgang van de patiënt door het ziekenhuis (van opname tot ontslag) en dus ook alle overige disciplines die daarbij betrokken zijn. De aanvankelijke intercollegiale toetsing krijgt hiermee het karakter van hospital audit.

### **3.4 Ontwikkelingstraject van de kwaliteitssystemen**

De hierboven gegeven voorbeelden beschrijven de stand van zaken in 1993. Het is een momentopname of dwarsdoorsnede want in veel gevallen is daar een langdurig proces van ontwikkeling aan vooraf gegaan. In 8 van de 36 gevallen heeft deze ontwikkeling geleid tot een verandering van de inhoud van het systeem. We geven een kort overzicht van dit ontwikkelingstraject en gaan wat dieper in op situaties waar de inhoud van het systeem een verandering heeft ondergaan.

De startfase van een expliciet kwaliteitsbeleid ligt bij 9 instellingen rond 1985 en bij 10 instellingen tussen 1989 en 1991. Bij 3 instellingen evenals bij de beroepsbeoefenaren is geen duidelijke startdatum aan te geven.

In de meeste gevallen is er sprake van een stapsgewijze en geleidelijke ontwikkeling. Illustraties van een geleidelijke ontwikkeling zijn bijvoorbeeld het starten met een of twee kwaliteitsprojecten en de



geleidelijke uitbreiding daarvan, het uitbreiden van de intercollegiale toetsing naar toetsing van de gehele organisatie, of het beginnen met kwaliteitskringen bij kleine dagelijkse problemen waarna overgegaan wordt naar afdelingsoverstijgende problemen.

De aanleiding was in 4 gevallen de visitatie of interinstitutionele toetsing, in 2 gevallen de ervaringen in het bedrijfsleven en driemaal een studiereis naar de Verenigde Staten. In het laatste geval overigens met de conclusie dat de situatie in de VS geen navolging verdient. De meerderheid van de geïnterviewden verwacht dat de completering van het geheel nog wel enkele jaren in beslag zal nemen, wat in de helft van de gevallen neerkomt op een ontwikkelingstraject van ruim 10 jaar.

In 8 gevallen (6 instellingen en 2 beroepsbeoefenaren) is de inhoud van het systeem gedurende de rit veranderd. We geven de ervaringen kort weer.

### **ISO-systematiek**

Een van de thuiszorg organisaties was aanvankelijk begonnen met het opzetten van een kwaliteitssysteem volgens de ISO-systematiek. Na een jaar loopt het project vast. "Het wordt een onoverzienbare technische kolos die los van de organisatie lijkt te staan. Men raakt het zicht op 'werken aan kwaliteit' kwijt". De aanpak wordt veranderd. De organisatie gaat een kwaliteitssysteem opbouwen uitgaande van het reeds bestaand materiaal dat verzameld en geordend wordt. Van daaruit wordt gewerkt aan een kwaliteitshandboek. De ISO-systematiek wordt niet meer als doel op zich beschouwd maar als hulpmiddel of referentiekader om het geheel te ordenen.

### **Kwaliteitscirkels**

Eveneens in een instelling voor thuiszorg is begin 1992 gestart met het invoeren van kwaliteitscirkels. Aanvankelijk werd gestart met een breed samengestelde stuurgroep en een inventarisatie van probleemgebieden. Op basis van vrijwilligheid werden op specifieke onderwerpen werkgroepen samengesteld en dit heeft inderdaad tot aantoonbare verbeteringen geleid. Duidelijk werd echter dat de werkgroepen onvoldoende zijn om een draagvlak in de gehele organisatie te creëren. Ook ontstond na een jaar de behoefte om niet alleen ad hoc problemen op te lossen ("problemen zijn er altijd en zullen ook altijd opgelost moeten worden"), maar de kwaliteitsbewaking en bevordering meer systematisch ter hand te nemen door het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Naar de goede invulling daarvan wordt nog gezocht.

## **Kwaliteitsprojecten**

In 1988 werden in een verpleeghuis de eerste beleidsplannen gemaakt voor het invoeren van kwaliteitsprojecten. Na scholing van de medewerkers en een inventarisatie van wensen van medewerkers, bewoners en familieleden startten de projecten in 1990. Naar aanleiding van de kwaliteitsprojecten acht het management een grondige reorganisatie noodzakelijk. Een aantal medewerkers verlaat de instelling. Men kiest een nieuwe aanpak en wil nu gaan werken volgens het 'Kwaliteitssysteem Verpleging en Verzorging in Verpleeghuizen' (29).

In de sector voor Alcohol en Drugsverslaving werd aanvankelijk gestart met overzichtelijke afdelingsgebonden kwaliteitsprojecten. Ook de verantwoordelijkheid voor kwaliteit werd naar de afdelingen gedelegeerd. Na enkele succesvolle projecten bleek dat andere projecten stuk liepen op de afdelingsgrenzen. Men ontwikkelt nu een methode om afdelingsoverstijgende problemen aan te pakken.

In een ziekenhuis is de inhoud van het systeem niet gewijzigd maar bij de evaluatie bleek de vrijblijvendheid een probleem alsmede het ontbreken van een duidelijke visie en concrete doelen. In 1990 werd daarom een nieuwe start gemaakt waarbij de medewerking aan het kwaliteitsproject verplicht werd gesteld voor de gehele organisatie. Daarnaast werden alle afdelingen en diensten verplicht een eigen kwaliteitsvisie en doelen op te stellen, passend binnen de visie die voor het ziekenhuis als geheel opgesteld was.

## **Signaleringsysteem**

In een instelling voor gehandicaptenzorg werd kwaliteit, op initiatief van de directeur, al in 1984 een jaarthema in de organisatie. Na de interinstitutionele toetsing in het kader van het project Kwaliteit en Doelmatigheid van het NZI worden in 1989 plannen gemaakt voor een meer systematische kwaliteitszorg. Besloten wordt een signaleringssysteem te ontwikkelen waarin kritische kwaliteitskenmerken worden gemeten (indicatoren). Bij dit proces ontstond een spanningsveld tussen verbeteren en meten. Doel was het meten van de kwaliteit. Echter in de systematische analyse van het zorgproces, die aan de ontwikkeling van een kwaliteitskenmerk vooraf gaat werden regelmatig voor de hand liggende verbeteringen zichtbaar. Als compromis werd besloten om in enkele gevallen wel eerst met verbeteringen te starten om de motivatie van de medewerkers niet te zeer te frustreren.

### **Naar 'echte' toetsing in het kader van herregistratie**

In een huisartspraktijk is de laatste jaren voortdurend gewerkt aan tal van activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg en kwaliteitsverbetering. Genoemd worden de patiëntenbesprekingen met collega-huisartsen, intercollegiale toetsing, FTO-overleg (FTO = Farmaco Therapeutisch Overleg), overleg met de huisartsengroep/waarneemgroep enzovoorts: "Je leert er wel wat van maar het blijft allemaal incidenteel en ad hoc en kost in verhouding met de opbrengst een enorme tijdsinvestering". De volgende stap moet zijn formele toetsing op basis van concrete gegevens in het kader van herregistratie. Dat wil zeggen systematisch op basis van feitelijke gegevens de zorg aan specifieke categorieën patiënten in kaart brengen. Uitgangspunt daarbij is de invulling van het Basis Takenpakket van de Huisarts en de Standaarden zijn een van de hulpmiddelen. De praktijk heeft een geautomatiseerd registratiesysteem ingevoerd om bovenstaande te realiseren.

### **Van medisch inhoudelijke zaken naar het gehele proces**

Zoals al werd opgemerkt is bij een medische staf in een ziekenhuis met name de onderwerpkeuze (prioriteitenstelling) bij de kwaliteitsprojecten veranderd: aanvankelijk gebeurde dit ad-hoc, nu op basis van een indicatorenregistratie. Het zoeken naar bruikbare indicatoren is daarbij in volle gang. Daarnaast is een ontwikkeling te zien van medisch inhoudelijke onderwerpen naar het gehele proces (de hele 'routing' van de patiënt) waarbij naast de medisch specialisten ook de overige disciplines betrokken worden.

## **3.5 Samenvatting en discussie**

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal: hoe zien de systemen van de voorlopers in elke sector eruit, wat zijn de overeenkomsten en verschillen en hoe is de ontwikkeling ervan verlopen?

### **Type systemen**

Er zijn bij de instellingen globaal drie aanpakken te zien: 1) systemen die tot standkomen door een bundeling en uitbreiding van bestaande deelsystemen en kwaliteitsbewakende activiteiten, 2) systemen die (naast de gangbare kwaliteitsbewaking) bestaan uit systematische 'verbeterprojecten' en, 3) totale systemen met het accent op besturing- en bewaking, waaronder de ISO-systematiek. Het eerste type systeem is het minst ingrijpend. De 'verbetersystemen' kunnen meer of minder ingrijpend zijn afhankelijk van de onderwerpen die

men voor de verbeterprojecten kiest. De totaalsystemen zijn doorgaans zeer ingrijpend en ontmoeten dan ook de meeste weerstand, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien.

De doelen die met het kwaliteitssysteem worden beoogd zijn enerzijds het verbeteren van de kwaliteit van zorg en anderzijds het bewaken en verzekeren van de kwaliteit. Afhankelijk van dit doel kiezen de instellingen respectievelijk voor een systeem dat bestaat uit 'verbeterprojecten' of een besturings- en bewakingssysteem. Vaak wordt overigens zowel bewaken als verbeteren met het systeem beoogd, maar worden verschillende accenten gelegd: "bewaken en zonodig verbeteren" versus "verbeteren en zonodig bewaken".

Met uitzondering van de ziekenhuislaboratoria is het niet zo dat elke sector zijn eigen specifieke systemen heeft. De keuze lijkt meer afhankelijk te zijn van de instellingsdirectie zelf. Het lijkt aannemelijk dat de keuze verband houdt met het beleid en de filosofie van de instelling of wellicht met de leiderschapsstijl van de directie.

### **Overeenkomsten en verschillen**

Een eerste overeenkomst is dat bij alle systemen, ook in de laboratoria, gestreefd wordt naar een mentaliteitsverandering. Van routinematig handelen naar een meer kritische houding met als uitgangspunt de vraag; "doen we de juiste dingen?" en "doen we de juiste dingen goed?"

De tweede overeenkomst houdt hiermee verband. In alle systemen is de kern dat het zorgproces wordt geëxpliciteerd (wat doen we eigenlijk en waarom?), dat vervolgens de ideale situatie wordt gedefinieerd (hoe zou het beter kunnen?) en dat vervolgens veranderingen worden aangebracht om die ideale situatie te bereiken. De mate waarin vervolgens gemeten en bewaakt wordt verschilt per situatie.

De verschillen liggen meer in de aanpak die men kiest: bij de meeste verbeterssystemen is voor een projectmatige aanpak gekozen terwijl bij de meeste besturings- en bewakingssystemen een totale of geïnstitutionaliseerde aanpak te zien is. De eerste aanpak heeft het voordeel dat kleinschalig begonnen kan worden (in implementateterminen: experimenteerbaar) terwijl een geïnstitutionaliseerde aanpak doorgaans een zeer lange voorbereidingstijd vraagt voordat het systeem kan worden ingevoerd. De ISO-systematiek is daar een goed voorbeeld van. Opgemerkt wordt dat ook een projectmatige start na verloop van tijd tot een totaalsysteem kan leiden. De aanpak

lijkt meer een kwestie van een strategische keuze dan van een wezenlijk verschil in systeem.

Een tweede verschil ligt in de onderwerpkeuze. Uit de interviews blijkt dat dit zowel ad-hoc gebeurt en op basis van zich voordoende problemen of dat men een systematiek heeft ontworpen om te zorgen dat de onderwerpen voldoende relevantie hebben. Voordeel van de eerste benadering is dat medewerkers eerder gemotiveerd zijn mee te werken als het gaat om door hen ervaren problemen. Voordeel van de tweede benadering is dat de meest relevante (maar misschien ook de moeilijkste en afdelingsoverstijgende) onderwerpen het eerst worden aangepakt.

Een tweede overweging bij de onderwerpkeuze heeft eveneens met de moeilijkheidsgraad te maken. Wordt alleen naar zorgonderdelen gekeken of wordt het zorgproces in z'n totaliteit gezien, inclusief de inhoud van de zorg. Verderop in dit rapport zal blijken dat met name het expliciteren en vastleggen van de zorg- of medisch inhoudelijke kant problemen kan geven, zeker als daarover geen consensus bestaat.

### **Beroepsbeoefenaren**

De beschreven systemen van de beroepsbeoefenaren moeten beschouwd worden als een aanvulling op de overkoepelende en verplichte systemen die voor de gehele beroepsgroep gelden. Omdat deze (over)koepel(ende) systemen buiten beschouwing blijven laat dit rapport dus maar een deel van de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren zien. Meer dan bij instellingen worden de systemen van de beroepsbeoefenaren landelijk door de koepelorganisaties vorm gegeven.

Beroepsbeoefenaren noemen een aantal deelsystemen die onder de noemer van kwaliteitsmanagement bijeengebracht worden. Het meest genoemd worden deelsystemen als intercollegiale toetsing, bij- en nascholing, patiëntenraadpleging, visitatie en ook 'verbeterprojecten'. Ook in het vorig jaar verschenen rapport werd al geconstateerd dat individuele beroepsbeoefenaren een andere invulling aan kwaliteitssystemen geven dan instellingen omdat bij hen een organisatorisch verband en directie verantwoordelijkheid ontbreekt. Alleen de apotheken hanteren de ISO-systematiek als een 'totaal' kwaliteitssysteem. Dit is verklaarbaar vanuit het feit dat een apotheek in feite een 'instelling' vormt waarbij de directie verantwoordelijk is voor het kwaliteitsbeleid. Een voorbeeld van de integratie van kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren en instellingen is overigens te zien bij

de Klinisch Chemicci, waar intercollegiale toetsing, visitatie en educatie een onlosmakelijk onderdeel vormen van het integrale kwaliteitssysteem (30).

Ook bij beroepsbeoefenaren worden meer (deel)systemen genoemd die verbeteren als doel hebben dan systemen waarbij het primaire doel bewaken is. Visitatie heeft overigens beide elementen in zich, zeker als de visitatie periodiek wordt herhaald, zoals bij de medisch specialisten het geval is. Ook de geautomatiseerde informatie- en registratiesystemen, die op dit moment bij een aantal disciplines ontwikkeld zijn, hebben beide elementen in zich. Deze systemen bieden de individuele hulpverlener een goed overzicht (en feedback) over het handelen zodat bewaking en verbetering systematischer kan plaatsvinden. Alleen bij de apotheken is bewaking de hoofdzaak.

Vergelijkbaar met de afdelingsoverstijgende activiteiten bij de instellingen zien we ook bij een aantal beroepsbeoefenaren discipline-overstijgende activiteiten. De intercollegiale toetsingscommissie's in twee ziekenhuizen blijken steeds meer het gehele zorgproces als onderwerp voor verbeterprojecten te kiezen zodat daar ook de andere disciplines bij betrokken zijn. In gezondheidscentra zijn de werkafspraken, die rond bepaalde aandoeningen en diagnoses worden gemaakt, discipline-overstijgend en in een aantal gevallen zijn daar ook nog andere zorgsectoren bij betrokken. Het lijkt erop dat de functionele benadering (wat draagt elke discipline bij aan de totale zorg die de patiënt nodig heeft?) ook bij een aantal kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren gestalte krijgt.

### **Ontwikkelingstraject**

De in dit hoofdstuk gegeven voorbeelden van kwaliteitssystemen geven een momentopname van een doorgaande ontwikkeling weer. Aan het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem blijkt doorgaans een lang traject vooraf te gaan. Een periode van 10 jaar voor completie van het geheel is geen uitzondering. Ook wordt door niemand gesproken over een duidelijk eindstadium.

In de meerderheid van de gevallen ontstaat het kwaliteitssysteem geleidelijk door uitbreiding van de aanvankelijk kleinschalige projecten of experimenten. In een minderheid van de gevallen wordt - na een lange voorbereidingstijd - een totaalsysteem in zijn geheel ingevoerd. In een kwart van de gevallen wordt de ingeslagen weg verlaten (we gaan hier in hoofdstuk 5 nader op in) of worden inhoudelijke veranderingen aangebracht. Dit lijkt een weerspiegeling van

de experimentele fase waarin de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen in de zorgsector verkeert.

### **Relatie met de koepel**

Tot slot valt over de relatie tussen de koepelorganisaties (vooral strategische redenen voor een kwaliteitssysteem) en het veld (vooral interne redenen voor een kwaliteitssysteem) het volgende te zeggen. De onderwerpen die voor verbetering of bewaking in aanmerking komen worden zelf gekozen. De instellingen leggen daarbij zelf de accenten waar in hun specifieke situatie behoefte aan is. De methodiek daarentegen (kwaliteitskringen, -cirkels, -profielen enzovoorts) is in veel gevallen aangereikt door de koepelorganisaties, terwijl de koepelorganisaties eveneens een referentiekader aanbieden (de eerder genoemde Kwaliteitskenmerken) aan de hand waarvan de instellingen hun keuze kunnen maken. Deze verhouding tussen koepels en veld komt overeen met wat wij vorig jaar constateerden, namelijk dat de meeste koepels van mening zijn dat instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de invulling van het kwaliteitsbeleid maar dat het de taak van de koepel is voorbeelden en instrumenten aan te reiken.

Bij de koepels van beroepsbeoefenaren zien we enerzijds eenzelfde functie -aanreiken van methodieken en kaders - anderzijds blijken koepels van beroepsbeoefenaren verplichte systemen in te voeren die voor de gehele beroepsgroep gelden. De koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren vervullen daarmee een meer richtinggevende rol dan de koepels van instellingen.





## 4. WERKWIJZE BIJ DE INVOERING VAN KWALITEITSSYSTEMEN

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de wijze waarop men tewerk is gegaan bij het invoeren van het systeem. Achtereenvolgens worden de verschillende stappen beschreven die men bij de invoering doorloopt c.q. de fasen die in de implementatietheorieën worden onderscheiden namelijk:

- het verkrijgen van de medewerking van de organisatie (acceptatie);
- het creëren van noodzakelijke voorwaarden en voorzieningen;
- de daadwerkelijke invoering (welke personen worden daarmee belast?);
- de zorg voor de continuïteit (bijvoorbeeld in de vorm van sancties, beloningen of feedback).

In elke paragraaf wordt gekeken of de wijze van aanpak verschilt bij de drie typen systemen (bundeling, verbetering, besturing)

### 4.2 Acceptatie: besluitvorming en introductie

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat directies bij het invoeren van een kwaliteitssysteem globaal kiezen uit drie opties: een bundeling van bestaande activiteiten, het invoeren van systematische verbeterprojecten of het invoeren van een totaalsysteem. Deze keuze is de eerste van een aantal strategische keuzes die bij de invoering van een kwaliteitssysteem worden gemaakt.

We gaan eerst in op de wijze waarop de besluitvorming verloopt. De besluitvorming bepaalt in welke mate de medewerkers bij de keuzes betrokken worden hetgeen de acceptatie van het systeem kan beïnvloeden. Vervolgens wordt ingegaan op de strategieën die worden gekozen om de medewerkers enthousiast te maken en de medewerking van de organisatie te verzekeren. Deze strategieën vloeien voor een deel wel en voor een deel niet logisch voort uit het gekozen systeem, zoals in het verloop van deze paragraaf zal blijken.

## Besluitvorming bij instellingen

Tabel 4.1 laat zien dat het in vrijwel alle gevallen de directie is die besluit tot het invoeren van een kwaliteitssysteem. Slechts in één geval meldt een kleine instelling voor maatschappelijk werk dat de besluitvorming op democratische wijze tot stand gekomen is en dat er consensus bestond tussen de medewerkers.

Tabel 4.1 Besluitvorming bij instellingen

besluit directie/management	13
besluit directie/intern betrokkenen	6
besluit directie/extern+intern betrokkenen	2
democratisch/consensus	1
Totaal	22

In ruim de helft van de gevallen neemt de directie (management) zelf het besluit zonder een duidelijke betrokkenheid van interne of externe partijen. Als er anderen bij de besluitvorming zijn betrokken, zijn dat meestal interne partijen: staf, afdelingshoofden, tweemaal werd de Ondernemingsraad genoemd, eenmaal een Beleidsadviserende vergadering. Slechts twee geïnterviewden noemden externe partijen als betrokkenen (consumenten, verzekeraars, verwijzers en de NZR). Geconcludeerd kan worden dat de keuze voor het invoeren van een kwaliteitssysteem vooral bij de directie berust. Het zijn niet de medewerkers die een systeem kiezen, zodat acceptatie op medewerkersniveau niet per definitie gegarandeerd is. Externe partijen blijken geen rol van betekenis te spelen bij de keuze van het systeem maar wel binnen het kwaliteitssysteem: in hoofdstuk 3 zagen we dat patiëntenraadpleging onderdeel is van bijna elk systeem.

De besluitvorming heeft voor een deel te maken met het gekozen systeem. Aan de besturings- en bewakingssystemen ligt over het algemeen een expliciet directiebesluit ten grondslag. Waar sprake is van een bundeling van reeds bestaande instrumenten zijn in op één na alle gevallen interne partijen betrokken bij de besluitvorming. Bij de systemen die bestaan uit verbeterprojecten ligt dat niet zo duidelijk en is er in meerdere of mindere mate sprake van betrokkenheid van de medewerkers.

Bijna alle geïnterviewden melden dat zij de medewerking van de organisatie proberen te verkrijgen door voorlichting en informatie te geven en door de medewerkers te enthousiasmeren. Afdelingen

worden bijvoorbeeld gestimuleerd eigen kwaliteitsactieplannen te maken en medewerkers worden gestimuleerd deel te nemen aan intercollegiale toetsing of de beroepsregistratie (AMW).

Bij 6 instellingen is (naast enthousiasmeren en voorlichten) gekozen voor een strategie van voorbeeldprojecten. Deze strategie komt vier maal voor bij de systemen die bestaan uit 'verbeterprojecten' maar ook tweemaal bij de besturingssystemen. De uitkomsten van enkele succesvolle voorbeeldprojecten moeten bewerkstelligen dat de 'verbeterprojecten' (en de cultuurverandering) zich als een olievlek over de organisatie verspreiden. Twee geïnterviewden merken op dat "de methode aantrekkelijk gevonden moet worden door snelle overtuigende positieve resultaten" en dat "gekeken wordt naar de kans van slagen en de mogelijke voorbeeldfunctie bij het kiezen van de projecten".

Doorgaans gebeurt deelname aan de voorbeeldprojecten op basis van vrijwilligheid.

Als derde strategie wordt - naast enthousiasmeren en voorlichting - ook nog een duidelijke sturing door de directie uitgevoerd, de zogenoemde top-down benadering. De directie stuurt de richting en het tempo van de activiteiten en de medewerkers worden hierop aangesproken. Deze benadering komt het vaakst maar niet uitsluitend voor bij de 'bewakingssystemen'. Ook bij de twee andere typen systemen (bundeling en verbeterprojecten) hebben drie directies voor duidelijke sturing gekozen. Enkele citaten:

*"Ik heb de oprechte mening dat je het bij kwaliteitszorg maar op één manier kunt doen en dat is 'top-down' sturen en bottom-up ontwikkelen. Bij kwaliteitszorg moet het management zeggen hoe zij het willen en daarin voorgaan. Het gebeurt niet vanzelf. Op de werkvloer gebeurt niets vanzelf."*

*"De start in dit lab was 'top-down'; wij, de klinisch chemici, zijn begonnen te kijken, samen met de hoofdanalist die vanaf dat moment ook als kwaliteitsfunctionaris zou beginnen, hoe wij dit moesten gaan doen. Daar is de model-structuur bedacht. Bij de verdere uitwerking daarvan zal gebruik worden gemaakt van een niveau lager."*

*"Alle leden van het management team maken eigen kwaliteitsplannen en bewaken de uitvoering ervan. Lijnfunctionarissen hebben de verantwoordelijkheid om kwaliteitszorg in te bouwen in hun dagelijks werk. Zij worden daar ook op aangesproken. Het is niet erg dat het op de ene afdeling sneller gaat dan op de andere, maar er moet wel aan gewerkt worden."*

*"Ik zie bij verschillende organisaties waar men van bovenaf niet veel structuur geeft, dat men de zaak daar niet van de grond krijgt. Je moet beginnen aan de top en die moet overtuigd zijn en die moeten het voorbeeld geven. Dan merken de mensen dat*

*je het serieus neemt. Anders denken ze dat het weer zo'n bevestiging van de directie is die ook iets te doen moet hebben\*.*

Er zijn wel gradaties in het dirigisme waarmee de top-down benadering wordt doorgevoerd. In drie van de negen gevallen is er duidelijk meer ruimte voor initiatieven van onderaf. Een directie noemt het een mix van de inspanningen van de afdelingshoofden en continue sturing en ondersteuning door de directie, waarbij ook initiatieven van de medewerkers gehonoreerd worden.

De introductie van het systeem verliep in de meeste instellingen zonder grote problemen, terwijl 5 directies veel weerstand ontmoeten. Deze weerstand betrof twee maal het systeem zelf, met name de bewakingssystemen: een bewakingssysteem vond men te ingrijpend en eenmaal sloot het systeem niet aan bij de cultuur van de organisatie: de ISO-systematiek werd door een thuiszorginstelling onbegrijpelijk en wezensvreemd ervaren. Tweemaal ontstond de weerstand door de top-down benadering: "de directie heeft weer wat bedacht". Tot slot was in een geval (verbeterprojecten) de introductie verkeerd ingeschat. We bespreken dat in het volgende hoofdstuk bij de problemen die men bij de invoering van een systeem ontmoet.

## Beroepsbeoefenaren

In het vorige rapport veronderstelden we dat beroepsbeoefenaren niet over kwaliteitssystemen spreken omdat zij een duidelijke scheiding tussen management en uitvoerenden ontberen. In de besluitvorming om kwaliteitssystemen te gaan invoeren zou dit terug te vinden moeten zijn. Tabel 4.2 laat zien dat de besluiten tot invoering bij beroepsbeoefenaren op verschillende niveaus kunnen plaatsvinden.

Tabel 4.2 Besluitvorming bij de beroepsbeoefenaren

één lokale aanbieder	3
lokale/regionale organisatie van aanbieders	3
lokale/regionale organisatie + landelijke organisatie	3
landelijke organisatie	3
directie	2
<b>totaal</b>	<b>14</b>

Alleen bij de apotheken was er sprake van een directiebeslissing. In een drietal gevallen was één lokale aanbieder de beslisser (bijvoor-

beeld één gezondheidscentrum of één huisartsengroep en bij de medisch specialisten de toetsingscommissie).

De tweede te onderscheiden variant is die waar een lokale organisatie van aanbieders de beslissing nam (een lokale tandartsenorganisatie en twee keer een lokale organisatie van gezondheidscentra). Bij de fysiotherapeuten waren als externe partijen eenmaal de koepel (KNGF) en eenmaal een ziekenfonds betrokken.

Tenslotte zijn er drie landelijke projecten gericht op de implementatie van kwaliteitssystemen: één bij de huisartsen en één bij de fysiotherapeuten en bij de medisch specialisten de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

De beslissingen worden doorgaans op basis van consensus genomen en deelname is in alle gevallen gebaseerd op vrijwilligheid.

Bij de beroepsbeoefenaren zien we eigenlijk maar twee invoeringsstrategieën. De twee apotheken volgen de hiërarchische weg: een top-down benadering. In de overige gevallen is de belangrijkste strategie overtuigen, informeren, enthousiasmeren. In een drietal gevallen aangevuld met het wegnemen van drempels door bijvoorbeeld te zorgen voor vervanging bij scholing of subsidie ten behoeve van automatisering. Een tweetal zegt dat het hebben van 'trekkers' van groot belang is voor de implementatie. Een koepel die intercollegiale toetsing wil implementeren hanteert de volgende strategie: "Geprobeerd wordt door het land een netwerk van plaatselijke coördinatoren te krijgen die met de methodiek op de hoogte zijn en het als een soort vertegenwoordiger uit kunnen dragen naar de leden."

#### **4.3 Het creëren van voorwaarden en voorzieningen**

Voordat een kwaliteitssysteem daadwerkelijk kan worden ingevoerd zullen, afhankelijk van het gekozen systeem, noodzakelijke voorwaarden en voorzieningen moeten worden getroffen. De extra voorzieningen die de directies van de instellingen hebben getroffen staan in tabel 4.3.

Tabel 4.3 Extra voorzieningen voor invoering bij de instellingen

aanstellen kwaliteitscoördinator/functionaris(sen)	14
scholing/training/deskundigheidsbevordering	9
externe ondersteuning	7
extra budget of subsidie	6
overige interne ondersteuning (administratie, automatisering)	6
geen extra voorzieningen	5
<b>totaal</b>	<b>47</b>

Bij een minderheid (5) worden geen extra voorzieningen gecreëerd. Dit zijn vooral de instellingen die uitgaan van de bestaande situatie. De meerderheid (17) noemt 47 extra voorzieningen (gemiddeld 3). Deze gelden vooral de 'verbeterprojecten' en de totaalsystemen.

Het aanstellen van kwaliteitscoördinatoren of -functionarissen wordt het meest genoemd. Dit varieert van 1/4 kwaliteitsfunctionaris tot het aanstellen van 12 kwaliteitsfunctionarissen in een thuiszorg instelling of het trainen van 10 coördinatoren en 60 mentoren in een groot ziekenhuis.

Een negental instellingen geeft aan dat een deel van het personeel (en soms zelfs alle medewerkers) scholing en training in kwaliteitszorg heeft gehad terwijl in een aantal gevallen ook extra tijd is ingecalculerd.

Eveneens een zevental instellingen gebruikt bij bepaalde aspecten externe deskundigheid (als adviseur, om mee te helpen bij het maken van een kwaliteitshandboek of ten behoeve van scholing). Drie keer werd subsidie verkregen.

De extra kosten worden door een geïnterviewde geschat op honderd gulden per medewerker per jaar (de geïnvesteerde tijd niet meegeteld). Drie geïnterviewden noemen een extra budget van één tot vier ton op jaarbasis.

Met name de bewakingssystemen maar ook sommige verbeterprojecten vereisen nieuwe informatie- of registratiesystemen. Het zal overigens duidelijk zijn dat alle hierboven genoemde maatregelen (kwaliteitsfunctionaris, tijd, scholing, automatisering, enz.) financiële consequenties hebben.

Wat in tabel 4.3 niet tot uiting komt zijn veranderingen in de organisatiestructuur. In een aantal gevallen zijn veranderingen in de organisatiestructuur aangebracht omdat het kwaliteitssysteem een afde-

lingsoverstijgend karakter heeft. We komen daar uitgebreid op terug in hoofdstuk 5 bij de bevorderende en belemmerende factoren. Ook werd door twee geïnterviewden genoemd dat als eerste voorwaarde een heldere organisatiestructuur gecreëerd moest worden voordat het systeem kon worden ingevoerd. Een citaat:

*"De organisatie moet er rijp voor zijn. Je moet eerst je organisatie-structuur helder hebben. Je moet niet aan kwaliteitsbeleid gaan werken als je bijvoorbeeld nog de ouderwetse democratische overleg-structuur hebt, waarbij het onduidelijk is wie beslissingen neemt en waarbij niemand ergens verantwoordelijk voor is. Dan loop je vast. Wij hebben dat dus eerst geregeld".*

## Beroepsbeoefenaren

Alle geïnterviewde beroepsbeoefenaren geven aan op de een of andere manier extra voorzieningen te treffen ten behoeve van invoering (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4 Extra voorzieningen bij invoering door beroepsbeoefenaren (meerdere voorzieningen mogelijk)

tijd of geld van deelnemers	5
scholing	4
automatisering	4
subsidie	4
externe ondersteuning	3
ondersteuning door lokale organisatie	2
aanstellen ondersteuner	1
commissie kwaliteit + visitatieteams	1

Bij vier organisaties van beroepsgroepen is scholing expliciet een extra voorziening. Zo wordt in één geval per fysiotherapiepraktijk een fysiotherapeut geschoold die vervolgens als interne procesbegeleider optreedt. Ten behoeve van scholing wordt in drie gevallen subsidie ontvangen (van WVC, de koepel en het ziekenfonds).

In een drietal projecten zijn computers aangeschaft, waarvan één medegefinancierd is door de verzekeraar.

Bij zes organisaties is sprake van ondersteuning als extra voorziening, hetzij door externe deskundigen, hetzij door de lokale organisatie en in slechts één geval door een speciaal daarvoor aangestelde functionaris. Bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is voor het visiteren van de maatschappen een omvangrijke Commissie Kwaliteit Niet-Opleidingsziekenhuizen in het leven geroepen bestaande uit 38 chirurgen, en een 4 leden tellend dagelijks bestuur. Daar-

naast is er de tijdsinvestering van de visitatieteams en de tijdsinvestering van de maatschappen.

#### 4.4 De invoering van het systeem en de fasering

Kwaliteitssystemen kunnen door verschillende functionarissen worden ingevoerd, zoals tabel 4.5 laat zien.

Tabel 4.5 De invoerders van kwaliteitssystemen bij de instellingen

directie + staf/stuurgroep	5
directie + afdelingshoofden	4
directie + afdelingshoofden + staffunctionaris	2
directie + kwaliteitsfunctionaris	2
kwaliteitsfunctionaris(sen)	2
staffunctionaris	2
stuurgroep/commissie	4
interne mensen	1
<b>totaal</b>	<b>22</b>

In verschillende combinaties zijn functionarissen belast met de invoering van het kwaliteitssysteem. In ruim de helft (13 van de 22) heeft de directie zichzelf mede belast met de invoering. Sommige directies hebben de taak mede aan staffunctionarissen toegewezen (5 maal) en anderen mede aan lijnfunctionarissen (6 maal). Zelden wordt de invoering van het systeem alleen aan de kwaliteitsfunctionaris overgelaten. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat men geen aparte afdeling 'kwaliteit' wil. Een drietal citaten kunnen dit illustreren:

*"Een paar jaar geleden wilden we het kwaliteitsbureau laten groeien, maar van dat idee zijn we afgestapt. Je hebt dan het gevaar dat de lijnorganisatie makkelijk zou zeggen: kwaliteit? Oh, dat is voor het bureau, dat is niet onze verantwoordelijkheid."*

*"Je moet oppassen dat een kwaliteitsfunctionaris geen controleur wordt, dat werkt niet. Hoogstens om snel een certificaatje binnen te halen of om aan 'window-dressing' te doen. Als je kwaliteit wilt verbeteren gaat dat om instelling en kennis, dat kun je niet delegeren naar een aparte functionaris'.*

*"We vinden niet dat het een apart project moet zijn, het moet onderdeel zijn van de lijnverantwoordelijkheid".*

In vijf gevallen zijn externe deskundigen direct betrokken bij de invoering van kwaliteitssystemen. Die deskundigen worden in vier



van de vijf gevallen geleverd door de koepelorganisatie. Andere geïnterviewden geven expliciet aan niet te hebben gekozen voor een extern bureau. Een citaat:

*"Er zijn een paar bureaus in Nederland op de markt die uitsluitend in kwaliteitszorg opereren. Drie ziekenhuizen hebben ervaring met een bureau en alle drie hebben gezegd: nee, we gaan het toch zelf doen. Ook wij willen niet werken met een erkend bureau. We hebben er een keer aan geroken en de mensen waren wel bekwaam maar we moesten heel veel betalen om het bureau met ons samen te laten werken terwijl ze het zelf ook nog moesten leren".*

*"Het bureau is zoveel mogelijk buiten de deur gehouden omdat ze in het begin zelf ook niet wisten waar ze het over hadden. Ook voor hen was het een leerproces".*

### Beroepsbeoefenaren

Bij de beroepsbeoefenaren zijn het vaak de deelnemende gezondheidscentra, huisartsen of fysiotherapeuten zelf, die belast zijn met invoering (7 keer, zie tabel 4.6). Soms (3 keer) is er wel een vorm van ondersteuning vanuit de koepelorganisatie of de lokale organisatie van gezondheidscentra.

Tabel 4.6 De invoerders van kwaliteitssystemen bij de beroepsbeoefenaren

deelnemers	4
deelnemers + centrale ondersteuning	3
'trekkers'	2
directie	2
extern	2
landelijke commissie	1
totaal	14

Bij de apotheken is de directie belast met invoering. In twee situaties geschiedt de invoering van het kwaliteitssysteem door externe deskundigen: één keer de koepelorganisatie en één keer een externe groepsleider. In twee gevallen zijn er binnen de beroepsgroep 'trekkers', die bijvoorbeeld aan een training hebben deelgenomen: "Je hebt 'trekkers' nodig voor bepaalde onderwerpen. Mensen die voor een bepaald gebied enthousiast zijn, zich erin hebben verdiept." Bij de medisch specialisten berust de uitvoering eenmaal bij een toetsingscommissie en eenmaal bij een (landelijke) commissie.

## Fasering

Bij de bundelingsystemen is altijd sprake van een gefaseerde invoering omdat stapsgewijze nieuwe deelsystemen toegevoegd worden. Voorbeeld van een totaalaanpak is de ISO-systematiek die door de laboratoria in één keer ingevoerd wordt. Dit laatste brengt met zich mee dat hieraan een lange voorbereidingstijd vooraf gaat. Het duurt een aantal jaren voordat alle procedures en processen zodanig geëxpliciteerd zijn dat systematische bewaking mogelijk is. Bij twee instellingen verloopt de invoering in twee grote stappen: eerst alle primaire processen en dan de ondersteunende diensten. Zeven directies hebben er voor gekozen te beginnen met kleine projecten die een goede kans op zichtbaar resultaat hebben. In dat geval wordt niet de gehele instelling bereikt maar heeft men snel zichtbare resultaten.

*"Gewerkt wordt van kleine, goed oplosbare, afdelingsgebonden onderwerpen, naar algemene, toetsbare kwaliteitsprofielen vanuit de overweging dat de methode het gemakkelijkst kan worden ingevoerd door snelle, overtuigende, positieve resultaten"*

Ook vrijwel alle (11 van de 14) beroepsbeoefenaren streven naar een gefaseerde invoering, bijvoorbeeld eerst in één gezondheidscentrum. Eén van de apotheken heeft het kwaliteitssysteem al ingevoerd bij de centrale sterilisatie en wil het vervolgens in één keer bij de produktieafdeling invoeren. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft inmiddels nagenoeg de gehele beroepsgroep bereikt.

## 4.5 Continuïteit: feedback, sancties en beloningen

Nadat het systeem geheel of gedeeltelijk is ingevoerd is de laatste stap zorgen dat dit alles beklijft en regulier wordt. Continue sturing is nodig, zo merken een aantal directeuren op, om te zorgen dat de aandacht niet verslapt. De problemen die zich hierbij voordoen worden in het volgende hoofdstuk besproken. In deze paragraaf kijken we naar de maatregelen die men neemt om de continuïteit te waarborgen. Krijgen medewerkers systematisch feedback of worden zij beloond voor kwaliteitszorg en welke maatregelen worden genomen tegen diegenen die zich niet houden aan de in het kader van het kwaliteitssysteem gemaakte afspraken.

Van de 22 directies zeggen er 17 geen sancties te gebruiken tegen medewerkers die niet meewerken aan de invoering van het kwaliteitssysteem. Wel is het systeem doorgaans ingebed in de hiërarchi-

sche lijnen zodat de richtlijnen van hogerhand worden doorgegeven. In de meerderheid van de instellingen is er echter sprake van vrijwillige deelname.

Het tegendeel is het geval bij twee instellingen (beide verpleeghuizen), waar gesteld wordt dat degene die niet meewerkt kan vertrekken. In een instelling is inderdaad bij het presenteren van het nieuwe beleid zo'n 10 personeelsleden en later nog eens een deel van het middenkader al of niet gedwongen vertrokken.

Eén van de laboratoria gaf te kennen dat het lab zou worden opgeheven als geen kwaliteitssysteem zou worden ingevoerd, een ultieme sanctie voor alle medewerkers dus. Vier instellingen nemen tussen beide groepen een tussenpositie in. Beide geven aan met onwillige medewerkers een 'goed' of 'pittig' gesprek te voeren: "Het is tot nu toe nog niet voorgekomen dat iemand zo dwars lag dat drastische sancties nodig waren, wel zeer pittige discussies maar het heeft nog nooit koppen gekost".

Beloningen voor het invoeren van kwaliteitssystemen worden niet of nauwelijks genoemd. Als wel 'beloningen' genoemd worden liggen deze in de immateriële sfeer: "De taak-inhoud is rijker, vollediger, men heeft meer verantwoordelijkheid. Men gaat bij kritiek niet meer in de verdediging."

Daarnaast worden genoemd dat de efficiëntie toeneemt doordat minder overlegtijd nodig is en dat men ziet dat de zorg erdoor verbetert. Eén instelling zet medewerkers die zich positief onderscheiden in het zonnetje door bijvoorbeeld een artikel in het personeelsblad. Als éénmalige beloning kan de presentatie van het verbeterproject opgevat worden. In de interviews is geen melding gemaakt van systematische feedback naar de medewerkers.

Is er bij de instellingen weinig sprake van sancties of beloningen, bij de beroepsbeoefenaren zien we die al helemaal niet. Bij een organisatie van gezondheidscentra spreekt men van groepsdruk als sanctie en een intrinsieke beloning. Bij een fysiotherapiepraktijk is een groepsovereenkomst getekend waaraan men in principe kan worden gehouden. De overigen noemen noch sancties, noch beloningen. In veel projecten is de deelname op vrijwillige basis.

#### **4.6 Samenvatting en discussie**

In dit hoofdstuk ging het om de vraag welke strategieën directies hanteren om het systeem in te voeren. Achtereenvolgens is gekeken

welke keuzes worden gemaakt ten aanzien van de introductie van het systeem, het creëren van de voorwaarden, de invoering en de continuering. De gekozen strategieën vloeien voor een deel logisch voort uit het gekozen systeem, voor een deel ook niet, zoals in het hoofdstuk was te zien.

## **Instellingen**

Nagenoeg alle directies trachten de medewerking van de organisatie te verkrijgen door het geven van voorlichting en het enthousiasmeren van de medewerkers. Een tweede strategie is het werken met voorbeeldprojecten en als derde strategie wordt de top-down benadering genoemd. Een aantal directies hebben deze stappen achtereenvolgens gezet waarbij zij na een fase van voorlichten en overtuigen op experimentele wijze begonnen zijn met voorbeeldprojecten om vervolgens het systeem in de hele organisatie in te voeren.

Het werken met voorbeeldprojecten komt vaker voor bij verbeter-systemen en de top-down benadering komt vaker voor bij de bewakingssystemen. Deze strategieën zijn echter niet per definitie gekoppeld aan het type systeem. De top-down benadering komt ook voor bij bundelingssystemen en bij verbeter-systemen. Net als bij de keuze van het type systeem lijkt dit te maken te hebben met de cultuur van de instelling en de leiderschapsstijl van de directie die meer of minder sturend kan zijn. Een aantal directies is van mening is dat men een kwaliteitssysteem niet ingevoerd krijgt zonder sturing.

De meerderheid van de instellingen kiest voor een gefaseerde invoering van het systeem, een minderheid kiest voor een totaalaanpak. Voordeel van een stapsgewijze aanpak is dat de voorbereidingstijd relatief kort is en dat snel resultaten worden geboekt. Voordeel van een totaalaanpak is dat de gehele organisatie wordt bereikt met als nadeel dat er soms jaren aan voorbereiding aan vooraf gaan.

De besluitvorming rond keuze en invoering van een kwaliteitssysteem vindt bijna altijd aan de top plaats. In een minderheid van de gevallen worden daar ook de medewerkers bij betrokken. In een aantal gevallen gaf dit veel weerstand in de instelling. Weerstand was er ook tegen bewakingssystemen die niet zonder meer door de medewerkers werden geaccepteerd. In alle gevallen is geprobeerd deze weerstand te verminderen door de medewerkers erbij te betrekken, door voorlichting of overtuiging of, eenmaal, door gewoon te beginnen.

Naarmate het in te voeren kwaliteitssysteem ingrijpender is zijn meer extra voorzieningen nodig. Bij de bundeling van bestaande instrumenten worden nauwelijks extra voorzieningen gecreëerd, bij de 'verbeterprojecten' en de bewakingssystemen zeer veel. In meer dan de helft van de instellingen zijn kwaliteitsfunctionarissen opgeleid en aangesteld. Zij hebben doorgaans de functie om de leiding, afdelingshoofden of medewerkers te scholen en te ondersteunen bij de kwaliteitsprojecten. Men waarschuwt voor het creëren van een losstaande afdeling 'kwaliteit'.

Ook de invoering van een kwaliteitssysteem is bij de instellingen vaker toegewezen aan staf- en lijnfunctionarissen dan aan kwaliteitsfunctionarissen of externe bureaus.

Er worden weinig extra maatregelen genomen om de continuïteit te waarborgen in de vorm van sancties of beloningen. Slechts een enkeling meldt rigoureuze sancties als (al of niet gedwongen) ontslag van medewerkers, met name als een reorganisatie noodzakelijk blijkt om het kwaliteitssysteem in te voeren. Omdat bij de meerderheid sprake is van deelname op basis van vrijwilligheid worden geen sancties toegepast. Men lijkt ervan uit te gaan dat medewerkers zelf de vruchten plukken van kwaliteitszorg. Ook wordt geen gewag gemaakt van systematische feedback naar de medewerkers. Dit lijkt een zwak punt in de huidige systemen en in het volgende hoofdstuk zal dan ook blijken dat de continuïteit een reden tot zorg is.

Een kwaliteitssysteem - en dan met name de extra voorzieningen - brengt aanzienlijke kosten met zich mee. De grotere instellingen noemen een extra budget van één tot vier ton op jaarbasis. Globaal komt dat neer op honderd gulden per medewerker per jaar exclusief de door de medewerkers geïnvesteerde tijd, aldus een directie. Bij een stapsgewijze bundeling van bestaande deelsystemen en activiteiten worden weinig extra kosten genoemd.

### **Beroepsbeoefenaren**

Bij de beroepsbeoefenaren komt de top-down benadering alleen in apotheken voor. Bij de overige beroepsbeoefenaren ligt het accent op overtuigen, voorlichten en enthousiasmeren. Vaak zijn het lokale of regionale organisaties die op basis van consensus en vrijwillige deelname besluiten een kwaliteitssysteem in te voeren. Meer dan bij de instellingen lijkt de invoering van een kwaliteitssysteem bij de beroepsbeoefenaren persoonsgebonden te zijn. Enthousiaste deelnemers of 'trekkers' nemen het voortouw. Als externe deskundigheid al ingeschakeld wordt is dat doorgaans die van de koepelorgani-

satie. Sancties, beloningen of feedback worden niet genoemd hetgeen ook bij beroepsbeoefenaren een wankel basis is voor de continuïteit.

## 5. BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op factoren die de invoering van een kwaliteitssysteem blijken te bevorderen dan wel te belemmeren. De term 'blijken' is in dit opzicht belangrijk omdat we alleen kijken naar de opgedane ervaringen. Ideeën en meningen die nog niet in de praktijk zijn getoetst blijven buiten beschouwing.

Paragraaf 5.2 geeft eerst een overzicht van alle bevorderende en belemmerende factoren bij de instellingen en bij de beroepsbeoefenaren. Vervolgens wordt gekeken welke van deze factoren betrekking heeft op:

- de kenmerken van de organisatie (paragraaf 5.3)
- de kenmerken van het kwaliteitssysteem (paragraaf 5.4)
- de kenmerken van de invoeringsstrategieën (paragraaf 5.5).

Eerder is in hoofdstuk 1 uiteengezet dat deze drie typen kenmerken volgens Rogers van invloed zijn op het invoeren van een vernieuwing.

Aan het eind van elke paragraaf wordt de relatie gelegd met de type systemen (bundeling, verbetering, bewaking).

### 5.2 Factoren die bevorderend en belemmerend werken

Het gemak waarmee een vernieuwing geaccepteerd en ingevoerd wordt is in de eerste plaats afhankelijk van de vernieuwing zelf (Rogers). Vernieuwingen die aantoonbare effecten, winst of status opleveren vinden sneller ingang dan die waarbij dat niet het geval is. Effecten van kwaliteitssystemen zijn nog niet wetenschappelijk aangetoond. Het gemak waarmee de invoering verloopt blijkt wel afhankelijk te zijn van het type systeem, zoals in het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken. In eerste instantie kijken we dan ook welke kenmerken van de systemen de invoering bemoeilijken dan wel vergemakkelijken.

De kenmerken van de organisatie zijn eveneens van invloed op de invoering van een vernieuwing. Het invoeren van een kwaliteitssysteem zal meer inspanning kosten bij grote, complexe organisaties met veel eilandvorming dan bij kleine platte organisaties die een hechte eenheid vormen. Een derde factor, aldus Rogers, zijn de

gehanteerde invoeringsstrategieën, zoals het inschakelen van sleutelfiguren of het hanteren van beloningen of feedback.

De ervaringen van de directies van de instellingen zijn weergegeven in tabel 5.1. en die van de beroepsbeoefenaren in tabel 5.2. De tabel laat zien hoe vaak men van mening is dat de invoering moeilijker of juist makkelijker werd door kenmerken van de vernieuwing, van de organisatie en van de invoering.

Tabel 5.1 Aantal bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering van een kwaliteitssysteem in instellingen (N=22)

	bevorderend	belemmerend	totaal
Kenmerken van het systeem	29	13	42
Kenmerken van de organisatie	21	31	52
Kenmerken van de invoering	43	79	122
Totaal	93	123	216

Tabel 5.2 Aantal bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering van een kwaliteitssysteem bij beroepsbeoefenaren (N=14)

	bevorderend	belemmerend	totaal
Kenmerken van het systeem	4	17	21
Kenmerken van de organisatie	6	9	15
Kenmerken van de invoering	11	31	42
Totaal	21	57	79

Bij de instellingen blijken 93 factoren bevorderend en 123 factoren belemmerend te werken bij de invoering van het systeem: 6 directies noemden alleen belemmerende factoren, 2 alleen bevorderende en eenmaal werden geen factoren genoemd.

Meer dan de helft van de factoren (122) betreft de invoering zelf. De balans slaat daarbij sterk door naar de belemmerende factoren. Bij de beroepsbeoefenaren is eenzelfde beeld te zien.

Bij de instellingen blijken kenmerken van de systemen de invoering doorgaans te vergemakkelijken. Bij de beroepsbeoefenaren is dit juist niet het geval: de kenmerken van de systemen bij de beroepsbeoefenaren werken belemmerend. We gaan daar in het vervolg van



dit hoofdstuk dieper op in. Zoals te verwachten was bij de beroeps-beoefenaren noemen alleen gezondheidscentra en apotheken factoren die met de organisatie te maken hebben.

### 5.3 Kenmerken van het kwaliteitssysteem

De kenmerken van het kwaliteitssysteem die de invoering in instellingen bevorderen dan wel belemmeren zijn in detail weergegeven in tabel 5.3. Ter herinnering vermelden we de verwachtingen die wij hieromtrent in hoofdstuk 1 formuleerden: 'de invoering van een kwaliteitssysteem zal gemakkelijker verlopen als het systeem niet te complex is, stapsgewijze ingevoerd kan worden en voor de betrokkenen voordelen of zichtbare resultaten oplevert'.

Tabel 5.3 Kenmerken van het kwaliteitssysteem die bevorderend en belemmerend werken bij de instellingen (N=22)

Bevorderend	29	Belemmerend	13
ervaringen met positieve effecten	8	gevaar voor bureaucrativering	3
projecten-/normontwikkeling aan basis/afdeling	4	ontbreken van een doel of visie	2
systeem is flexibel, overzichtelijk en eenvoudig	4	systeem is moeilijk/onbegrijpelijk	2
systeem is niet bureaucratisch	2	nadruk op negatieve zaken (tekorten)	2
het systeem heeft een duidelijk doel en visie	2	systeem is te ingrijpend	1
doelen zijn concreet meetbaar	1	systeem is saai	1
systeem is geen controle systeem	1	systeem heeft teveel accent op meten	1
systeem is volledig	1	systeem is ad-hoc problemen oplossen	1
overbodige regels worden eruit gegooid	1		
systeem wordt geëvalueerd op basis van feiten	1		
voortdurend vinden bijstellingen plaats	1		
meetbare gegevens zijn beschikbaar	1		
multidisciplinaire aanpak/methode	1		
het is een natuurlijk proces (niet los/apart)	1		

Uit tabel 5.3 blijkt dat de invoering soepeler verloopt als positieve effecten zichtbaar worden. De aard van deze effecten is te zien in de hierna volgende citaten. Een tweede bevorderende factor is norm- of projectontwikkeling door de afdelingen zelf zodat deze niet van

bovenaf opgelegd worden. Verwant daarmee is ten derde dat het systeem flexibel is, overzichtelijk en eenvoudig en niet bureaucratisch. Het omgekeerde werkt belemmerend, zoals te zien is bij de belemmerende factoren. Ook het ontbreken van een duidelijk doel - 'wat wordt met het systeem beoogd' - bemoeilijkt de invoering van het systeem. Ter illustratie een aantal citaten met betrekking tot de positieve effecten:

*"Het verbeterproject rond opname- en ontslagbeleid heeft tot gigantische besparingen geleid".*

*"Wat wij merken is dat de subsidiënten de kwaliteit van onze instelling nu niet meer in twijfel trekken, wat ze wel heel sterk hebben gedaarf".*

*"Het afbreken van hiërarchie en gepolariseerde verhoudingen"*

*"Merkbaar is al dat het aantal vergissingen dat gemaakt wordt en waardoor een onderzoek of test weer overgedaan moet worden, verminderd is. En de oorzaak van een fout kan teruggevonden, of sneller teruggevonden worden omdat alles schriftelijk wordt bijgehouden."*

*"De invoering van het werken met kwaliteitskringen gaat boven verwachting goed. Er zijn grote verbeteringen in dienstverlening, in werksfeer en in efficiëntie te zien. Het is een geweldig middel omdat je de aandacht voor kwaliteit levendig houdt bij de medewerkers. Iedereen heeft meer probleemoplossend leren denken en men verschuift de problemen niet meer naar een andere afdeling. De oplossingen worden beter gedragen omdat de mensen die het werk doen ook de dagelijkse problemen ervaren en veel beter dan de leidinggevende de knelpunten en oplossingen naar boven weten te brengen. De vroeger aan ad-hoc werkoverleg bestede tijd is ver teruggedrongen. Nadelen zijn er weinig. Je moet oppassen dat het geen vergadercultuur wordt maar dat is bij ons niet het geval. Al kost het in het begin veel tijd, je wint er nog veel meer tijd mee terug op den duur".*

*"Er zijn tientallen voorbeelden te geven van zaken die verbeterd zijn, maar dat kan ook zonder zo'n systeem. Wat je wel merkt is dat de hokjesgeest een stuk minder is. De wijze waarop de diensten met elkaar omgaan en waarop bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen met elkaar omgaan is duidelijk anders. Die communicatieverbetering maakt alleen het proces op zich voor mij al heel waardevol".*

De hier genoemde effecten zijn niet gebonden aan een bepaald type systeem en komen bij alle varianten voor. Ook bij systemen die bestaan uit een bundeling van bestaande activiteiten leveren deelsystemen positieve effecten op.

De bevorderende factoren (flexibel, overzichtelijk, niet bureaucratisch) komen relatief vaker voor bij de 'verbeterprojecten' terwijl de belemmerende factoren relatief vaak bij de besturings- en bewakingsystemen genoemd worden (gevaar van bureaucrativering, moeilijk, ingrijpend en saai). We komen hier in de discussie op terug.

## Beroepsbeoefenaren

Bij de beroepsbeoefenaren worden veel belemmerende en weinig bevorderende factoren genoemd (tabel 5.4). Het betekent dat de kenmerken van deze systemen de invoering ervan niet makkelijker maar moeilijker maakt.

Tabel 5.4 Kenmerken van het kwaliteitssysteem die bevorderend en belemmerend werken bij de beroepsbeoefenaren (N=14)

Bevorderend	4	Belemmerend	17
een succesvol voorbeeldproject	1	systeem is ad hoc/eenmalig	3
beroepsinhoudelijke zaken spreken aan	1	kwaliteitsmanagement staat nog ver af	2
plaatsing in breder kader herregistratie	1	angst voor controle	2
beleid en kader koepel geeft houvast	1	accepteren wat elders ontwikkeld is	1
		weerstand beoordeling door leken	1
		ontwikkeling kost tijd en geld	1
		professionals moeten erachter staan	1
		kosten/baten verhouding scheef	1
		sommige procedures overdreven	1
		geen meetbare/aantoonbare effecten	1
		het systeem was te groot en te complex	1
		weerstand tegen registreren	1
		een beroepsgroep was afhoudend	1

De geïnterviewden noemen de (deel)systemen ad hoc, fragmentarisch of eenmalig en wijzen op de negatieve kosten/batenverhouding en afwezigheid van meetbare effecten. Bijvoorbeeld, een huisarts merkt op dat in het Farmacotherapeutisch overleg maar een fractie van alle medicijnen aan bod komt en dat gebeurt tamelijk ad-hoc. In een gezondheidscentrum wordt opgemerkt dat er inmiddels 8 werkafspraken gerealiseerd zijn maar dat dit voor nog wel 130 onderwerpen zou moeten gebeuren.

Een overkoepelend kader daarentegen wordt bevorderend genoemd (bijv. herregistratie, kwaliteitskenmerken of beleid van de koepel). Factoren die daarnaast genoemd worden spreken voor zich en lijken op de eerder bij de instellingen genoemde problemen.

## 5.4 Kenmerken van de organisatie

De kenmerken van de organisatie die de invoering van een kwaliteitssysteem bemoeilijken of vergemakkelijken zijn in tabel 5.5 te zien.

Hierover hebben wij geen vooronderstellingen geformuleerd (zie hoofdstuk 1).

Tabel 5.5 Kenmerken van de organisatie die bevorderend en belemmerend werken bij de invoering van het kwaliteitssysteem (N=22)

<b>Bevorderend</b>	<b>21</b>	<b>Belemmerend</b>	<b>31</b>
zeer gemotiveerd personeel	5	autonomie professionals/afdelingen	9
aangepaste plattere organisatie-structuur	5	werkdruk is hoog	4
stabiele organisatie/snelle besluitvorming	2	expliciteren medisch handelen	3
goede communicatie/cultuur in de instelling	2	cultuur niet gericht op effectiviteit	3
specialisten in loondienst/hiërarchisch	2	weinig commitment met organisatie	3
direct contact medewerkers-directie	1	interne strubbelingen/onrust	2
financiële middelen zijn beschikbaar	1	structuur organisatie moet platter	1
kleine organisatie	1	losse organisatie	1
medewerkers zijn gewend aan checklisten	1	cultuurverschillen binnen de instelling	1
actieve familieraad	1	personeel heeft geen (lage) opleiding	1
		bewonersraad functioneert moeizaam	1
		wensen/bemoeienis familie bedreigend	1
		financieel overzicht ontbrak	1

Vijf directies zijn van mening dat de invoering slaagt dankzij zeer gemotiveerd personeel: "de afdelingshoofden zijn de kurk waarop de organisatie drijft en bovendien hebben wij zeer betrouwbaar personeel" meldt de directeur van een verpleeghuis.

Een belangrijke factor, die zowel bevorderend als belemmerend kan werken, is de organisatiestructuur. Een platte organisatie met korte communicatielijnen vergemakkelijkt de invoering terwijl deze bemoeilijk wordt door eilandvorming: autonome positie van professionals en ook van afdelingen. Angst voor verlies van autonomie betreft zowel professionals als afdelingshoofden. Dit heeft te maken met het feit dat de huidige kwaliteitssystemen vaak afdelingsoverstijgend zijn: in verbeterprojecten maar ook in besturingssystemen wordt relatief vaak het gehele proces onder de loupe genomen en niet alleen een afzonderlijke afdeling of verrichting. Dit vereist onderlinge afstemming, samenwerking en soms ook het inleveren van autonomie. We zullen dit illustreren aan de hand van citaten:

*"Het team realiseerde zich dat het werken met kwaliteitskringen een andere manier van leidinggeven zou betekenen. De bereidheid tot dat laatste was er dankzij een reorganisatie waarbij een veel plattere structuur dan voorheen was ingesteld met korte communicatielijnen"*

*"Uitgangspunt was de multidisciplinaire benadering van zorg. Dit paste goed in de gekozen organisatiestructuur want de kwaliteitsprojecten - gericht op specifieke categorieën patiënten - waren afdelingoverstijgend en discipline overstijgend. We hebben niet gekozen voor de ISO-systematiek want die is te afdelingsgericht en wij willen juist over de afdelingen heen werken".*

*"Door het multidisciplinaire procesmatige werken in de kwaliteitsprojecten werd steeds meer hinder ondervonden van de oude zuilen-structuur van de organisatie. Er volgde een reorganisatie naar een veel plattere structuur. Voor een aantal mensen in de behandelhoek was dat een aantasting in hun professionele autonomie".*

*"De verschillende professies communiceerden met elkaar op kleuterschoolniveau. Nu worden problemen niet meer zo over de grens geschoven, het worden meer gezamenlijke problemen. De chirurgen, anesthesisten en OK-verpleegkundigen overleggen bijvoorbeeld over de OK-planning en het uitlopen daarvan en wie verantwoordelijk is voor het uitslapen van de patiënt. Ik zeg dit nu achteraf want in het begin was dat nog niet aan de orde".*

*"In het kader van het kwaliteitssysteem hebben we ook de verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij de afdelingen ondergebracht. Maar de lijnorganisatie is ook een 'hokken-organisatie'. De kwaliteitsprojecten liepen stuk op de afdelingsgrenzen, behalve daar waar een afdelingshoofd zijn grenzen niet strikt gesloten hield. Dat was een minderheid. Het leek heel leuk om met kleine overzichtelijke problemen te beginnen maar dat is ook de valkuil geweest, want aan de grote problemen zijn we niet toegekomen".*

De hierboven geschetste problemen spelen vooral in de 'verbetersystemen' en de 'besturingssystemen'. Zoals gezegd wordt in deze systemen veelal naar het gehele proces van zorgverlening gekeken waarmee afdelingsoverstijgend wordt gewerkt. Bij een bundeling van bestaande deelsystemen lijkt dit minder het geval te zijn en worden dergelijke problemen dan ook veel minder gesignaleerd. Ook bij degenen die de ISO-systematiek hanteren worden deze problemen niet genoemd.

Tabel 5.6 Bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de organisatie bij beroepsbeoefenaren (N=14)

Bevorderend	6	Belemmerend	9
gewend aan procedures en parafen	2	centra verschillen in ontwikkelingsfase	2
cultuur van protocollair samenwerken	2	autonomie van centra	2
de disciplines hebben eenzelfde werkgebied	1	professionele autonomie	1
kritisch naar eigen werk kijken	1	positioneel denken wordt gestimuleerd	1
		verschil in visie op wat kwaliteit is	1
		in apotheek geen middenkader	1
		de opleiding/scholing loopt achter	1

De in tabel 5.6 genoemde factoren ten aanzien van de organisatie betreffen de gezondheidscentra en de apotheken. Net als bij de laboratoria wordt de invoering van het systeem in de apotheek vergemakkelijkt omdat men gewend is om met procedures en parafen te werken. Er wordt gesignaleerd dat de opleiding in dit opzicht achter loopt.

Bij de gezondheidscentra wordt gewezen op de autonomie van professionals terwijl de stichting van gezondheidscentra wijst op de autonomie van de centra. Verwant met de hierboven besproken problemen bij afdelingsoverstijgende activiteiten in instellingen meldt een geïnterviewde: "wat elkaar bijt is het inhoudelijke denken (het bieden van complexe zorg over de lijnen heen) en het door financiers gestimuleerde positionele denken, waarbij je juist je eigen organisatie benadrukt en je je positie in de markt moet profileren".

## 5.5 Kenmerken van de invoeringsstrategieën

De factoren die te maken hebben met de invoering op zich staan vermeld in tabel 5.7. Het gaat daarbij niet alleen om invoeringsstrategieën maar ook om ervaringen bij de invoering. We veronderstellen (zie hoofdstuk 1) dat de invoering soepeler verloopt naarmate meer aandacht aan de invoering wordt besteed.

In tabel 5.7 is te zien dat een belangrijk cluster van factoren te maken heeft met de sturing door directie en leiding. De invoering verloopt gemakkelijker als directie en leiding continue sturing en druk uitoefent (9 maal genoemd) en moeizamer wanneer deze sturing verslapt (6 maal genoemd). Het bleek door de werkdruk niet mogelijk, zo vertelden enkele directies, om de tijd die zijzelf voor kwaliteitszorg gereserveerd hadden, daar ook daadwerkelijk aan te besteden. In bijna de helft van de organisaties blijkt de invoering trager te verlopen dan aanvankelijk was verwacht. Dit ligt voor een deel aan het ontwikkelen en leren van de systematiek, voor een deel ligt dit aan het vrijblijvende karakter van deelname (7 maal genoemd). Als medewerking aan het systeem op basis van vrijwilligheid geschiedt doet maar een deel van de organisatie mee, zo is de ervaring van enkele directies. Op grond van deze ervaring is een aantal van hen ertoe overgegaan medewerking aan het systeem verplicht te stellen en de verantwoordelijkheid daarvoor expliciet onder te brengen in de lijnfuncties als normaal onderdeel van de lijntaken. Bij de besturingsystemen was dit doorgaans vanaf het begin het geval, bij de verbeterprojecten niet.

Tabel 5.7 Kenmerken van de invoering die bevorderend en belemmerend werken bij de invoering van het kwaliteitssysteem (N=22)

Bevorderend	43	Belemmerend	79
bewaken/sturen door directie/lijn/leiding	9	traagheid waarmee de invoering verloopt	9
inspraak/informatie/overleg medewerkers	8	tijdpad: tussen introductie/invoering	7
stimulans van afdelingen/audits/koepel	6	leren systematiek/expliciteren handelen	7
de leiding krijgt ondersteuning het kiezen van onderwerpen die aanslaan	3	vrijblijvendheid/vrijwilligheid/tempoverschil	7
haalbare en realistische doelen invoering gefaseerd/gedoseerd	3	verslappen sturing/druk/voorbeeld directie	6
directie/top neemt het serieus	2	weerstand/angst verandering/controle	6
trekkers en sleutelfiguren nemen initiatieven	2	kosten/batenverhouding: tijd/opbrengst	5
verantwoordelijkheden professionals duidelijk	1	weerstand tegen 'kwaliteit', terminologie medewerkers niet betrokken/te top-down	4
gehele organisatie is erbij betrokken	1	kwaliteit van kwaliteitsfunctionarissen	3
jaartheme voor de gehele organisatie	1	nieuwe medewerkers/opleiding	3
uniforme toegankelijke documentatie medewerkers niet opgeofferd aan systeem	1	voorlopers hadden geen voorbeelden	3
		geen begeleiding/ondersteuning leiding	2
		geen feedback/terugkoppeling	2
		onderwerpskeuze te moeilijk/complex	2
		systeem lijkt overbodig, alles loopt goed	2
		zware eisen aan één afdeling	1
		het daadwerkelijk maken van afspraken	1
		afdelingen doen aan window-dressing	1
		weerstand tegen certificatie als doel	1
		te weinig bevoegdheden bij stuurgroep	1
		bekijft nog niet, heeft tijd nodig	1
		kwaliteitsmoeheid	1
		wrang om bij capaciteitstekort aan kwaliteit te werken	1

De invoering verloopt gemakkelijker naarmate medewerkers meer betrokken worden bij de invoering, inspraak krijgen en continu geïnformeerd worden (8 maal genoemd) terwijl een solistische (te) top-down benadering de invoering bemoeilijkt (3 maal genoemd). In een aantal instellingen wordt dan ook getracht om de weerstand tegen registratie en de angst voor controle (6 maal genoemd) te verminderen door voortdurend overleg met en informatie aan de medewerkers.

Wat belemmerend werkt is het tijdsverloop tussen de aanvankelijke introductie van het systeem en de daadwerkelijke invoering ervan (7 maal genoemd). Een aantal citaten ter illustratie:

*"Als de medewerkers naar de werkconferentie zijn geweest staan ze in de startblokken om te beginnen. Dan duurt het soms nog maanden voordat de projecten geformuleerd zijn en echt van start kunnen gaan. Dat is te lang. Dat is een bottle-neck, daar zit het probleem. Je moet mensen weer opnieuw enthousiast maken. Daar hebben we nog geen echt goede oplossing voor gevonden."*

*"De aansluiting op de scholing is niet goed. Die is te lang geleden. Wat ze tijdens de cursus aan procesmatig werken geleerd hebben moeten ze nu weer opnieuw leren"*.

*"Men raakt enthousiast als men met de ontwikkeling van een programma bezig is, maar tussen de ontwikkeling en de invoering zit een hiaat. Voor een programma daadwerkelijk ingevoerd kan worden ben je zo een jaar verder. Dat is jammer want je moet het enthousiasme gangbaar houden. Wij proberen dat door informatie en voorlichting te geven"*.

Een laatste factor heeft te maken met de keuze van de onderwerpen. Als relevante onderwerpen worden gekozen die aanslaan en realistische en haalbare doelen worden gesteld verloopt de invoering gemakkelijker dan wanneer het omgekeerde het geval is, zo is in tabel 5.7 te zien. Dit geldt niet voor de totale systemen die per definitie alle onderwerpen omvatten, het geldt wel voor de verbeterprojecten en voor het kiezen van de deelsystemen wanneer sprake is van een bundeling (en uitbreiding) van bestaande instrumenten.



Tabel 5.8 Bevorderende en belemmerende factoren bij invoering bij beroepsbeoefenaren (N=14)

Bevorderend	11	Belemmerend	31
vrijwillige deelname/ positieve selectie	3	werkdruk, kost veel tijd (niet ingebouwd)	6
ondersteuning en waardering van koepel	2	gebeurt op basis van vrijwilligheid	3
externe ondersteuning van collega's wordt meer aangenomen	2	het verzandt zonder continue aandacht	3
gemotiveerd vanuit het vak meetbaarheid	1	invoering protocol/systeem moeizaam	3
instructies op de werkplek zelf	1	autonomie: doordrukken zinloos	2
		geen afspraken over bewaken systeem	1
		gegevensverzameling zeer tijdrovend	1
		niet alles is meetbaar	1
		verbeteringen niet altijd te realiseren	1
		gevaar dat het taak wordt van bureau medewerkers waren niet betrokken	1
		alles moet veel simpeler/aangepaster	2
		veel te lange voorbereidingstijd	1
		wisseling van medewerkers	1
		de groep is vakinhoudelijk te divers	1
		onderwerpskeuze op basis waarvan?	1
		ontbreken professionele ondersteuning	1
		afstand theorie - praktijk in één protocol	1

Net als bij de instellingen werkt de vrijwillige deelname twee kanten uit: er ontstaat een positieve selectie van deelnemers maar de continuïteit en verdere verspreiding is een probleem. Ook bij de beroepsbeoefenaren dreigt kwaliteitszorg te verzanden als het niet voortdurend onder de aandacht wordt gebracht, mede aldus de geïnterviewden, omdat de werkdruk hoog is en de (deel)systemen nog niet ingebouwd zijn in de beroepsmatige routine. Een vorm van feedback, bijvoorbeeld door ondersteuning en waardering van koepels of externe partijen blijkt stimulerend te werken.

## 5.6 Samenvatting en discussie

In dit hoofdstuk is gekeken naar de kenmerken van de systemen, de organisatie en de invoering die de implementatie van een kwaliteitssysteem bemoeilijken dan wel vergemakkelijken.

Een eerste bevinding is dat de systemen bij de instellingen een aantal positieve kanten hebben die de invoering vergemakkelijken, terwijl dat door de beroepsbeoefenaren niet wordt genoemd. Zij

noemen alleen belemmeringen. Dit kan te maken hebben met de aard van de systemen, maar dit lijkt niet waarschijnlijk: het meest genoemde systeem bij beroepsbeoefenaren is intercollegiale toetsing, bij instellingen zijn dat verbeterprojecten. In beide gevallen worden verbeteringen aangebracht op basis van de kwaliteitskringloop en de methodiek verschilt niet wezenlijk. Een verklaring kan wellicht liggen in de functie die het systeem vervult. In hoofdstuk 2 is geconstateerd dat instellingen meer interne redenen noemen voor het invoeren van een systeem dan beroepsbeoefenaren en dat zij een systeem vaak zien als een middel om het functioneren van de instelling te verbeteren. Bij de beroepsbeoefenaren is een dergelijke functie minder zichtbaar.

Verwant hiermee zijn de factoren die te maken hebben met het doel, de visie en het referentiekader van het systeem. Zowel bij beroepsbeoefenaren als bij instellingen wordt geconstateerd dat de invoering van een systeem gemakkelijker verloopt als duidelijk is met welk doel het wordt ingevoerd en als daar een duidelijke visie op het kwaliteitsbeleid aan ten grondslag ligt. Dit maakt de plaats en de functie van het systeem duidelijk en vormt als het ware de rationalisatie van het kwaliteitssysteem. Het eigen kwaliteitsbeleid van de instelling of het invullen van de 'Kwaliteitskenmerken' van de koepelorganisatie worden voor een dergelijke rationalisatie gebruikt. Hetzelfde is te zien bij beroepsbeoefenaren die deelsystemen fragmentarisch of ad-hoc vinden als deze niet geplaatst worden binnen het kader van herregistratie of kwaliteitsmanagement. De vraag op grond waarvan men bepaalde deelsystemen wel of niet kiest lijkt eerst beantwoord te moeten worden.

Eenzelfde keuzevraagstuk doet zich voor bij de verbeterprojecten. Het kiezen van onderwerpen die aanslaan maakt de invoering gemakkelijker evenals het stellen van haalbare en realistische doelen. Onderwerpen die te complex of te moeilijk zijn werken belemmerend, zo wordt gesteld. Het zal duidelijk zijn dat het kiezen van onderwerpen voortdurend een spanningsveld creëert omdat gekozen moet worden tussen onderwerpen die aanslaan en niet bedreigend zijn en onderwerpen die objectief gezien een hoge relevantie hebben maar wellicht moeilijk en complex zijn, zoals bijvoorbeeld totale zorgprocessen.

De organisatiestructuur van een instelling blijkt in drie opzichten van belang te zijn bij de invoering van een kwaliteitssysteem: een organisatieverandering is vaak aanleiding tot het invoeren van een kwali-

teitssysteem (hoofdstuk 2), andersom kan een kwaliteitssysteem leiden tot een organisatieverandering (hoofdstuk 3) en in dit hoofdstuk is aanvullend geconstateerd dat de organisatiestructuur bevorderend en belemmerend kan werken bij de invoering van een systeem. De factoren in de organisatiestructuur die de invoering vergemakkelijken lijken op het eerste oog strijdig met elkaar, namelijk enerzijds een platte organisatie structuur en anderzijds een hiërarchische structuur met duidelijke verantwoordelijkheden. Wat blijkt? Bij AMW-instellingen en RIAGG werd of wordt van een losse democratische organisatie toegewerkt naar een meer hiërarchische structuur met verantwoordelijkheden in de lijnfuncties. In ziekenhuizen en verpleeghuizen, waar deze structuur al aanwezig is, wordt toegevoerd naar een verbreding van de afdelingsstructuur omdat de afdelingsgebonden verantwoordelijkheden de invoering van afdelingsoverstijgende systemen bemoeilijkt of belemmert.

Hiermee komen we automatisch op de door directies vaak geuite klacht over de autonomie van professionals en afdelingen waardoor de invoering van een systeem trager of moeizamer verloopt dan was gepland. Toch blijken de problemen anders te liggen dan wij op grond van ons vorige onderzoek veronderstelden. Vorig jaar signaleerden de koepelorganisaties dat er een spanningsveld kon ontstaan tussen de systemen van de instelling en de systemen van de beroepsbeoefenaren (1). Op instellingsniveau lijkt het echter niet zo te zijn dat de eigen systemen van de professionals botsen met de systemen van de instelling (een aantal directies merkt op dat zij er belang aan hecht dat de beroepsbeoefenaren hun vak bijhouden en een aantal van hen stimuleert deelname aan intercollegiale toetsing). Het probleem lijkt meer te liggen in de procesmatige benadering van de zorgverlening zoals die in de 'verbetersystemen' en in sommige besturingssystemen wordt gevolgd. In deze kwaliteitssystemen wordt vaak het gehele zorgproces kritisch onder de loupe genomen. Dit betekent dat afdelingsoverstijgend wordt gewerkt. Als afdelingen hun grenzen gesloten houden is dit niet mogelijk. In twee ziekenhuizen is de intercollegiale toetsingscommissie dan ook breder gaan werken terwijl in een ziekenhuis de specialist als zorgmanager optreedt voor afdelingsoverschrijdende activiteiten rond specifieke categorieën patiënten. Ook verpleeghuizen signaleren een dergelijke tendens. Het lijkt erop dat kwaliteitssystemen op deze wijze geen marginale maar wezenlijke veranderingen teweeg kunnen brengen en dit kan ook een verklaring zijn voor het feit dat de invoering ervan trager verloopt dan was voorzien.

Van een geheel andere orde zijn belemmeringen die ontstaan doordat er een hiaat is tussen de introductie en daadwerkelijke invoering van een systeem. Als de voorbereidingstijd te lang duurt ebt het aanvankelijke enthousiasme weg en moet de organisatie weer opnieuw enthousiast gemaakt worden.

Tot slot de verdere verspreiding en continuering van het systeem. De vrijwilligheid van deelname werkt hierbij belemmerend maar continue sturing van directie en leiding werkt bevorderend. Om die reden zijn enkele directies ertoe overgegaan deelname verplicht te stellen en de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitssysteem onder te brengen in de lijnfuncties, daarbij ondersteund door de kwaliteitsfunctionaris. De besturings en bewakingssystemen zijn vanaf het begin in de normale hiërarchie ondergebracht. Met uitzondering van de apotheken is deze oplossing bij de beroepsbeoefenaren niet mogelijk. Daar zullen andere vormen gevonden moeten worden om de verdere verspreiding en continuering te waarborgen.

## 6. INDIVIDUELE ERVARINGEN TER ILLUSTRATIE

### 6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk moet beschouwd worden als een soort toegift: de in het vorige hoofdstuk getrokken conclusies worden in dit hoofdstuk nader geïllustreerd aan de hand van individuele ervaringen van de geïnterviewden. Aan de hand van citaten krijgt men wat meer inzicht in hoe de invoering van kwaliteitssystemen daadwerkelijk verloopt en de bevorderende en belemmerende omstandigheden. Met nadruk wijzen we erop dat het hier om individuele ervaringen gaat die niets zeggen over een sector als geheel.

In paragraaf 6.2 staan de systemen centraal waar sprake is van een bundeling en uitbreiding van bestaande activiteiten. Paragraaf 6.3 geeft voorbeelden van de 'verbeter'systemen en paragraaf 6.4 van de besturings- en bewakingssystemen. De laatste paragraaf beschrijft voorbeelden bij de beroepsbeoefenaren.

Bij het lezen van de ervaringen kan het behulpzaam zijn om de onderstaande matrix in het achterhoofd te houden. Aan de hand van deze matrix kan gekeken worden in welke fase van de invoering de kenmerken van het systeem, de organisatie of de invoeringsstrategie bevorderend dan wel belemmerend werken.

	Systeem	Organisatie	Invoeringsstrategie
Acceptatie	X	X	X
Voorwaarden	X	X	X
Invoering	X	X	X
Continuering	X	X	X

Aanvankelijk hebben we geprobeerd alle bevorderende en belemmerende factoren in deze matrix onder te brengen. Dit leverde echter een schijn-exactheid op omdat deze factoren met elkaar samenhangen zoals de citaten zullen laten zien. Men kan deze matrix wel gebruiken bij de keuze en de invoering van een systeem door te kijken aan welke voorwaarden in elke cel voldaan moet worden om de invoering te laten slagen.

## 6.2 Ervaringen met uitbreiding van bestaande deelsystemen

De zeven instellingen die zich baseren op bestaand materiaal en dat bundelen en uitbreiden melden weinig problemen die rechtstreeks met het invoeren van het kwaliteitsbeleid te maken hebben. Men constateert een groot draagvlak voor de te ontwikkelen deelsystemen, wat vooral wordt toegeschreven aan het feit dat de medewerkers zelf worden betrokken bij het ontwikkelen ervan. Enkele geïnterviewden melden dat zij bezig zijn met een organisatieverandering met als doel een duidelijker toewijzing van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Problemen ten aanzien van de deelsystemen hebben te maken met weerstand tegen registratie en tijdschrijven en ten aanzien van de organisatie wordt de beperkte capaciteit van het management-team genoemd. We geven enkele citaten:

*"We hebben eerst gewerkt aan de organisatiestructuur. Het moest eerst een duidelijke lijnorganisatie worden. Het vastleggen van verantwoordelijkheden is voorwaarde voor een kwaliteitssysteem. Vroeger was kwaliteit een zaak van de individuele beroepsbeoefenaar, maar nu moet men de instelling op kwaliteit aan kunnen spreken".*

*"De organisatie is de laatste jaren sterk gegroeid en daardoor ontstaat meer behoefte om dingen vast te leggen en om meer garanties in te bouwen. Je hebt minder zicht op ieders individueel functioneren. Alles loopt wel als een trein maar steeds meer groeit het besef dat er heel weinig op papier staat en/of niet geregeld is"*

*"Registreren en tijdschrijven zijn zaken die voor iedereen bedreigend kunnen zijn. Dit verminderde toen het doel daarvan duidelijk uitgelegd was en ook duidelijk werd gemaakt dat dit geen eigen leven ging leiden maar onderdeel was van het totale kwaliteitsbeleid. Bovendien, dat men zelf bij de interpretatie en het gebruik van de gegevens betrokken was omdat dergelijke zaken in de beleidsraad en het periodieke overleg (democratisch) besproken worden. Er wordt dus niet geheimzinnig mee gedaan. Bovendien is uitgelegd dat het een onderdeel is van het afleggen van verantwoording aan de financier, die ook wil zien waar de tijd (en dus het geld) aan besteed wordt."*

*"Het is belangrijk dat er een draagvlak is, zodat je het vertrouwen kunt hebben dat de zelf-registratie ook eerlijk is. Doordat veel regelingen en procedures niet van boven uit het management komen, maar ontwikkeld zijn op instigatie of door de medewerkers van bijvoorbeeld één of twee teams, ziet men in de andere teams de voordelen; niet de controle door het management is hoofdzaak, maar de functie die registratie of regeling voor het personeel zelf heeft."*

*"Nadeel van de gevolgde methode van deze gestage ontwikkeling van kwaliteitsdeelsystemen is dat het niet erg systematisch en volledig is gebeurd, maar het voordeel dat de medewerkers en de andere partijen er steeds bij betrokken zijn geweest en initiatieven hebben kunnen ontwikkelen, is veel groter."*

*"Toen we ons in 1988 echt op de kwaliteit van de zorg gingen richten en te weinig aandacht hadden voor de bedrijfsmatige kant, zijn we financieel flink op ons gezicht gegaan. Door allerlei reorganisaties enzovoort misten we het financiële overzicht en pas op het eind van het jaar bleek dat we bijna een miljoen tekort kwamen. Een voorbeeld: door in te gaan op alle eisen die er ten aanzien van de voeding gesteld werden schoten de prijzen van de voedingsdienst enorm omhoog. Door onvoldoende aandacht voor administratieve procedures kwam dat veel te laat in beeld. Dat kan dus niet. Je moet ook de zakelijke kant goed in de gaten houden."*

*"Probleem op dit moment is dat er in de verpleeghuiswereld zoveel in beweging is gekomen (bijvoorbeeld samenwerkingsprojecten met verzorgingshuizen die heel erg positiezoekend zijn en waar je als verpleeghuis een heel goede bijdrage in kunt leveren, bouwen van nieuwe zorgcentra, enz.) dat je serieus op moet passen om niet teveel hooi tegelijk op je vork te nemen. Het gevaar bestaat dat je als management daar zoveel energie in moet steken (want dat komt gewoon over je heen) dat je te weinig tijd overhoudt voor het basisproces waar je uiteindelijk voor staat. Bovendien moet je zorgen dat de levensduur van de gemiddelde verpleeghuisdirecteur toch wat aan de goede kant blijft! Daarom roep ik ook altijd: mensen vergeet niet om te letten op wat er thuis gebeurt, want anders ben je extern misschien heel goed bezig, maar sneuvel je op je achterban."*

Hoewel de 'Kwaliteitskenmerken' van de koepelorganisaties gebruikt worden om de deelsystemen te bundelen en nieuwe deelsystemen toe te voegen kunnen problemen ontstaan als de instelling met meerdere koepelorganisaties te maken heeft. Een gecombineerde instelling voor thuiszorg en maatschappelijk werk signaleert dat zij geconfronteerd wordt met kwaliteitskenmerken van twee koepels: de VOG-AMW en de LVT:

*"De VOG heeft 50 kwaliteitscriteria opgesteld en de LVT heeft er inmiddels al 20 verzonnen. Daar zit natuurlijk ook veel bij wat we al hebben zoals klachtenreglement etc. Maar als je dat allemaal tegelijkertijd zou willen aanpakken dan ben je jaren bezig. Ook uit het vorig jaar gehouden kwaliteitsonderzoek is een waslijst van aanbevelingen gekomen en we hebben daar nu vooral die dingen uitgepakt die voor ons op dit moment actueel zijn. Ik vertoon de neiging om aan het voldoen aan al die criteria niet al teveel gewicht te geven."*

Samenvattend ontstaat de indruk dat instellingen die bezig zijn de bestaande deelsystemen te bundelen en uit te breiden geen al te grote problemen tegenkomen. Dat neemt niet weg dat een fundamentele organisatieverandering soms jaren in beslag bleek te nemen en dat een té patiëntgerichte benadering tot forse verliezen bleek te leiden. De acceptatie hangt af van het deelsysteem dat gekozen wordt waarbij bewakende en besturende deelsystemen aanvankelijk weerstand oproepen die vermindert wanneer de medewerkers betrokken worden bij en zien wat er met de gegevens wordt gedaan. De meeste geïnterviewden melden dat bij de bundeling van deel-

systemen en procedures, vaak de 'Kwaliteitskenmerken' van de koepel als referentiekader gebruiken.

### 6.3 Ervaringen met 'verbeter'-systemen en een projectgewijze aanpak

Instellingen die zich richten op verbeterprojecten noemden meer problemen, maar ook meer bevorderende factoren voor het invoeren van kwaliteitssystemen. Voor alle instellingen die via verbeterprojecten werken, geldt dat de werkwijze voor de medewerkers nieuw is. De introductie van de methode en de scholing in het werken ermee vergt in de beginfase veel aandacht.

De voorbeelden die in deze paragraaf gegeven worden hebben achtereenvolgens betrekking op de introductie en acceptatie van het systeem, de daadwerkelijke invoering en tenslotte de continuïteit. Zoals al gezegd is of wordt in veel gevallen de organisatiestructuur aangepast. Omdat dit al uitgebreid in het vorige hoofdstuk aan de orde is gekomen volstaan we hier met een enkel citaat.

*"Reorganisatie naar een platte organisatie van dienst - naar divisie-structuur, was nodig om meer samenwerking en meer overleg tussen disciplines te krijgen. De structuur is aangepast aan hoe de zorg eruit moet zien. Al bij de eerste presentatie van het nieuwe beleid was er verzet, vanuit de behandelhoek waar men een aantasting van de professionele autonomie voorzag. Een aantal medewerkers op uitvoerend niveau is vertrokken, omdat ze er niet in geloofden. Daarna is ook een deel van het middenkader al of niet op eigen initiatief afgehaakt. Het was niet de vooropgezette bedoeling dat mensen zouden afhaken: het is wel vervelend maar natuurlijk geeft dat ook nieuwe kansen, je kunt nieuwe mensen binnen halen."*

Naast de organisatorische veranderingen geeft de introductie van een 'verbeter' systeem in zijn algemeenheid niet veel problemen. Door middel van uitgebreide voorlichtingsbijeenkomsten, scholing voor het gehele personeel, kwaliteitsbewustwording via een kwaliteitskrant, een gezamenlijk motto, een continue stroom verbeterprojecten en de presentatie van resultaten daarvan, wordt gewerkt aan een cultuurverandering in de gehele organisatie. "We wisten niet waar we, achteraf gezien, aan waren begonnen, zo zegt de directeur van een groot ziekenhuis, "maar ik vind het nog steeds een geweldig interessante onderneming en ik doe het met veel plezier". De ervaring van een andere directie toont aan dat zo'n onderneming niet vanzelf gaat.

*"Allereerst moet je onderkennen dat de invoering van zo'n kwaliteitssysteem een gigantisch lange weg is, met veel vallen en opstaan. Aan het begin realiseer je je dat ook wel, maar ik kan verzekeren dat dat nog meer tegenvalt dan je voor mogelijk acht."*



*Het is ook niet zo dat we er bij de invoering van integrale kwaliteitszorg al zijn, daar zitten we nog midden in. Er zijn delen van de organisatie die verder zijn en afdelingen die nog helemaal niet zover zijn. Het is een bonte verzameling van ups en downs: ook binnen een afdeling gaat het soms goed, soms slecht. Dat is ook afhankelijk van de mensen die er zitten. Je kunt in een afdeling grote weerstand ontmoeten, omdat een leidinggevende iets in zijn hoofd heeft, waardoor hij de andere kant uit wil. Als zo'n leidinggevende, om wat voor reden dan ook, vertrekt dan zie je dat het proces in een stroomversnelling raakt. Dat hebben we pas nog meegemaakt op een afdeling die tot nog toe toch wat dissident reageerde. Als zo iemand dan vertrokken is dan pakt men het weer op.*

*We geven in dit hele proces ook ruimte voor maatwerk. Het is niet zo dat onze hele organisatie als één grote colonne even vier stappen zet, op dezelfde manier. Je ziet soms dat er opeens ergens een opbloei komt waarin men heel gericht met een goed geformuleerde kwaliteitsaanpak komt; soms precies volgens de aanpak die wij gekozen hebben, soms ook met varianten daarop. Ook daar doen we niet spastisch over.*

*Wat niet goed uitpakte in de beginfase was het hebben van gimmicks: we dachten, we moeten ons streven naar kwaliteit zichtbaar maken: met een logo, suikerzakje, pennen en dergelijke. Op zich allemaal onschuldig, maar het veroorzaakte veel irritatie. In het bedrijfsleven is men daaraan gewend, maar hier waren grote groepen die dat maar dubbele-bodem-werk vonden.*

*In de eerste fase wekte alleen al het gebruik van het woord kwaliteits-organisatie ('laten we proberen om een kwaliteits-organisatie op te zetten') enorme weerstanden op. In zo'n ziekenhuis heb je te maken met het fenomeen van professionaliteit. Mijn ervaring met deze professionalisten is, dat ze moeite hebben met organisatorische druk, met standaard-procedures, met systematieken die gelijk zijn.*

*Men kreeg bij het woord organisatie visioenen van een enorme bureaucratie, terwijl ik dat bedoelde als uiting van een systematische aanpak: als je kwaliteit goed wil aanpakken moet je dat systematisch doen en moet je ook een organisatie opzetten.*

*Wat we ook merkten op verschillende afdelingen, na de uitgebreide eerste bewustwordingsfase waarin we getraind hebben en mensen hebben opgeleid om dit soort processen aan te pakken, en waarin we geprobeerd hebben met name hele kleine projectjes op te starten, om te laten zien dat het leuk is (niet gigantische beleidsverhalen op te schrijven, maar gewoon aan den lijve mee te maken wat het is om aan kwaliteitsverbetering te doen), dat je ook te maken krijgt met window-dressing: dat je hele mooie verhalen te horen krijgt en dat dat als je goed kijkt nog al eens tegenvalt."*

Dit voorbeeld laat zien dat, ook wanneer er tegen het systeem zelf weinig weerstand is, weerstand kan ontstaan als het systeem of de terminologie niet past bij de cultuur van de medewerkers of de organisatie. De kwaliteitsterminologie is afkomstig uit het bedrijfsleven maar in de gezondheidszorg is bedrijfsmatig denken (nog) geen gemeengoed.

Ervaringen met de daadwerkelijke invoering van het systeem zijn te lezen in de volgende citaten:

*"Men heeft de methode in het begin verstandig gebruikt, dat wil zeggen van makkelijke overzichtelijke onderwerpen gaandeweg naar complexere. Gewerkt wordt van kleine, goed oplosbare afdelingsgebonden onderwerpen, naar algemene kwaliteitspro-*

*fielen, die toetsbaar zijn. De overweging is: de methode moet geleerd worden en de methode moet aantrekkelijk gevonden worden door snelle overtuigende, positieve resultaten."*

*"Wij vinden dat je moet beginnen bij degenen die het werk uiteindelijk moeten doen en die ervoor moeten zorgen dat het werk goed gebeurt. Wie weten het beste waar het niet goed gaat? Dat zijn de mensen ook zelf. Hoe motiveer je mensen het beste om zaken te veranderen? Door in te gaan op de dingen die zij zelf aangeven die veranderd zouden moeten worden. Vandaar dat de werkgroepen bemand zijn met mensen die in het veld werken.*

*Speciale aandacht zal in het kwaliteitssysteem nodig zijn voor de kwaliteit van de arbeid. Als medewerkers tevreden en met plezier werken, zullen zij ook goed werk leveren, dat wordt tegenwoordig wel eens vergeterf."*

*"Het project leeft nog niet bij de medewerkers. Het is moeilijk om de ervaring die in de werkgroepen is opgedaan uit te dragen. Uitvoerende medewerkers kunnen daar iets in hun eigen team over vertellen maar bereiken daarmee niet de andere uitvoerende medewerkers. Dat geldt ook voor die ene leidinggevende uit zo'n werkgroep.*

*De vraag is ook hoe je de uitvoerende gezinsverzorgenden, die zelden op kantoor zijn maar altijd aan het werk en onderweg, met dergelijke boodschappen bereikt. Bijvoorbeeld in de werkgroep bereikbaarheid, zaten twee gezinsverzorgenden. Daarmee bereik je niet de hele groep die op zich weer heel los georganiseerd is en zeer verspreid werkt."*

*"We hebben vanaf het begin bewust de nadruk gelegd op het proces van mentaliteitsverandering en mentaliteitsbeïnvloeding omdat je van daaruit heel makkelijk de systematiek kunt aanpakken. En dat bereik je pas als de organisatie als totaal erbij betrokken wordt. De wijze waarop men tegen de klant, de patiënt aankijkt, dat is heel erg belangrijk en vanuit een dergelijke basisfilosofie zijn we gaan werken aan kwaliteit. De mensen moeten niet een checklist afwerken en zeggen, dan zijn we dus klaar. Het moet van binnenuit komen en daarom hebben we gekozen voor een integrale aanpak door de hele organisatie heen.*

*We zijn eigenlijk twee keer bezig geweest: we zijn in 88 gestart in 90 opnieuw begonnen en aldoende dingen geleerd. Bij de start hebben we alle leidinggevenden bij elkaar gehaald en verteld wat we wilden en waarom en hoe we dachten dat ze het aan moesten pakken. We hebben ook gezegd dat de verantwoordelijkheid bij de leiding lag "jullie moeten het zelf gaan doen, dus hier heb je onze zegen, en nu aan de slag ermee".*

*Maar in die eerste aanpak zaten een aantal elementen die niet werkten. In de eerste plaats de vrijblijvendheid. Iedereen kon het gaan doen maar als ze het niet deden was er ook niets aan de hand. Nu, dat betekende dat er een aantal zijn die het prachtig vinden, die gaan ook meteen aan de slag, er zijn sommige die zeggen, de directie vindt het geweldig dus zullen we het maar doen, maar er zijn er ook die zeggen "het gaat wel weer over". Dus op sommige plekken werkt het wel en op andere niet. Er zijn best zaken aangepakt en ook leuke resultaten geboekt. Maar als je kijkt welk deel van de organisatie er uiteindelijk mee bezig is geweest dan is dat 25/30%. De rest ging gewoon zijn gangetje.*

*Naast het trainen en bewerken van leidinggevenden hebben we ook met centrale thema's gewerkt. Kwaliteit dat is zo'n breed gebied. We wilden elk jaar een thema kiezen en daar de kwaliteitsactiviteiten omheen groeperen. In 89 hebben we gekozen*

voor tijd. Dus dat heeft te maken met wachttijden, met vergaderen, met op tijd komen. Daarna was het 'huis-op-orde'. Het werkte wel en het had best leuke resultaten. In '90 hebben we de zaken geëvalueerd en we zijn er echt niet negatief over, maar we willen meer. We hadden eigenlijk meer voor ogen. Dus laten we maar opnieuw beginnen. laten we maar eens kijken hoe we dat kunnen bereiken, wat waren nu de zwakke punten in onze aanpak en wat zouden we kunnen doen om die te verbeteren. Zwakke punten waren vrijblijvendheid, het feit dat we geen goed uniform kwaliteitsverhaal hadden; iedereen had een ander verhaal. Een derde punt dat anders moest: in de eerste twee jaar waren we vooral gericht op het oplossen van knelpunten; we wilden kwaliteit bereiken door knelpunten op te lossen. Knelpunten geeft al aan dat er iets niet in orde is, het heeft een wat negatieve klank. Je kunt best knelpunten oplossen, maar je wilt met een kwaliteitsverhaal iets meer. Je wilt positief bezig zijn, een positieve aanpak. Zo hebben we een aantal van die dingen op een rijtje gezet en zijn opnieuw begonnen, maar nu heel systematisch. En daar zijn we nu een heel eind mee op weg.

Wat is er nu verschillend in die aanpak en wat hebben we gedaan. Als eerste moest er een goede documentatie komen, zodat we allemaal eenzelfde verhaal en filosofie zouden hebben, kortom je kwaliteitsvisie. We hebben daarom een visie opgesteld over wat we de komende 5 jaar willen bereiken en welke doelen we ons stellen.

Aanvankelijk hebben we gekeken of we de Amerikaanse aanpak konden gebruiken maar die boeken staan vol van lege zinnen, kretologie. Dat pikt men hier niet. We hebben wat van die seminars meegemaakt, maar daar kregen we kromme tenen van. Dus hebben we onze eigen boeken geschreven.

Het derde punt was de vrijblijvendheid; dit kan niet meer. Nu moet iedereen verplicht mee doen. Hoe bereiken we dat? We doen dat door in eerste instantie per vakgebied of afdeling de leidinggevendenden van de verschillende sectoren bij elkaar te halen, multidisciplinair, en zij gaan twee dagen de hei op. Onder begeleiding moeten zij hun eigen visie voor hun eigen afdeling gaan formuleren en hun eigen doelen: "dit willen we op onze eigen afdeling". Die visie komen ze aan ons presenteren en soms met wat aanpassingen wordt dan het groene licht gegeven. Dan gaan ze vervolgens met die doelen aan de gang en dan gaan ze prioriteiten stellen. Op basis daarvan worden de projecten geformuleerd en dan kunnen alle medewerkers erop intekenen en dan gaan de projecten van start. Het wel of niet mee doen aan een project is vrijwillig, maar het probleem is vaak dat er meer mensen mee willen doen dan we nodig hebben.

Een ander element wat belangrijk was; we hebben gezegd dat de verantwoordelijkheid voor zo'n kwaliteitsprogramma moet bij de leiding liggen en niet bij een projectgroep die dat gaat invoeren. Nee, gewoon de leiding is er verantwoordelijk voor. Maar we hebben wel gemerkt dat we het in de eerste fase de leiding alleen hebben laten opknappen; we hebben ze geen ondersteuning geboden en dat hebben ze heel hard nodig. In de tweede aanpak moeten we dat voorkómen. Dus de leiding moet goed ondersteund worden: we hebben naast de formele hiërarchische organisatie een kwaliteitsorganisatie opgebouwd. Die kwaliteitsorganisatie is niet verantwoordelijk voor de invulling van het kwaliteitsprogramma, maar ondersteunt het en ondersteunt ook de leiding. Zo is er een heel netwerk opgebouwd en alle mensen hebben een behoorlijke training gehad. Op die manier hebben we de ondersteuning nu heel structureel geregeld. Dat betekent ook dat je op die manier de voortgang veel beter kan bewaken, want het netwerk houdt het in de gaten".

Samenvattend zijn de ervaringen zowel positief als negatief. Positief is met name zien dat het werkt en dat het effecten oplevert. Ook blijkt het nodig te zijn dat de leiding ondersteund wordt en dat

mensen geschoold worden in de methode. Ondanks de effecten blijken verbeterprojecten zich doorgaans niet vanzelf over de organisatie te verspreiden. Sturing lijkt nodig te zijn en hiermee komen we op de laatste voorbeelden ten aanzien van de continuïteit.

*"Tot op dit moment heeft men nog geen problemen bij de invoering en continuering ondervonden, dankzij de motivatie van het personeel en het stapsgewijs werken via overzichtelijke goed oplosbare knelpunten naar moeilijkere onderwerpen. De aandacht voor kwaliteitszorg is nu ingebed in de organisatie, met name omdat er in het begin heel snel gescoord werd en het personeel zag dat er wat met hun ideeën gedaan werd. Daardoor is ook de werksfeer merkbaar verbeterd: kleine en grote wrevels zijn opgelost, de kwaliteit van de dienstverlening is verbeterd, men heeft geleerd om oplossingsgericht te denken en men voelt zich verantwoordelijk voor ingevoerde oplossingen".*

*"De continuïteit van het proces is een uiterst moeizame zaak. Als je er niet alles aan doet en niet geregeld de zaak oppept en onder druk houdt, dan verzandt het. Dat geldt voor iedereen: kwaliteit is vooral een mentaliteitskwestie, waarbij de eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit een belangrijke rol speelt.*

*Dat is ook je eigen voorbeeld-gedrag. Je merkt hoe je zelf binnen de kortste keren in de fout gaat onder de druk van het werk: dat je veel te snel naar oplossingen zoekt, zonder via ons 5-stappenplan de zaak te analyseren, keurig netjes in systematische stappen.*

*Aangezien de werkdruk zo hoog is, komt de tijdsbesteding aan dat hele proces elke keer weer in de knel. Dat geldt ook voor ons als directie. Het is ons zelf nog nooit gelukt om de hoeveelheid tijd voor het kwaliteitsproject vrij te houden, die we er vanaf het begin van plan waren in te steken, naar het voorbeeld van de KLM-directeur die ons voorhield dat hij voor zijn kwaliteitsproject 25% van zijn tijd had gereserveerd. Dat is absoluut noodzakelijk maar het kan niet. Het leven zit soms ingewikkelder in elkaar. En dat geldt natuurlijk ook voor de hoofden en alle anderen. Niemand is, behalve de coördinator, voor bepaalde tijd vrijgesteld om hier aan te werken. Het komt erbij.*

*Daar hebben we ook voor gekozen, omdat we niet vinden dat het een apart project moet zijn; het moet een onderdeel zijn van de lijnverantwoordelijkheid. Dat betekent dat de lijn-functionaris de verantwoordelijkheid heeft om het in te bouwen in het dagelijks werk. Met het risico dat er te weinig tijd aan wordt besteed.*

*Maar er zijn ook meer enthousiasten die zich al niet meer voor kunnen stellen dat je niet altijd bezig bent met kwaliteitsverbetering. De verschillen in tijdsbesteding aan kwaliteit zijn groot."*

*In de beginfase van zo'n project ben je bezig met introductie-bijeenkomsten en trainingen en dergelijke, dan gonst het van dit soort zaken, maar om er daarna schot in te houden is moeilijk. Je komt er achter dat je al bij de binnenkomst van nieuwe medewerkers aan de bewustwording moet werken: je moet er bij de eerste introductie al rekening mee houden, ze op een andere leest te schoeien. En je komt er achter dat je in de B-opleiding voor verpleegkundigen geen aandacht aan dit soort zaken besteedt. Als je nou ergens wilt beginnen, begin dan bij je eigen opleiding voor verpleegkundigen, om dat er in te hameren.*

*Ook bij de introductie van nieuwe medewerkers wordt duidelijk gemaakt dat we nu zo ver zijn met dit geheel dat we ons niet kunnen permitteren dat er hier medewerkers rondlopen die nee zeggen tegen kwaliteit. We houden daar bij werving en selectie ook rekening mee. Omgekeerd merken we ook dat met name in de leidinggevende*

*functies mensen ook heel vaak op dit verhaal afkomen, dat het ze aanspreekt hoe we met kwaliteit bezig zijn."*

*"Zo gauw er sprake is van interne of externe strubbelingen valt het kwaliteitsbeleid als eerste weg. Wij hebben dat gemerkt bij bijvoorbeeld interne bezuinigingsronden. Ook het feit dat het kwaliteitsbeleid pas vorig jaar is vastgesteld en niet drie jaar geleden, terwijl de elementen er al lang lagen heeft met interne problemen te maken gehad. Dan hebben mensen andere dingen aan hun hoofd.*

*Ook externe factoren kunnen van invloed zijn. Zo is een van de vorige projecten waarbij o.a. teamvorming erg belangrijk was, volledig stil komen te liggen door de inkomensstrijd in de verpleegwereld en de tarievenstrijd in de specialistenwereld. Dat speelt nu weer - waarschijnlijk zullen de projecten die nu lopen weer stagneren i.v.m. de tariefmaatregel en dreigende acties in de specialistenwereld.*

*Omdat we al heel lang aan kwaliteitszorg doen, eerst niet zo genoemd, de laatste jaren wel, levert dat ook bij de medewerkers wel enige vermoeidheid op - daar heb je weer die kwaliteitszorg. Dat gevoel, de remmende voorsprong, daar moeten we erg voor oppassen.*

*Er is geen kwalitatieve weerstand (wat een onzin allemaal) maar wel kwantitatieve weerstand (dat moet er ook nog bij). Je moet duidelijk maken dat de winst er in zit, dat je in één keer iets goed doet en niet jaar in jaar uit ad hoc problemen oplost.*

*Toen wij begonnen was de Leidschendam-conferentie, het plan Dekker er nog niet geweest, er was nog geen sprake van een kwaliteitswet en certificatie. Ziekenhuizen die nu beginnen hebben het wat dat betreft makkelijker: het is voorbereid. Bij andere ziekenhuizen hoor ik juist, als het over kwaliteitszorg gaat: "Ha, dat willen wij ook, dat willen wij ook weten, aan de slag ermee".*

*Het is een lang proces. De grootste valkuil is dat je het te snel wil doen, dat je denkt dat dat wel in 2,3,4 jaar klaar kan zijn. Maar het invoeren van total quality management vergt wel 10 tot 15 jaar. Het is een leerproces in de praktijk, dat gaat erg langzaam."*

Samenvattend blijkt de continuïteit op dit moment althans nog niet vanzelfsprekend te zijn en moet er hard aan worden gewerkt. Directies signaleren zelf het gevaar dat hun aandacht verslapt terwijl er ook interne of externe strubbelingen een rol kunnen spelen. Desalniettemin beschouwen veel directies het als een uitdaging om het proces gaande te houden. En zijn zij van mening dat in ieder geval begonnen moet worden bij de opleidingen zodat de nieuwe generatie medewerkers eraan gewend is.

#### **6.4 Ervaringen met 'besturings'-systemen en een totaal-aanpak**

Instellingen die 'totale' besturings- of bewakingssystemen invoeren noemen meer belemmerende en minder bevorderende factoren.

De instellingen die volgens de ISO-systematiek te werk zijn gegaan, vermelden problemen die nauw samenhangen met overeenkomst en verschil tussen bedrijfscultuur en werkwijze en deze uit de industriële wereld afkomstige methode om een kwaliteitssysteem op te zetten:

de laboratoria hebben een bedrijfscultuur en een werkwijze die heel goed aansluit bij de ISO-systematiek: men is gewend te werken volgens vastgelegde procedures, met ingebouwde controle-momenten zowel in het productie-proces als ten aanzien van iedere medewerker. Invoeren van de ISO-systematiek betekent in eerste instantie geen grote verandering, eerder een verfijning, completering en explicitering van een bestaande gang van zaken. In beide laboratoria is sprake (geweest) van enig verzet tegen de invoering: *"het geeft meer papierwerk" en "als certificering het enige doel is, dan krijgen we wellicht allerlei maatregelen die wel voor certificering nodig zijn, maar niet voor de kwaliteit van het produkt"*.

De ontwikkeling van het kwaliteitshandboek blijkt voor beide laboratoria een zeer tijdrovende en langdurige zaak.

Enkele ervaringen met de besturings- en bewakingssystemen worden hierna beschreven. We beginnen met de ontwikkeling van de systemen, doorgaans een lang traject, om vervolgens te kijken naar de introductie, de invoering en de continuering.

*"Het duurt allemaal langer dan gedacht, het kost meer werktijd. Omdat wij ons niet echt een limiet hebben gesteld, blijft het wat verscholen hoeveel tijd en moeite het vergt, maar het is behoorlijk veel. De werkvoorschriften e.d. dat gebeurt wel geleidelijker aan, maar de procedure er omheen dat is alweer een stuk ingewikkelder.*

*Je moet het natuurlijk wel steeds stimuleren, kijken hoe het ermee staat; want op zich vindt men het nuttig, maar het op papier stellen is voor een aantal mensen een duidelijke drempel. Dat is heel moeilijk vaak, vooral om de eerste procedure op papier te krijgen, dat duurt lang. Daarna gaat het gemakkelijker, komt men in een stramien.*

*De zwakte op dit moment is dat wij het als lab op ons eentje doen, zonder dat wij de procedure nu al opstellen in relatie met onze klanten of onze aanleverende afdelingen. Dat moet nog gebeuren, waarbij een voordeel is dat dit ziekenhuis een PACE-ziekenhuis is, zodat ook op de andere afdelingen deze wijzen van denken (men denkt daar ook aan de ISO-9000) bekend is. Er zijn natuurlijk allerlei overlap-stukken met andere afdelingen. Daar zullen zeker allerlei verschillen van opvatting opgelost moeten worden. Dat gaat spelen als het PACE-project verder is, want dat gaat het hele ziekenhuis aan.*

*Als stimulans gebruiken wij eigenlijk alleen de overlegsituatie: min of meer wekelijks komt dat aan de orde bij het overleg tussen groepshoofd en de klinisch-chemicus: hoe is de stand van zaken."*

*"Het verkrijgen van medewerking van het personeel bij het ontwikkelen van dit (signalerings)systeem heeft nooit problemen gegeven en men wordt gaandeweg steeds enthousiaster. Tegelijkertijd doe je bij de medewerkers een behoorlijk beroep op het abstractievermogen. Het is goed om daarbij stil te staan bij de keuze van de werkgroepleden.*

*Wat in het begin tegenviel was grip te krijgen op de systematiek: hoe kun je een complexe situatie uiteenrafelen en komen tot het formuleren van een indicator, waar moet je een indicator zoeken.*

*Het is één groot avontuur. Je kunt bij zoiets heel nieuws moeilijk van tevoren alles inschatten. Soms gaan zaken veel moeizamer en langzamer dan je van tevoren ooit voor mogelijk hebt gehouden."*

*"Invoeren van de ISO-systematiek gaf al problemen in de eerste fase: het uitleggen van het systeem en informatie geven over de ISO. Niemand begreep meer waar men mee bezig was. Betrokkenheid van het management verdween daardoor volledig. De verwachting was dat men aan kwaliteit zou werken, door met de ISO-systematiek te beginnen, maar het tegendeel bleek. Het leek op een gegeven moment alsof kwaliteit iets heel anders was dan waar de organisatie al die tijd mee bezig was, het leek een traject naast de eigen kwaliteitsverbetering. Na driekwart jaar besloot men deze aanpak te verlaten, de organisatie zelf weer centraal te stellen en de ISO-9004.2-kwaliteitssysteem-ontwikkeling niet als doel maar als middel te zien, als leidraad. Men gaat nu uit van al bestaand materiaal en probeert van daaruit langzamerhand een kwaliteitssysteem op te bouwen."*

*"Problemen deden zich al voor bij de introductie van het besturingssysteem. De gekozen vorm van behandelprogramma's breekt dwars door bestaande afdelingen, dienstestructuur en autonome werkgebieden heen. Men sluit niet uit dat in de toekomst grote veranderingen in de organisatiestructuur plaats zullen moeten vinden. Bij de introductie ontstond enorme beroering. Professionals in huis die vreesden dat hun hele autonomie in het geding kwam. Reacties als: "Wij hebben het toch altijd goed gedaan" en "Ons handelen is niet onder woorden te brengen". Behalve tijd en discussie om de weerstand te verminderen, zijn er geen speciale maatregelen of compromissen geweest om het systeem geaccepteerd te krijgen: de weerstand is al doende overwonnen.*

*In het begin is het onwennig en moeilijk, maar met de nodige druk erop, het stellen van termijnen, lukt het iedere keer weer om in die tijd een behandelprogramma op papier te krijgen. De groep die dat gedaan heeft is daar achteraf altijd uitermate tevreden over. Het is vernieuwend, het is voor henzelf verhelderend en zij staan te trappelen om het in te voeren.*

*Bij de verpleging is het natuurlijk ook een probleem dat zij niet gewend zijn uren te reflecteren over wat en hoe zij het doen en ook niet gewend zijn om zaken op schrift te stellen. Bij de activerende therapieën kom je hetzelfde probleem tegen. Als het dan toch lukt, met de nodige moeite en tijd, dan geeft dat een kick.*

*Maar de belangrijkste bottle-neck komt op het moment dat de professional tijdens een vergadering of patiëntenbespreking notities moet gaan maken rond afspraken: men praat over een patiënt, vindt bijvoorbeeld dat een bepaald onderzoek moet worden gedaan en gaat over tot de volgende patiënt, zonder dat de afspraken zijn vastgelegd, bepaald is wie wat doet op welke termijn.*

*Wij hebben geconstateerd dat de gerichtheid op effectiviteit bij professionals bijna afwezig is en ook bij patiënten. Als je aan patiënten vraagt wat zij belangrijk vinden bij de kwaliteit van zorg dan komt effectiviteit vrijwel niet aan de orde. Als je het aan professionals of verwijzers vraagt ook niet. Wat dat betreft is er nog een lange weg te gaan".*

*"Bij de invoering van iets nieuws zijn er altijd personeelsleden die zich daartegen verzetten: dan moet je op een gegeven moment eisen dat ze zich aan de voorschriften houden. Bij de audit bleek dat het volgen van alle voorschriften en het bijhouden van alle logboeken nog lang niet altijd gebeurt. Het is, nu na een half jaar, nog geen bedrijfscultuur. Het is ook een mentaliteitsverandering: dat duurt een tijd voor het*

*beklijft. De dingen die eenvoudiger zijn geworden zijn natuurlijk geen probleem, maar er is ook nogal wat lastiger geworden of tijdrovender."*

*"De motivatie overeind houden is heel moeilijk, juist als de zaken goed lopen. "Al die procedures kunnen we toch wel afschaffen: het gaat nooit fout". Zo gauw medewerkers het gevoel hebben dat het bureaucratie is geworden, dat alles wat ze bijhouden in de kast verdwijnt en dat er niets mee gedaan wordt, dan is de motivatie gauw weg. Er moet nou eenmaal veel meer genoteerd worden. Je moet ook het lef hebben als leiding om te zeggen, waar je medewerkers bij zijn, dat een bepaalde procedure uit het handboek geen nut heeft en dat we die dus niet meer volgen. Er moet geen flauwe franje worden voorgeschreven, alleen omdat een ander daar naar gaat kijken. Daarom zijn we nu al weer een aantal procedures aan het uitkleden omdat we dat veel te braaf hebben opgezet. Elke regel waarvoor geen goed argument te geven is, moet er uit en is er inmiddels ook uit."*

*"Voordeel, als dit systeem eenmaal goed loopt, zal zijn dat je werkelijk kwaliteit zo uitvoert dat het voor een ander zichtbaar is: dat zal het elkaar vervangen ook makkelijker maken. De communicatie met elkaar wordt bevorderd; je moet alles aan elkaar laten zien, alles wordt bespreekbaar. Dat maakt het opener, maar geeft zeker in het begin ook meer aanvaringen: men eist meer van elkaar: "als ik het doe moet jij dat ook doer" (bijvoorbeeld het bijhouden van logboeken).*

*Merkbaar is ook al dat het aantal vergissingen dat gemaakt wordt, waardoor een onderzoek of een test weer over moet, verminderd is. En dat de oorzaak van een fout teruggevonden kan worden of sneller teruggevonden kan worden, omdat alles schriftelijk wordt bijgehouden."*

De hier gegeven citaten spreken voor zich. Besturings en bewakingssystemen geven doorgaans veel weerstand bij de introductie, zeker als de bestaande organisatiestructuur wordt gewijzigd en afdelingsoverstijgend wordt gewerkt. Doorgaans vereisen ze een lange voorbereidingstijd. Desalniettemin zijn de meeste geïnterviewden tevreden en merken zij dat het in een aantal gevallen inderdaad oplevert wat men ervan had verwacht.

## **6.5 Ervaringen van beroepsbeoefenaren**

De ervaringen van beroepsbeoefenaren zijn divers van karakter. Met nadruk wijzen we erop dat het ook hier individuele ervaringen betreft die niets zeggen over de beroepsgroep als geheel. We beschrijven in deze paragraaf enkele ervaringen van 1) van apothekers, 2) van gezondheidscentra, en 3) van individuele beroepsbeoefenaren (fysiotherapeuten, tandartsen, huisartsen en medisch specialisten).

### **Apotheken**

De twee apotheken baseren zich bij de ontwikkeling en invoering van hun kwaliteitsbewakingssysteem op een door hun beroepsgroep



aangepaste versie van de ISO-systematiek. Hoewel zowel in de stadsapotheek als in de ziekenhuis-apotheek een lange traditie van werken volgens vaste procedures en met vaste controle-momenten bestaat, blijkt vertaling daarvan en uitbreiding van de ISO-systematiek een fors karwei.

In een ziekenhuisapotheek is nu in een afdeling een kwaliteitshandboek volgens formele richtlijn uit de beroepsgroep in gebruik en in een andere afdeling een zelf ontwikkeld handboek. Het opstellen van het productiekwaliteitshandboek is door de directie-apotheek en een voor 4 maanden apart daarvoor ingehuurde apotheker gedaan. Dit handboek staat ter beschikking voor de leden van de beroepsgroep. Het andere kwaliteitshandboek is door een collega-ziekenhuis-apotheek ontwikkeld en op flop ter beschikking voor leden van de beroepsgroep.

*"Probleem is weleens, dat het personeel het overbodig vindt om zaken die bij de routine horen, vast te leggen. Het kan dan als wantrouwen worden beleefd als je vraagt om die zaken toch even op te schrijven, hoe vanzelfsprekend ze misschien ook zijn. In principe heerst er geen angst voor controle. Men is gewend te werken met paraaf en men weet dat via het computerbestand ook bijna alles te achterhalen is. Bovendien moet je als directie, bij fouten, heel zorgvuldig met je personeel omgaan: de sfeer moet zo zijn dat fouten gemeld worden en te achterhalen zijn. Als je er boos om wordt, dan hoor je ze niet meer en dat is veel erger.*

*Voor anderen, vooral de snelle werkers, is het moeilijk om de tijd te nemen, de stappen van de registratie in te bouwen in de routine. Dat speelt vooral als het druk is. Risico van alles vastleggen is dat het personeel niet meer zelf nadenkt, het klakkeloos alle instructies volgt. Vooral bij bijzondere gevallen, die niet op schrift staan, zitten ze dan soms met de handen in het haar.*

*Je moet er voor waken dat het niet verwaterd. De meeste leerlingen zijn er niet in opgeleid om in procedures te werken: de scholing loopt altijd achter."*

*"Problemen bij het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem voor een apotheek is dat er geen middenkader tussen de apothekers en de assistenten is. Assistenten worden niet geselecteerd op schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid: opstellen van protocollen en procedures wordt niet geleerd in de opleiding. Die kennis en vaardigheid is er ook niet bij de hoofden van de afdeling. Het is geen weerstand tegen het vastleggen, geen angst voor controle, maar onvermogen. Bij de produktiemedewerkers die onder de leiding van assistenten werken, mensen zonder scholing, speelde wel controle-angst en het gevoel dat check-listen en het moeten paraferen een motie van wantrouwen was.*

*Je ziet verschil tussen hoger en minder hoog opgeleiden. In de apotheek is er geen enkel probleem, op de "centrale sterilisatie" is men minder gewend te werken met procedures e.d. en dus moet er steekproefgewijs veel meer worden gecontroleerd. Rapportage en ander schriftwerk blijft vaak liggen als je er niet steeds om vraagt. Weerstand daar tegen en tegen computerwerk is groot geweest en voor je het weet versloft het weer."*

## Gezondheidscentra

De gezondheidscentra gaan uit van de door de landelijke vereniging opgestelde kwaliteitskenmerken, op basis waarvan deelsystemen worden gekozen, ontwikkeld en ingevoerd. Een centrum heeft zich bezig gehouden met een project service kwaliteit. In de twee lokale organisaties van gezondheidscentra in twee steden, speelt mee dat de verschillende teams onderling sterk verschillen. Enkele ervaringen:

*"Aan het project service kwaliteit hebben alle medewerkers meegedaan. Iedereen heeft een scholing binnen het project servicekwaliteit gehad in klantgericht werken (attitude). De disciplines zijn er zelf verantwoordelijk voor dat dit levend wordt gehouden en regelmatig terugkeert op de werkoverleggen. Toch blijkt dit na verloop van tijd te verzanden.*

*Het maken van werkafspraken over inhoudelijke zaken is een continu proces. Dergelijke inhoudelijke zaken spreken meer aan dan bijvoorbeeld de hiervoor genoemde attitudeverandering en de resultaten zijn ook beter meetbaar.*

*Omdat de huisartsen nu sturing van buitenaf hebben zal dat de komende twee jaar niet zo'n probleem zijn. Wat daarna gebeurt is niet bekend. Natuurlijk is het de bedoeling dat het allemaal reguliere activiteiten worden. Wel is men vanuit zichzelf en het vak gemotiveerd om continu aan kwaliteit te werken."*

*"De centra zijn relatief autonoom. Je kunt wel sturen, stimuleren maar je kunt niet eisen. Via prikkels, b.v. het aandragen van in andere centra ontwikkelde werkafspraken, kun je wel enige invloed uitoefenen.*

*De centra lopen sterk uiteen in ontwikkelingsfase fase. Een centrum bestaat al vrij lang maar daar is men gedesillusioneerd. Ooit is daar in het verleden een patiëntenraadpleging geweest, door de wijk op een onzorgvuldige manier georganiseerd wat de huisartsen betreft, dus dat moet je daar echt niet meer proberen. Een ander centrum bestaat pas een half jaar, daar is men vol optimisme en b.v. enthousiast voor patiëntenraadpleging.*

*Dergelijke verschillen tussen de centra hebben ook voordelen. Op verschillende plekken kunnen verschillende deelsystemen ontwikkeld worden en dan eventueel uitgebreid en overgeplant naar andere centra.*

*Maar het komt ook voor dat in een centrum een instrument enthousiast ontwikkeld is en toegepast wordt, en dat andere centra daar niet mee willen werken. Men heeft bijvoorbeeld geen tijd of deelt niet wat een ander centrum belangrijk vindt.*

*Kwaliteitsbevordering kan mis gaan op 2 manieren: daar waar de autonomie van de hulpverleners teveel wordt aangetast en als ze kant en klare zaken krijgen voorgeschoteld, waar ze geen weet van hebben gehad. Dan moet je heel veel aandacht aan de invoering besteden.*

*Voor een deel heeft het te maken met samenwerkingstraditie: de samenwerkingsverbanden die gewend zijn protocollair samen te werken, stappen makkelijker ergens op in, nemen makkelijker iets over.*

*Voor een deel is het ook afhankelijk van personen. De besluitvorming rond implementatie gaat soms ongrijpbaar: het kan van de aanwezigheid van de 5-8 huisartsen afhangen (die in een centrum toch een heel bepalende rol hebben, want 90% van de contacten lopen via de huisarts). Zit de enthousiaste voor dit onderwerp bij de vergadering, of juist niet omdat hij vakantie heeft.*

*Doordrukken heeft geen zin bij hulpverleners die zo ver geprofessionaliseerd zijn als huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten. Aan de andere kant kun je niet te vrijblijvend werken bij de speerpunten in het beleid, zoals b.v. bij het project thuiszorg: dan volgt de formele weg. Alle organisaties die er mee te maken hebben moeten de afspraken dan sanctioneren, of de hulpverleners moeten een samenwerkingscontract afsluiten.*

*Je kunt niet alles wat je probeert te doen uitgebreid evalueren en toetsen. Met name kwantitatieve informatie verzamelen vinden hulpverleners een crime: dat kun je maar zeer beperkt doen. Ook patiënten-satisfactie meten is een zeer bewerkelijk iets.*

*Als de financier alleen naar besparingen kijkt, zal het moeilijk voor gezondheidscentra zijn om uitsluitend op basis van de kwaliteitsontwikkeling, die langzaam gaat, te overleven. Wat de ene partij als kwaliteitsverbetering ziet (patiënt: service-verbetering) staat soms haaks op het kwaliteitsidee van de ander (financier: besparing). Het is maar hoe je kijkt, op welk criterium je let. Dat dilemma zie je ook bij hulpverleners: investeren in service-kwaliteit staat soms haaks op het leveren van een bijdrage aan kostenbeheersing."*

### **Fysiotherapeuten, tandartsen, huisartsen en medisch specialisten**

De geïnterviewde fysiotherapeuten werken aan de invoering van intercollegiale toetsing, in één geval door middel van praktijkvisitatie. Ook de geïnterviewde tandartsengroep is een toetsingsgroep.

De vertegenwoordiger van de medisch specialisten signaleerde weinig problemen bij de visitatie van de maatschappen alleen dat het een tijdsintensieve en bewerkelijke procedure is. De intercollegiale toetsingscommissie in een ziekenhuis noemde problemen met het implementeren van protocollen.

In tien huisartspraktijken wordt geëxperimenteerd met een model voor kwaliteitsmanagement voor de vrijgevestigde praktijk. Doel is het systematisch starten van kwaliteitsprojecten. De citaten geven enkele ervaringen weer:

*"We werken als tien tandartsen in een Alpha-project aan 'intercollegiale toetsing'. De groep komt al voor het tweede jaar in de voltallige bezetting in een regelmaat van één keer per zes weken een avond bij elkaar en werkt onder begeleiding. Er is geen enkel probleem. Het draagvlak en de acceptatie van de wijze van werken is groot. Dat komt waarschijnlijk ook door het feit dat deelname volstrekt vrijwillig, in eigen vrije tijd en voor een deel op eigen kosten geschiedt. Dat heeft wellicht gezorgd voor een positieve selectie: het is een heel gemotiveerde groep".*

*"Het kwaliteitsmanagementproject in de huisartspraktijken is een project van en voor voorlopers. Aanvankelijk waren er veel mooie plannen. In de praktijk bleek dat terugschroeven nodig was en dat alles simpeler, eenvoudiger en minder moest. Alles moet aangepast worden aan de individuele situatie en werkplek.*

*Nu zijn het nog vooral de zeer gemotiveerde praktijken die meedoen. Het zijn nog uitzonderingspraktijken en het staat nog ver af van de gemiddelde huisarts.*

*Een probleem is dat in het werk van de huisarts nu (nog) geen tijd is ingebouwd voor deze extra activiteiten en het kost wel tijd. Het wordt nooit een succes als kwaliteits-*

*management op vrijwillige basis in de vrije tijd wordt gedaan door een aantal hobby-isten die daar aardigheid in hebben."*

*"In de fysiotherapie was in de regio-afdeling een project opgezet om te komen tot een model voor intercollegiale toetsing onder het motto: 'toetsen betekent: nagaan of de feitelijke gang van zaken overeenkomt met wat als wenselijk wordt beschouwd'. Dus werd besloten als eerste stap een registratiemodel voor het fysiotherapeutisch handelen te ontwikkelen. Na 3 modelwijzigingen waarbij het registratie-formulier steeds ingewikkelder en uitgebreider werd, en 2 kleine proefregistraties is de groep na 5 jaar opgeheven, zonder dat het laatste model is uitgetoetst en ook aan het opstellen van normen en toetsonderwerpen is men niet toegekomen.*

*Het project is in de te uitgebreide beginfase blijven steken. Het jaren bezig zijn met het registratieformulier, zonder dat het tot ontwikkelen van normen en vaststellen wat men eigenlijk zou willen toetsen is gekomen, sloopte de motivatie.*

*Omdat alles in vrije tijd moest, kwamen er steeds wisselende vertegenwoordigers van de verschillende praktijken. Hierdoor was er geen continuïteit en was de overdracht moeilijk. De groep werd daardoor ook vakinhoudelijk te divers. Het had veel simpeler, met een kleinere groep aangepakt moeten worden."*

*"Wij fysiotherapeuten (trekkers van het toetsingsproject in de pré- en postnatale gezondheidszorg) vinden het een geweldig systeem. Het is een soort micro-visitatie waarbij de fysiotherapeute eerst zelf een visitatierapport maakt. Vervolgens wordt wat ze doen geobserveerd aan de hand van een checklist in drie observatiebijeenkomsten. Daarna worden aanbevelingen voor veranderingen of verdere bij- en nascholing gegeven. Geprobeerd wordt door het land een netwerk van plaatselijke coördinatoren te krijgen die met de methodiek op de hoogte zijn en het als een soort vertegenwoordiger uit kunnen dragen. Tot nu toe is het een eenmalige zaak maar we willen het graag als continue activiteit doen, bijvoorbeeld eens in de twee jaar. Het werkt zo! De intercollegiale samenwerking wordt erdoor verbeterd en door de uitwisseling en observatie gaat men elkaars ideeën gebruiken. Een probleem is wel dat men niet vanzelf doorgaat met dit systeem. Dat moet gestimuleerd worden en dat moet gehonoreerd worden.*

*Een probleem is daarbij dat sommige kruisorganisaties (= de werkgever) er wel belang aan hechten en sommige niet. De kruisverenigingen zijn autonoom. Daardoor varieert het beleid per kruisvereniging en zijn er geen landelijke richtlijnen voor. Het is dan maar afhankelijk van wie er op dat moment op de stoel zit. En soms heb je daar goede overeenstemming mee bereikt en dan is zo iemand weer verdwenen."*

Niet verwonderlijk lijken de ervaringen van de apothekers met de ISO-systematiek op de eerder beschreven ervaringen in de laboratoria: de ontwikkelingen kosten veel tijd maar de acceptatie is geen groot probleem omdat men gewend is aan checklijsten. De situatie bij de overige beroepsbeoefenaren is duidelijk anders: er is geen centrale directie en de invoering van systemen gebeurt op basis van vrijwilligheid. Omdat er sprake is van een positieve selectie van enthousiaste voorlopers geeft de invoering geen onoverkomelijke problemen, tenzij de zaak te ingewikkeld en te complex wordt aangepakt, zoals hiervoor werd beschreven.

Bij de gezondheidscentra wordt vooral getracht de systemen die in één centrum ontwikkeld worden over te plaatsen naar de andere centra. Soms geeft dit problemen, vaak lukt dit ook wel.

## 6.6 Discussie

In dit hoofdstuk zijn individuele ervaringen van voorlopers weergegeven. Deze voorbeelden dienen als illustratie van de in hoofdstuk 5 getrokken conclusies en we zullen deze dan ook niet herhalen.

Heel globaal is in deze ervaringen te zien dat meer problemen ontstaan naarmate een systeem ingrijpender consequenties heeft voor de organisatie of de medewerkers. Daarnaast is de ervaring dat besturings- en bewakingssystemen meer weerstand oproepen dan de andere systemen.

Het minst ingrijpende is het type systeem dat uitgaat van bundeling en uitbreiding van bestaand materiaal, terwijl de organisatie-structuur hetzelfde blijft.

Kwaliteitssystemen met het accent op verbeterprojecten kunnen meer of minder ingrijpend zijn. Dit is afhankelijk van de onderwerpskeuze, al dan niet afdelingsoverstijgend. Het is ook afhankelijk van de vrijwillige of verplichte deelname aan de verbeterprojecten en van de projectmatige aanpak of de institutionele aanpak waarbij de gehele organisatie betrokken is.

Kwaliteitssystemen met het accent op bewakingsprocedures lijken minder ingrijpend voor laboratoria en apotheken die gewend zijn aan controle-procedures. Desondanks is de ervaring dat het herformuleren en uitbreiden van bestaande bewakingsprocedures aan de hand van de ISO-systematiek een bewerkelijke en langdurige zaak is. Voor instellingen die geen cultuur van bewaken kennen zijn bewakings- en besturingsssystemen bijzonder ingrijpend, ook indien uitgegaan wordt van de bestaande organisatiestructuur. De meest ingrijpende variant is een bewakings- en besturingsstelsel dat dwars door afdelingen en diensten heengaat en waarin gekozen wordt voor een procesmatige benadering.



## 7. SAMENVATTENDE CONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies samengevat. Uit dit onderzoek blijkt dat het invoeren van kwaliteitssystemen een kwestie van lange adem is en dat de nodige hindernissen genomen moeten worden. Toch zijn de ervaringen overwegend positief. Het invoeren van een kwaliteitssysteem brengt een nieuwe manier van kijken met zich mee en vormt daardoor volgens veel geïnterviewden ook een bron van inspiratie voor verandering en vernieuwing. Niet zelden werd met enthousiasme (en enige trots) melding gemaakt van tot nu toe geboekte resultaten of werd met voldoening gewag gemaakt van opgeruimde hindernissen. Blijkbaar vormen kwaliteitssystemen voor zowel beroepsbeoefenaren als instellingsmanagement een uitdaging. De hierna volgende conclusies moeten in het licht van deze ervaringen gelezen worden.

Omdat de conclusies betrekking hebben op voorlopers in de zorg-sector is op basis van dit onderzoek niet bekend in hoeverre ze ook gelden voor de vele recente initiatieven rond kwaliteitssystemen.

De conclusies betreffen de vier vragen die in dit onderzoek centraal stonden. Als eerste vraag is de 'waarom'-vraag beantwoord: welke waren de redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem? Ter beantwoording van de tweede vraag - hoe zien de systemen eruit? - zijn de verschillende soorten systemen beschreven en getypeerd. Als derde onderwerp is gekeken naar de wijze waarop men tewerk is gegaan bij de invoering van het systeem. En tot slot is uitgebreid ingegaan op de factoren die de invoering bevorderen dan wel belemmeren. De conclusies ten aanzien van deze vragen worden hierna puntsgewijze weergegeven. Zij weerspiegelen een aantal strategische keuzen die bij het invoeren van een kwaliteitssysteem gemaakt kunnen worden. Een overzicht van de belangrijkste keuzemomenten vindt u op de laatste pagina van dit hoofdstuk.

### **Wat zijn de belangrijkste redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem?**

1. Instellingen noemen meer interne dan externe redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem. De meest genoemde reden ligt in het verbeteren van de organisatie: het systeem wordt

gebruikt als een middel om het functioneren van de gehele instelling te verbeteren en de klantgerichtheid te vergroten.

2. Naast deze interne redenen spelen externe redenen een rol bij de invoering van een kwaliteitssysteem. Dit geldt zowel voor instellingen als voor beroepsbeoefenaren. Als belangrijkste externe redenen worden genoemd het anticiperen op de stelselwijziging, het anticiperen op de kwaliteitswetgeving en rekening houden met toekomstige eisen van verzekeraars.
3. Voor de meerderheid speelde eventuele certificering geen rol bij de invoering van het systeem. De meerderheid van de geïnterviewden is zelfs terughoudend over de vraag of naar certificering moet worden gestreefd. Men hecht meer belang aan interne drijfveren voor kwaliteitszorg.  
Een minderheid is vóór certificering. Met name zorgaanbieders die zich in een concurrentiepositie bevinden zien certificering als een middel om de positie te verstevigen.

#### **Hoe zien de kwaliteitssystemen eruit?**

4. Ondanks een variëteit aan gehanteerde namen en begrippen zijn er drie belangrijke overeenkomsten in alle systemen te onderkennen. Dit geldt zowel voor instellingen als voor beroepsbeoefenaren.
  - a) Centraal in bijna alle systemen is het expliciteren van het zorgproces. Vervolgens wordt de ideale situatie gedefinieerd en worden veranderingen doorgevoerd om die situatie te bereiken.
  - b) De meeste systemen beogen zowel kwaliteitsverbetering als kwaliteitsbewaking. De systemen komen in feite neer op het invoeren van systematische verbeter- en bewakingsprocedures die tezamen het kwaliteitssysteem vormen. Er worden - althans in de naamgeving - wel accentverschillen gelegd: "verbeteren en zonodig bewaken" of "bewaken en zonodig verbeteren".
  - c) In alle systemen wordt gestreefd naar een mentaliteitsverandering: van routinematig handelen naar een kritische reflectie op de zorg die men levert en de wijze waarop men dat doet onder het motto: "doen we de juiste dingen?" en "doen we de juiste dingen goed?"



5. Bij het ontwikkelen en invoeren van de systemen kiezen de instellingen globaal gezien uit drie strategieën:

- Bundeling: men gaat uit van een bundeling van bestaande kwaliteitsbewakende activiteiten om deze in samenhang te brengen en stapsgewijze verder uit te breiden;
- Projectgewijze: men kiest een projectgewijze aanpak waarbij op diverse plekken in de organisatie met 'verbeter'- of 'voorbeeldprojecten' wordt gewerkt. Het voordeel van deze methode is dat de voorbereidingstijd doorgaans kort is en dat men snel (positieve) resultaten ziet;
- Totaalsysteem: men ontwerpt een totaal systeem dat in zijn geheel in de organisatie ingevoerd wordt. Een voorbeeld is de ISO-systematiek. Totaalsystemen vergen een lange voorbereidingstijd maar het voordeel is dat de gehele organisatie daarna in een keer wordt bereikt. Met name bij 'totale' systemen spreekt men ook wel van besturingssystemen omdat het management deze systemen gebruikt ter 'sturing' van de organisatie.

Deze verschillen in aanpak zijn niet aan een bepaalde sector gebonden. De keuze lijkt meer voor te vloeien uit de filosofie en het beleid van de instelling, de strategie van de directie en de methoden die binnen de koepelorganisatie voorhanden zijn.

6. Bij beroepsbeoefenaren zijn op lokaal niveau eveneens drie aanpakken of typen activiteiten te zien:

- a) Deelsystemen worden toegevoegd aan bestaande activiteiten. Dit is in feite een bundeling en uitbreiding van deelsystemen (bijvoorbeeld intercollegiale toetsing naast na- en bijscholing).
- b) Er wordt op een systematische manier gewerkt aan 'kwaliteitsprojecten' (vergelijkbaar met de projectgewijze aanpak in instellingen).
- c) Op landelijk niveau wordt gewerkt aan overkoepelende systemen zoals 'periodieke visitatie' van lokale praktijken. Een totaal-systeem is te zien bij apotheken die in feite als 'instelling' getypeerd kunnen worden. Zij gebruiken de ISO-systematiek.

7. De drie belangrijkste verschillen tussen de systemen liggen in de onderwerpskeuze, het afdelingsgebonden of afdelingsoverstijgende karakter van de systemen en de vrijwillige of verplichte deelname. We lichten dit toe.

- a) Onderwerpskeuze: het gaat hier om de keuze van de onderwerpen die voor verbetering en bewaking in aanmerking

komen. Drie varianten komen voor: 1) medewerkers of afdelingen kiezen zelf bepaalde onderwerpen, 2) de keuze wordt gebaseerd op een inventarisatie van wensen en problemen, 3) in een minderheid van de gevallen is een systematiek ontworpen (bijvoorbeeld het meten van kritische kwaliteitskenmerken) om de meest relevante onderwerpen eerst aan te pakken.

- b) Afdelingsgebonden of afdelingsoverstijgend: de meeste bewakings- en verbeterprocedures zijn afdelings- of disciplinegebonden (bijvoorbeeld afdelingsgebonden- of intercollegiale toetsing). Het onderzoek laat zien dat er inmiddels ook afdelingsoverstijgende systemen worden gehanteerd. Dit laatste betekent dat het gehele zorgproces kritisch onder de loupe wordt genomen van intake tot ontslag. Men kijkt daarbij naar de samenhang en onderlinge afstemming van de zorg en naar de toegevoegde waarde van elke afdeling of discipline.
- c) Vrijwillig of verplicht: bij de meerderheid van de systemen waar het accent op 'verbeteren' ligt is medewerking gebaseerd op vrijwilligheid. Bij systemen waar het accent op bewaken (en besturen) ligt is medewerking aan het systeem doorgaans verplicht gesteld.

Ook bij beroepsbeoefenaren bestaan verplichte systemen (bijvoorbeeld registratie en tuchtrecht) die voor de gehele beroepsgroep gelden. Daarnaast worden op lokaal niveau deelsystemen gehanteerd bijvoorbeeld in het kader van kwaliteitsmanagement. Dit laatste gebeurt altijd op basis van vrijwilligheid.

- 8. De door de koepelorganisaties ontwikkelde referentiekaders en methodieken worden zowel door de instellingen als de beroepsbeoefenaren gebruikt. Selectie van de onderwerpen en keuze van het systeem vindt op lokaal niveau door instelling of beroepsbeoefenaar zelf plaats.

Met name bij beroepsbeoefenaren hanteren de koepelorganisaties daarnaast verplichte systemen die voor de gehele beroepsgroep gelden. Hiermee lijken de koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren een meer richtinggevende rol te spelen dan koepels van instellingen.

## Werkwijze bij de invoering van de systemen

9. De strategieën die directies van instellingen hanteren bij de invoering van een kwaliteitssysteem kunnen als volgt worden getypeerd:
  - a) De eerste strategische keuze is die voor het type systeem waarbij voor een projectmatige aanpak dan wel voor een totaalsysteem gekozen wordt.
  - b) Via voorlichting, overtuigen en enthousiasmeren trachten bijna alle directies de medewerking van de organisatie te verkrijgen.
  - c) Met name bij een projectgewijze aanpak worden daarnaast voorbeeldprojecten gebruikt om snel positieve resultaten te laten zien.
  - d) De top-down benadering is een vierde strategie. De directie stuurt de richting en het tempo van de ontwikkelingen en de medewerkers worden daarop aangesproken.  
De topdown benadering wordt vaker maar niet uitsluitend toegepast bij totaalsystemen. Ook bij bundelingssystemen en bij een projectgewijze aanpak is de top-down benadering te zien. De stijl van leidinggeven lijkt mede bepalend voor een top-down benadering.
  
10. Bij het invoeren van kwaliteitssystemen worden veel extra voorzieningen gecreëerd. De belangrijkste zijn:
  - a) In meer dan de helft van de instellingen zijn kwaliteitsfunctionarissen aangesteld. Er wordt echter voor gewaakt een aparte afdeling 'Kwaliteit' te creëren.
  - b) Voorzieningen als scholing, training, externe ondersteuning en automatisering brengen aanzienlijke kosten met zich mee. Grotere instellingen ramen deze kosten op honderd gulden per medewerker per jaar (exclusief de geïnvesteerde tijd).
  - c) Als externe deskundigheid ingeschakeld wordt is dat relatief vaak de koepelorganisatie. Een minderheid van de instellingen maakt gebruik van externe bureaus. Of dit kenmerkend is voor de 'voorlopers' valt op grond van dit onderzoek niet te zeggen.
  
11. Een zwak punt in de huidige kwaliteitssystemen lijkt het waarborgen van de continuïteit te zijn. Er worden weinig extra maatregelen genomen in de vorm van sancties of beloningen. Ook wordt zelden of nooit gewag gemaakt van systematische feedback naar de medewerkers.

Een veelgenoemde maatregel is wel de inbedding van het systeem in de lijnorganisatie.

12. Bij de beroepsbeoefenaren ligt bij het invoeren van kwaliteitssystemen het accent op overtuigen, voorlichten en enthousiasmeren. Alleen in apotheken wordt de top-down benadering gevolgd. Beloningen en sancties worden ook bij de beroepsbeoefenaren nauwelijks genoemd evenmin als systematische feedback. In alle gevallen is medewerking gebaseerd op vrijwilligheid. De initiatieven zijn meer dan bij instellingen een zaak van gemotiveerde 'trekkers'. Omdat de invoering van met name lokale kwaliteits(deel)systemen bij beroepsbeoefenaren meer persoonsgebonden is, lijkt de continuïteit en verdere verspreiding van deelsystemen een punt van zorg.

### **Bevorderende en belemmerende factoren**

13. Bevorderende factoren bij de invoering van een kwaliteitssysteem zijn bij de instellingen:
  - a) Bevorderend is de continue aandacht en sturing door de directie en het commitment van de medewerkers. Dit laatste wordt bevorderd door de medewerkers inspraak te geven en bij de ontwikkelingen te betrekken.
  - b) De invoering verloopt soepeler als het systeem flexibel, eenvoudig en overzichtelijk is en vooral als het systeem zichtbaar positieve effecten oplevert.
  - c) De invoering verloopt gemakkelijker bij instellingen met gemotiveerd personeel en een goede communicatie binnen de instelling.
14. Belemmerende factoren bij de invoering van een kwaliteitssysteem zijn bij de instellingen:
  - a) De vrijblijvendheid van de medewerking aan het systeem werkt op den duur belemmerend. Dit is een van de redenen dat de invoering doorgaans veel trager verloopt dan was gepland.
  - b) De weerstand tegen en angst voor verandering en controle bij de medewerkers bemoeilijkt de invoering. Bovendien blijkt het vaak moeilijk te zijn het medisch handelen te expliciteren.
  - c) De autonomie van afdelingen en van professionals is met name een probleem bij systemen met een aanpak die afdelingsoverstijgend is. Verkokering en eilandvorming moet dan doorbroken worden.

- d) Systemen die veel bureaucratische procedures met zich meebrengen roepen weerstand op. Dit geldt ook voor systemen waarin de nadruk gelegd wordt op negatieve zaken en tekorten. Men werkt liever vanuit een positieve invalshoek aan verbetering.
15. Bevorderende factoren bij de invoering van kwaliteitsdeelsystemen bij beroepsbeoefenaren zijn:
- a) Omdat professionals vaak vanuit beroepsinhoudelijke interesse aan kwaliteit werken spreken systemen met het accent op de inhoud van het beroep meer aan.
  - b) Doordat de medewerking op vrijwilligheid is gebaseerd ontstaat een positieve selectie van gemotiveerde deelnemers.
  - c) Externe ondersteuning en externe aandacht en waardering, bijvoorbeeld van de koepelorganisatie, werken stimulerend.
16. Belemmerende factoren bij de invoering van kwaliteitsdeelsystemen bij beroepsbeoefenaren zijn:
- a) De hoge werkdruk. Kwaliteitszorg is nog niet ingebouwd in de routines en komt erboven op.
  - b) De relatief grote inspanning (o.a. tijdsinvestering) die men moet leveren vergeleken met de effecten die daar tegenover staan.
  - c) Het ontbreken van een duidelijk doel en een overkoepelend referentiekader bij de beroepsbeoefenaren bemoeilijkt de invoering van deelsystemen. Kwaliteitszorg lijkt daardoor een ad-hoc en fragmentarisch karakter te hebben.

## Tot slot

17. Het invoeren van een kwaliteitssysteem leidt niet zelden tot drastische veranderingen in de organisatiestructuur en andersom gaat een verandering van de organisatiestructuur vaak vooraf aan de invoering van een kwaliteitssysteem: in losse, democratisch georganiseerde organisaties leidt invoering van kwaliteitssystemen vaak tot een structurering van de organisatie met duidelijk omschreven lijnfuncties en verantwoordelijkheden; terwijl in hiërarchisch gestructureerde organisaties de invoering van een kwaliteitszorg juist leidt naar een plattere organisatiestructuur en doorbreking van afdelingsgrenzen.

18. Zowel bij instellingen als bij beroepsbeoefenaren wordt een vrijblijvende deelname op den duur als belemmerend ervaren voor verdere verspreiding en continuering van het kwaliteitssysteem. In een aantal instellingen is de aanvankelijk vrijwillige deelname dan ook veranderd in een verplichte deelname en is het systeem verankerd in de hiërarchische lijnen van de organisatie met de bedoeling het systeem een normaal onderdeel van de bedrijfsvoering te maken. Bij beroepsbeoefenaren is dit verschijnsel afwezig.

## **SCHEMATISCH OVERZICHT KEUZEMOMENTEN**

### **Keuze van doelen en functies van een kwaliteitssysteem**

- Verbetering van het primaire proces
- Verbetering van de interne organisatie
- Verbetering van het extern functioneren
  - a) profilering en professionalisering
  - b) voldoen aan eisen van derden
  - c) afleggen van externe verantwoording
  - d) certificering

### **Keuze van systematische verbeter- en bewakingsprocedures**

- Accent op verbeteren of accent op bewaken
- Onderwerpskeuze: procedures, zorginhoud of beide
- Onderwerpskeuze: zorgonderdelen of gehele zorgproces
- Onderwerpskeuze: vrijwillig of op basis van systematiek

### **Keuze van invoeringsstrategieën**

- Expliciteren van de functies van het systeem
- Medewerkers betrekken bij de besluitvorming
- Bedreigingen wegnemen
- Stimulering en sturing door directie/management
- Bezinning op (aanpassen van) organisatiestructuur
- Stapsgewijze of totale invoering
- Creëren ondersteuning/voorwaarden
- Verantwoordelijkheid bij lijnfuncties
- Vrijwillige of verplichte deelname

## BESCHOUWING EN BELEIDSAANBEVELINGEN:

visie vanuit de begeleidingscommissie

### Inleiding

Ruim voordat de koepelorganisaties in Leidschendam afspraken kwaliteitssystemen in te gaan voeren waren 'voorlopers' in de zorg-sector al begonnen met een systematische en gestructureerde aanpak van kwaliteitsbewaking en -bevordering. Aanvankelijk vooral binnen professies, later ook op het niveau van de instelling. Mede op grond van ervaringen in het bedrijfsleven poogde men te komen tot integrale kwaliteitszorg waarbij de positie van de patiënt als klant centraal staat. Deze benadering vloeide logisch voort uit maatschappelijke ontwikkelingen naar meer klantgericht werken terwijl men ook anticipeerde op hogere doelmatigheidseisen van zorgverzekeraars. Zo bezien kunnen de Leidschendamafspraken worden beschouwd als een (h)erkenning van deze nieuwe ontwikkelingen en de Kwaliteitswetgeving als een formalisering daarvan. De afspraken moesten ertoe leiden dat de ontwikkeling niet beperkt zou blijven tot een kleine groep maar zou doorwerken in alle geledingen van de gezondheidszorg. De Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid kreeg de taak deze ontwikkeling te stimuleren. Omdat ervaringen van voorlopers daarbij nuttig gebruikt kunnen worden, is deze studie verricht.

In dit laatste hoofdstuk geven de leden van de begeleidingscommissie een visie op de gevonden resultaten en de implicaties voor het toekomstige kwaliteitsbeleid op meso en macro niveau. De indeling is als volgt:

1. Kwaliteitsbeleid bij instellingen en beroepsbeoefenaren.  
Achtereenvolgens wordt gekeken naar de functies en de inhoud van kwaliteitssystemen en de wijze waarop de invoering en verankering verloopt.
2. Kwaliteitsbeleid op landelijk niveau.  
Ingegaan worden op de beleidsaanbevelingen die op basis van de bevindingen gegeven kunnen worden ten aanzien van het verder te voeren landelijke kwaliteitsbeleid van koepelorganisaties en overheid.

## 1. Kwaliteitsbeleid bij instellingen en beroepsbeoefenaren

### Welke functies vervult het kwaliteitssysteem?

Een kwaliteitssysteem is in feite een optelsom van alle afspraken en procedures (normerend, toetsend en verbeterend) die erop gericht zijn de kwaliteit van zorg te verbeteren en te beheersen. Het kwaliteitssysteem is daarmee van invloed op het functioneren van de organisatie c.q. de beroepsgroep als geheel - zowel intern als extern - en blijkt op dit moment de volgende functies te vervullen:

- a. Verbetering, beheersing en waarborging van de kwaliteit van zorg (verbetering van het 'produkt');
- b. Verbetering van het interne functioneren van de organisatie (facilitering en verbetering van het zorgverleningsproces door het verbeteren van de interne organisatie van de instelling c.q. de beroepsgroep);
- c. Verbetering van het externe functioneren van de organisatie (behoud of verbetering van de marktpositie door verdere profilering en professionalisering; voldoen aan eisen die door gebruikers, financiers en overheid worden gesteld; afleggen van externe verantwoording.)

Het primaire doel van een kwaliteitssysteem is verbetering, beheersing en waarborging van de kwaliteit van zorg. Het gaat uiteindelijk om de vraag of de zorg (het uiteindelijke produkt) voldoet aan de verwachtingen en behoeften van de gebruiker. Dit is een centrale vraag in elk kwaliteitssysteem.

Als tweede functie draagt een kwaliteitssysteem bij aan het interne functioneren van een organisatie. Uit het onderzoek blijkt dat, zelfs als het systeem niet met dat primaire doel opgezet was, verbeteringen optreden ten aanzien van de onderlinge communicatie, het doorbreken van eilandvorming en het initiëren van afdelingsoverstijgende activiteiten waardoor meer samenhang in de zorg ontstaat.

Als derde functie vervullen kwaliteitssystemen op dit moment een rol in het verbeteren of verstevigen van de marktpositie. Veel van de huidige systemen staan in het teken van verdere profilering en professionalisering. Het afleggen van externe verantwoording c.q. het zichtbaar maken van de kwaliteit alsmede het voldoen aan eisen die door gebruikers, financiers en overheid worden gesteld blijft daarbij achter.

Bovengenoemde functies zijn met elkaar verweven. Impliciet blijken in de huidige kwaliteitssystemen wel accenten te worden gelegd bijvoorbeeld op het primaire proces, de interne organisatie of externe profilering. Het expliciteren van deze veelal impliciete functies kan



zichtbaar maken of het systeem beantwoordt aan de doelen die men daarmee beoogt.

#### *Aanbevelingen*

*Het verdient aanbeveling de doelen en functies van het kwaliteitssysteem zoveel mogelijk te expliciteren omdat de keuze van kwaliteits(deel)systemen voortvloeit uit de doelen en functies die men daarmee beoogt.*

*Het verdient aanbeveling meer aandacht te schenken aan de externe oriëntatie van kwaliteitssystemen omdat deze externe oriëntatie in de huidige systemen tot nu toe weinig ontwikkeld is.*

#### **Waaruit bestaan kwaliteitssystemen?**

Er bestaan geen kant en klare kwaliteitssystemen waaruit instellingen en beroepsbeoefenaren kunnen kiezen. Instellingen en beroepsbeoefenaren construeren hun eigen systemen. Men ontwikkelt structurele verbeter- en bewakingsprocedures die tezamen het kwaliteitssysteem vormen. Een kwaliteitssysteem is daarmee een dynamisch geheel dat zich steeds uitbreidt. In die zin is een kwaliteitssysteem nooit 'af'.

Uit dit onderzoek blijkt dat deze systemen (c.q. deze structurele verbeter- en bewakingsprocedures) veel eenvormiger zijn dan de diversiteit aan activiteiten en termen zou doen vermoeden. De kenmerkende werkwijze bevat steeds de volgende elementen uit de kwaliteitskringloop: het zorgproces wordt geëxpliciteerd en in kaart gebracht, er worden normen opgesteld voor de wenselijke situatie, het zorgproces wordt in die zin bijgesteld waarna gemeten wordt of de nieuwe werkwijze aan de gestelde normen voldoet. Het kenmerkende van een kwaliteitssysteem is dat deze procedures periodiek worden herhaald zodat structurele verbetering en bewaking ontstaat. De mate waarin het accent op verbeteren dan wel op bewaken wordt gelegd is meer een kwestie van een strategische keuze of van naamgeving dan van een wezenlijk verschil in werkwijze. De term 'besturingssysteem' duidt erop dat de systematische verbeter- en bewakingsprocedures op managementniveau gebruikt worden voor 'sturing' van de organisatie.

#### **Welke onderwerpen worden gekozen?**

Met de constatering dat het kenmerkende van een kwaliteitssysteem ligt in structurele verbeter- en bewakingsprocedures dient zich de vraag aan 'wat' verbeterd en bewaakt wordt: de onderwerpskeuze. Gesteld kan worden dat de relevantie van een kwaliteitssysteem

bepaald wordt door de gebieden (onderwerpen) die voor structurele verbetering en bewaking worden gekozen. Bij het kiezen van deze onderwerpen ziet men zich voor keuzen geplaatst die ingrijpende consequenties kunnen hebben en waarbij een afweging gemaakt moet worden tussen de relevantie enerzijds en de acceptatie en het draagvlak anderzijds. Hierbij spelen drie vragen een rol:

- a. Wat is al goed geregeld en waar zitten de lacunes?
- b. Wordt zowel naar de zorginhoud als naar procedures gekeken?
- c. Wordt het gehele zorgproces in onderlinge samenhang gezien?

Wat al goed geregeld is en waar de lacunes zitten, is een eerste vraag die beantwoord moet worden. De kwaliteit van zorgverlening en organisatie wordt dikwijls al op vele wijzen beïnvloed en bewaakt. De verdere ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen is een kwestie van het kiezen van zodanige onderwerpen dat leemten worden opgevuld en dat waar nodig bestaande afspraken en procedures worden verbeterd. Bij het kiezen van deze onderwerpen is het aan te bevelen te focussen op zaken die essentieel zijn voor de kwaliteit maar die desondanks nog niet of nog niet voldoende geregeld zijn. Raadpleging van patiënten en gebruikers kan hierbij een belangrijke signalerende rol vervullen.

Wordt zowel naar de zorginhoud als naar procedures gekeken? In zijn algemeenheid zal het kritisch onder de loupe nemen van procedures minder bedreigend zijn dan het ter discussie stellen van de zorginhoud. Dat verklaart wellicht waarom in de huidige systemen meer accent op processen en procedures ligt. De meeste relevantie maar ook het meest ingrijpend is natuurlijk een combinatie van beide vanuit de inmiddels bekende vraag: "Doen we de juiste dingen en doen we de juiste dingen goed?".

Wordt het gehele zorgproces in onderlinge samenhang gezien? Vanuit de patiënt gezien is de samenhang van het zorgproces in zijn totaliteit van belang en het uiteindelijke kwaliteitssysteem zal dat als onderwerp moeten hebben.

Uit het onderzoek blijkt dat veel kwaliteitssystemen starten op afdelings- of disciplineniveau, in een aantal gevallen uitgebreid naar afdelingsoverstijgende activiteiten. Incidenteel worden systemen gemeld waarin het gehele zorgproces in onderlinge samenhang wordt gezien. Men spreekt ook wel van de 'routing' van de patiënt. Uitgangspunt daarbij is de vraag: 'Wat draagt elke discipline of afdeling bij aan de zorg die deze patiënt nodig heeft?'

Dit laatste alternatief trekt een sterke wissel op het wederzijdse vertrouwen en de bereidheid tot onderlinge samenwerking en communicatie van alle betrokken afdelingen en disciplines. Het creëren van die bereidheid zal vooraf gaan aan het kiezen van dergelijke ingrijpende onderwerpen.

#### *Aanbeveling*

*Het inventariseren van verwachtingen en wensen van patiënten en gebruikers behoort een essentieel onderdeel van elk kwaliteitssysteem te zijn.*

### **Hoe komt de onderwerpskeuze tot stand?**

Ging het hiervoor om de vraag 'wat' verbeterd en bewaakt wordt, de tweede vraag is wie dat bepaalt. Uit het onderzoek komen globaal twee alternatieven naar voren: a) disciplines of afdelingen kiezen zelf onderwerpen of b) de organisatie heeft een systematiek ontworpen voor deze onderwerpskeuze.

Het eerste alternatief zal sneller geaccepteerd worden dan het tweede. De onderwerpen die afdelingen of medewerkers zelf kiezen zullen aansluiten bij door hen ervaren knelpunten wat de motivatie om mee te werken verhoogt. Een systematische onderwerpskeuze vindt o.a. plaats op basis van een beleids- of knelpuntenanalyse op instellingsniveau, raadplegingen van patiënten, verwijzers en financiers, monitoring van de kwaliteit aan de hand van indicatoren of combinaties van deze methoden.

### **Hoe krijgt men het systeem geaccepteerd?**

Het invoeren van een kwaliteitssysteem betekent een vernieuwing of verandering in een organisatie. Dit betekent niet zelden dat weerstanden overwonnen moeten worden, zoals ook dit onderzoek laat zien. Of de medewerkers een systeem accepteren en in principe bereid zijn hun medewerking te verlenen hangt af van een groot aantal factoren.

Uit de grote lijnen blijkt dat een systeem gemakkelijker wordt geaccepteerd:

- a. Naarmate de medewerkers het nut van het systeem inzien;
- b. Naarmate zij bij de besluitvorming worden betrokken;
- c. Naarmate het systeem minder bedreigend is.

De eerste stap zal zijn de medewerkers van het nut van een kwaliteitssysteem te overtuigen door duidelijk te maken welke functies het kwaliteitssysteem moet vervullen. Als niet duidelijk is waarom een kwaliteitssysteem wordt ingevoerd en tot welke resultaten het moet

leiden bestaat het gevaar dat een kwaliteitssysteem vooral wordt geassocieerd met verhoging van de werkbelasting en bureaucratie. Daarbij komt dat de besluitvorming rond de keuze en invoering van een kwaliteitssysteem vooral op directieniveau plaats blijkt te vinden. Dit betekent dat de acceptatie door de medewerkers niet per definitie gegarandeerd is. Een grotere betrokkenheid van de medewerkers blijkt een oplossing voor dit probleem te zijn. De mate waarin een systeem bedreigend is, is een derde factor die bij de acceptatie en rol speelt. Niet verwonderlijk worden systemen met het accent op bewaken en besturen als meer bedreigend ervaren dan systemen met het accent op verbeteren.

#### *Aanbevelingen*

*Directies en medewerkers kunnen verschillende opvattingen hebben over de functie van het systeem, de inspraak bij de besluitvorming en de mate waarin een systeem bedreigend is. Het verdient aanbeveling dit spanningsveld niet te verbloemen maar de discussie aan te gaan om de openheid in de organisatie te bevorderen.*

*Voor de acceptatie van kwaliteitssystemen is het noodzakelijk de medewerkers daarbij te betrekken. (bijvoorbeeld bij het benoemen van de knelpunten en/of ontbrekende schakels in afspraken, het formuleren van criteria, het vaststellen van werkwijzen etc.)*

#### **Hoe voert men het systeem in?**

De invoering van systematische verbeter- en bewakingsprocedures verloopt niet vanzelf en vereist continue stimulering en sturing door management of directie, zo blijkt uit de ervaringen van de voorlopers. De noodzaak van deze stimulering en sturing neemt toe naarmate de invoering van het systeem ingrijpender consequenties heeft. Ook zullen drie vragen beantwoord moeten worden:

- a. Is aanpassing van de organisatiestructuur nodig?
- b. Wordt het systeem stapsgewijze of in zijn totaliteit ingevoerd?
- c. Welke mate van ondersteuning is vereist?

Organisatieveranderingen zijn soms het gevolg van de invoering van een kwaliteitssysteem en gaan soms aan de invoering vooraf. Interessant is dat deze organisatieveranderingen ogenschijnlijk tegenstrijdig zijn maar bij nader inzien volstrekt begrijpelijk. Democratische organisaties werken toe naar een duidelijker toewijzing van bevoegdheden en verantwoordelijkheden en worden meer lijnorganisaties. Sterk hiërarchisch georganiseerde lijnorganisaties daarentegen werken toe naar plattere structuren om eilandvorming te doorbreken

en afdelingsoverstijgende activiteiten mogelijk te maken. De invoering van een kwaliteitssysteem brengt derhalve een bezinning op de organisatiestructuur met zich mee terwijl andersom een kwaliteitssysteem tot organisatieveranderingen kan leiden.

De invoering van een kwaliteitssysteem geschiedt soms in zijn totaliteit maar vaker volgt men een projectgewijze aanpak of breidt men het bestaande verder uit. Het invoeren van een totaalsysteem in de gehele organisatie (bijvoorbeeld de ISO-systematiek) vergt doorgaans een lange voorbereidingstijd. Het voordeel is dat de gehele organisatie in een keer bereikt wordt. Deze aanpak is ingrijpend en de vraag of de organisatie rijp is voor een dergelijke drastische ingreep en of het management dit kan trekken zal bij deze keuze een rol spelen. Bij een projectgewijze aanpak worden op diverse plaatsen in de organisatie verbeter- of voorbeeldprojecten gestart. Het voordeel hiervan is dat men al experimenterend zaken bij kan stellen, maar het duurt lang voordat de gehele organisatie is bereikt. De derde strategie is een bundeling en afstemming van bestaande kwaliteitsbewakende activiteiten. Vervolgens worden stapsgewijze de lacunes opgevuld.

Het invoeren van een kwaliteitssysteem vereist ondersteuning van de staf- en lijnfunctionarissen die hiermee worden belast, evenals voorzieningen in de voorwaardenscheppende sfeer, zo hebben de voorlopers ervaren. Vaak, maar zeker niet uitsluitend, zorgen kwaliteitsfunctionarissen voor ondersteuning en scholing. Hoe het ook zij, beslissingen omtrent scholing, ondersteuning en voorwaardescheppende activiteiten zijn verbonden aan het invoeren van een kwaliteitssysteem.

*Aanbeveling:*

*Bij het invoeren van een kwaliteitssysteem is het van belang dat de directie de noodzakelijke voorwaarden creëert (toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, ondersteuning, scholing) en dat noodzakelijke veranderingen in werkwijzen of organisatiestructuren worden doorgevoerd.*

### **Hoe kan het systeem worden verankerd in de organisatie?**

Bij verankering gaat het om de verdere uitbreiding van de verbeter- en bewakingsprocedures en om continuering daarvan, zodat deze een vast onderdeel van de bedrijfsvoering worden. Deze continuering is een reden tot zorg, zo merken de voorlopers op. Zij hebben ervaren dat het aanvankelijke enthousiasme na verloop van tijd

wegebt en de aandacht van directie en management dreigt te verslappen. Twee structurele oplossingen voor dit probleem worden genoemd:

- a. De verantwoordelijkheid voor verbeter- en bewakingsprocedures wordt bij de lijnfuncties gelegd;
- b. Vrijwillige deelname verandert in verplichte deelname.

Hoewel doorgaans de verantwoordelijkheid al bij de lijnfuncties ondergebracht was, hebben sommige directies deze concreter en explicieter gemaakt - bijvoorbeeld door de lijnfunctionarissen 'kwaliteitswerkplannen' te laten maken zodat de voortgang door directie en management geëvalueerd en bewaakt kan worden.

In veel organisaties is deelname aan kwaliteitsprojecten aanvankelijk gebaseerd op vrijwilligheid. Het voordeel daarvan is een enthousiaste start van gemotiveerde deelnemers, vaak uitmondend in leuke resultaten van voorbeeldprojecten. Het nadeel is dat de rest van de organisatie niet bereikt wordt en dat verdere verspreiding niet vanzelf gaat, zo is de ervaring. Om die reden is een aantal directies ertoe overgegaan deelname verplicht te stellen. Deze, op het eerste oog voor de hand liggende, beslissingen zijn doorgaans pas genomen na een lange ontwikkelingsfase waarin voldoende draagvlak werd gecreëerd.

#### *Aanbeveling*

*Om de continuïteit van kwaliteitssystemen te waarborgen dienen deze ingebed te worden in de normale bedrijfsvoering. Zijn kwaliteitssystemen eenmaal ingebed in de bedrijfsvoering dan worden zij automatisch object van continue stimulerings- en sturingsprocessen (c.q. managementprocessen).*

## **2. Kwaliteitsbeleid op landelijk niveau**

De hier gepresenteerde studie, tezamen met de in 1992 uitgebrachte studie "Kwaliteitssystemen in ontwikkeling", geeft een beeld van de wijze waarop binnen de Nederlandse gezondheidszorg het begrip "kwaliteitssysteem" zoals benoemd tijdens de Leidschendam conferenties in 1989 en 1990, in de praktijk gestalte krijgt. In enkele jaren heeft dit in eerste aanleg abstracte begrip uit het bedrijfsleven een specifieke betekenisinhoud gekregen.

Voor instellingen in de gezondheidszorg kunnen de zich ontwikkelende kwaliteitssystemen grotendeels worden verklaard vanuit het perspectief van organisatieontwikkeling en professionalisering van

management. Voor beroepsbeoefenaren zijn de in ontwikkeling zijnde kwaliteitssystemen te begrijpen vanuit het perspectief van verdergaande professionalisering van het beroep, waarbij de kwaliteit van de beroepsuitoefening zich niet meer uitsluitend richt op de doeltreffendheid maar het dragen van een verantwoordelijkheid voor de bestede middelen en de noodzaak tot het afleggen van verantwoording aan derden een integraal onderdeel vormt van de in ontwikkeling zijnde kwaliteitssystemen.

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren voltrekt zich in een klimaat waarbij een nog steeds toenemende vraag naar zorg gepaard gaat met een stagnerende economische groei met navenante consequenties voor de financieringsmogelijkheden. De aan het veld toebedeelde verantwoordelijkheden voor kwaliteitsbeleid moeten worden gerealiseerd onder condities waarbij nog bestaande regelgeving en financieringssystematiek belemmerend kunnen werken en de motivatie van betrokken zorgverleners en managers door externe condities en beeldvorming over de zorgsector vaak onder druk staat.

Het is daarom hoopvol te kunnen constateren dat ondanks deze schijnbare belemmeringen er in een periode van drie-en-een halfjaar toch een vertaling heeft plaats gevonden van de beleidsintenties zoals verwoord in Leidschendam naar een groot aantal concrete activiteiten en programma's, waarbij de samenhang tussen de activiteiten door alle partijen nog steeds wordt nagestreefd. Deze bereidheid om als veld-partijen gezamenlijk vorm te geven aan het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg lijkt een belangrijke verworvenheid. Onze nationale consensus op het terrein van kwaliteitsbeleid ondervindt internationaal veel waardering terwijl Nederland ook voorop loopt ten aanzien van de voor instellingen en beroepsbeoefenaren ontwikkelde toetsingsmethoden en kwaliteitsinstrumenten.

Extra aandacht voor kwaliteit en kwaliteitsbeleid bij een ongunstig extern klimaat is op zich niet nieuw. Ook in de industrie is bij veel bedrijfstakken de doorbraak van kwaliteitsbeleid pas tot stand gekomen onder de druk van grote concurrentie. Denk bijvoorbeeld aan de initiatieven voor kwaliteitsbeleid in de Amerikaanse industrie welke pas werkelijk op gang kwamen toen de successen van Japan, en de daaruit voortkomende concurrentie, serieus werden genomen. Het is in dit verband dan ook niet toevallig dat in de gezondheidszorg bij sectoren als thuiszorg en apothekers, waar de externe druk groot is, relatief veel aandacht voor kwaliteit bestaat. Een toenemen-

de spanning tussen produktie en kosten kan noch worden opgelost door rantsoenering van de produktie, noch door verlaging van de kosten maar vereist een oplossing door te sturen op kwaliteit.

Het sturen op kwaliteit, c.q. het voeren van een kwaliteitsbeleid en het ontwikkelen van kwaliteitssystemen betekent een nieuwe uitdaging voor instellingsmanagement en beroepsbeoefenaren. Uit de voor deze studie gevoerde interviews blijkt met name bij het instellingsmanagement dat men enerzijds de uitdaging onderkent en er met enthousiasme aan werkt maar dat anderzijds behoefte bestaat aan meer zekerheden. Veelal treedt dan de "Simons-reflex" in werking; men vraagt de overheid om nadere explicitering. Mede gezien de onduidelijkheden rond de stelselwijziging is er onzekerheid over de rollen die de overheid nog wel wil vervullen en de gebieden waarop zij terugtreedt. Hierdoor is het voor het veld niet geheel duidelijk wat de nieuw verworven ruimte is en op welke wijze deze ingevuld moet worden. Dit vacuüm bestaat ten aanzien van het kwaliteitsbeleid vooral tussen de systeemaanpak die de overheid voorstaat bij de nieuwe Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen enerzijds en de behoefte aan "basiskwaliteitseisen" bij het veld anderzijds.

De roep om meer expliciete kwaliteitseisen op te stellen door de overheid moet vooral worden verstaan als een behoefte aan meer duidelijkheid naar de toekomst en angst voor verlies van thans bestaande kwaliteit. Deze duidelijkheid zou echter vooral moeten komen door een eenduidig overheidsbeleid met betrekking tot de verdere stelselwijziging en een alerte en op werkelijke misstanden adequaat reageren van diezelfde overheid.

Het systeemdenken van de Kwaliteitswet dient echter niet te worden losgelaten en verdere explicitering van kwaliteitseisen zou middels overleg tussen veldpartijen zowel landelijk (b.v. UVO's) als lokaal tot stand moeten komen. Het systematisch inventariseren van de thans beschikbare en in de toekomst te ontwikkelen kwaliteitsparagrafen in contracten zou behulpzaam zijn bij het verkrijgen van inzicht en overzicht. Daarbij zal de 'externe functie' i.c. het afleggen van verantwoording middels het aantonen van een functionerend kwaliteitssysteem, belangrijker worden naarmate het kwaliteitsbeleid een integraal onderdeel van de regelmechanismen van het gezondheidszorgsysteem uitmaakt.

Deze stellingname leidt tot drie aanbevelingen:



### *Aanbevelingen*

*Spoedige duidelijkheid over de definitieve versie van de Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen en de daarin opgenomen eisen voor kwaliteitssystemen is gewenst.*

*Transparantie van de gemaakte lokale en nationale afspraken over kwaliteitssystemen is noodzakelijk.*

*Meer aandacht lijkt aangewezen voor de wijze waarop de externe functie van kwaliteitssystemen gestalte krijgt.*

De discussie over de "externe functie van kwaliteitssystemen" is terug te voeren op de betrokkenheid van externe partijen zoals verzekeraars en patiënten/consumenten organisaties bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zoals hierboven vermeld is deze betrokkenheid een van de belangrijke karakteristieken van het kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg en één van de pijlers van de in Leidschendam gemaakte afspraken. Het is vanuit de optiek van de aanbieders van zorg verklaarbaar dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen in eerste instantie binnen de eigen kring ter hand is genomen. De balans tussen intern vertrouwen en externe geloofwaardigheid moet echter continu in de gaten worden gehouden. Een deel van de discussies over de externe functie van kwaliteitssystemen lijkt zich de laatste jaren te hebben geconcentreerd rond het begrip "certificatie". Hieraan is ook in diverse adviezen van de NRV de nodige aandacht besteed. Uit interviews gevoerd met aanbieders komt naar voren dat men veelal nog sceptisch staat ten opzichte van de wenselijkheid en mogelijkheid van certificatie. Deze scepsis is niet alleen inherent aan de eigen positie maar lijkt ook onderbouwing te vinden in de kwaliteitstheorie waar certificatie eerder als een sluitstuk van een ontwikkeling tot kwaliteitszorg wordt gezien dan als een beginpunt. Verbetering van de communicatie tussen aanbieders en verzekeraars/patiënten/consumenten over de lopende initiatieven en stimuleren van betrokkenheid van externe partijen bij de lokale ontwikkelingen lijkt daarmee een betere impuls voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen dan het streven naar een vanuit een landelijke regie doorgevoerde certificatie van afzonderlijke instellingen.

### *Aanbeveling*

*Gezien de fase van ontwikkeling waarin de meeste kwaliteitssystemen op dit moment verkeren lijkt voor de meeste groeperingen in de gezondheidszorg een open communicatie over bestaande ontwikke-*

*lingen meer aangewezen dan een landelijk geregisseerde certificatie. Hiermee wordt een voortijdige bevrozing van de ontwikkelingen voorkómen.*

Zoals hierboven reeds gesteld lijkt de ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij instellingen te verlopen langs de lijnen van organisatie-ontwikkeling en professionalisering van het management.

Deze constatering maakt dat de vorderingen rond kwaliteitsbeleid in instellingen niet los gezien kunnen worden van veranderingen in bedrijfsvoering en herpositionering van instellingen in het gezondheidszorgsysteem. Het voeren van een kwaliteitsbeleid op instellingsniveau en het daarmee ontwikkelen van kwaliteitssystemen is daarmee een natuurlijke ontwikkeling.

Bij beroepsbeoefenaren is het begrip "kwaliteitssysteem" niet een vanzelfsprekend gevolg van lopende ontwikkelingen. Hier wordt het begrip echter getransformeerd tot onderdeel van de professionalisering van de beroepsgroep met inachtneming van de economische en maatschappelijke verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar. Het begrip kwaliteitssysteem wordt geassocieerd met systematische vormen van evaluatie (bewaking en bevordering) van beroepsmatig handelen zoals intercollegiale toetsing en visitatie, en zaken als na- en bijscholing, richtlijnontwikkeling, tuchtrecht en herregistratie. Het systeembegrip lijkt hier veel meer op het niveau van de beroepsgroep (landelijk en regionaal) een rol te spelen dan op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar. Dit lijkt ook logisch aangezien de scheiding tussen leiding en uitvoering, zoals deze in instellingen bestaat, op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar niet aanwezig is.

Binnen de instelling komen de kwaliteitssystemen van de instelling en die van de professional als lid van een beroepsgroep samen. Vanuit deze constatering en voortbouwend op de bevindingen uit de eerste studie over kwaliteitssystemen in 1992 kan de volgende aanbeveling worden geformuleerd:

#### *Aanbeveling*

*Gezien de fase van ontwikkeling waarin kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren en instellingen thans verkeren lijkt het aangewezen dat gerichte pogingen tot afstemming tussen de diverse systemen worden ondernomen nu hiervoor nog de ruimte bestaat.*

Een belangrijk probleem lijkt het continueren van de in gang gezette activiteiten. Uit de interviews kunnen globaal twee strategieën worden gedestilleerd; verplichtstelling, en opnemen van verantwoordelijk-

heden in de lijnorganisatie. Parallel aan deze formalisatie- strategieën lijken management en bestuurders in de praktijk vooral hun heil te zoeken bij enthousiasmeren en aanbieden van scholing. Zowel directies en management als bestuurders van beroepsorganisaties (landelijk en lokaal) spelen een belangrijke rol bij het voortdurend motiveren tot het voeren van een kwaliteitsbeleid. Dit vergt naast leiderschap ook het vermogen om ondanks andere ongunstige condities toch het uiteindelijke doel van alle inspanningen voor ogen te houden. Onderling overleg en ideeënuitswisseling tussen betrokkenen uit diverse sectoren kan een belangrijk middel zijn om wederzijds begrip te vinden en nieuwe motivatie op te doen.

Daarnaast bestaat in toenemende mate aandacht voor scholing van medewerkers en beroepsbeoefenaren op het terrein van de kwaliteitszorg. Ten aanzien van de noodzaak om onderwijs in kwaliteitszorg als onderdeel van de beroepsopleidingen op te nemen is dit jaar reeds door de NRV geadviseerd.

Naast het scholingsaanbod voor het hoger- en middenkader van instellingsmanagement, wat de laatste jaren voor de diverse sectoren binnen de gezondheidszorg op grote schaal is ontwikkeld, is wellicht thans, gezien de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden, behoefte aan een scholingsaanbod voor het lagere kader en de uitvoerend medewerkers.

#### *Aanbevelingen*

*Het landelijke kwaliteitsbeleid moet een voortdurende inspiratiebron blijven vormen voor directie/managers van instellingen en bestuurders van beroepsorganisaties en dient derhalve te wortelen in de feitelijke ontwikkelingen in het veld. Een te ver doorgevoerde technocratisering van discussies en burocratisering van procedures kan het einde betekenen van het thans nog aanwezig zijnde elan.*

*Initiatieven rond scholing in kwaliteitszorg dienen verder te worden uitgebouwd, waarbij met name integratie in reeds bestaande opleidingen dient te worden nagestreefd.*

De laatste jaren heeft een operationalisering van het abstracte begrip "kwaliteitssysteem" plaatsgevonden. Ondanks of dankzij de externe omstandigheden is binnen het gezondheidszorgveld in onderlinge samenspraak een scala aan activiteiten ontplooid welke een goede aanzet vormen tot verdere ontwikkeling. Dat na drie-en-eenhalf jaar niet verwacht mag worden dat overal kwaliteitssystemen uitontwikkeld en operationeel zijn mag met deze en de vorige Nivel studie duidelijk zijn geworden. Men dient zich echter te realiseren dat in het

bedrijfsleven het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem 10-15 jaar duurt en blijkens cijfers van het ministerie van economische zaken zou momenteel slechts 6% van de Nederlandse bedrijven een ISO-9004-2 certificeerbaar systeem bezitten.

Vanuit dit gezichtspunt doet de gezondheidszorg het zo gek nog niet. De uitdaging lijkt er daarom de komende jaren in te liggen de ingeslagen weg verder te bewandelen en de kwaliteitssystemen te vervolmaken. Daarbij zal een oplossing gevonden moeten worden voor het omzetten van de huidige aanloop- en ontwikkelingsbestedingssystematiek in structurele financiering.

Op landelijk nivo lijkt het daarnaast van belang de relatie te leggen tussen het kwaliteitsbeleid en het beleid op aanpalende velden zoals het personeels- en arbeidsomstandighedenbeleid, het informatiebeleid en het milieubeleid.

#### *Aanbevelingen*

*Voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bij instellingen en beroepsbeoefenaren is het van belang dat een oplossing wordt gevonden voor het omzetten van de huidige aanloop- en ontwikkelkosten in een structurele financieringswijze.*

*De komende jaren dient extra aandacht besteed te worden aan de relatie tussen het binnen de gezondheidszorg gevoerde kwaliteitsbeleid en het beleid op aanpalende terreinen. Op landelijk niveau kan deze aandacht bestaan uit het verkennen van de relatie met onder andere het personeels- en arbeidsomstandighedenbeleid, het informatiebeleid en het milieubeleid.*

## Literatuur

1. Sluijs EM, Bakker DH de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van de kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht, NIVEL/NRV, 1992
2. Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid. Rapportage Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid. Januari 1992, anderhalfjaar na Leidschendam. Zoetermeer, NRV, 1992.
3. Wiersema MI. Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht, De Tijdstroom, 1992.
4. Nederlands Normalisatie Instituut. Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem. Deel 2: Richtlijnen voor diensten. Nederlandse Norm. NEN-ISO 9004.2. Delft, Nederlands Normalisatie Instituut, 1992.
5. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Bruikbaarheid van ISO-normen voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zoetermeer, NRV, 1991.
6. Grol R. Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? (Oratie). Huisarts en Wetenschap, 36, 1993, 3, 106-112.
7. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Apotheek Kwaliteitszaak. Beleidsplan van de Nederlandse apotheker. Den Haag, KNMP, 1991.
8. Rogers EM. Diffusion of innovations. London, Collier Mac-Millan, 1983.
9. Blauw JN. Op weg naar kwaliteit: integrale kwaliteitszorg als innovatie. Proefschrift. Enschede, De Lier, Academisch Boeken Centrum, 1988.

10. Barnhoorn H, Walda R. De eerste lijn op spitsen. Zorgvernieuwing in de praktijk. Assen/ Maastricht, Van Gorcum, 1992.
11. Kromwijk G, Donker M. Intercollegiale kwaliteitszorg. Een introductie voor de RIAGG. Utrecht, NcGv, 1991.
12. Moll JW. Interinstitutionele toetsing verzorgingshuizen. Op weg naar certificatie? Kwaliteit in Beeld, 3, 1993, 3, 1-3.
13. Vonk A. Eisen aan systemen en certificatie: commentaar op het VDB-project. Kwaliteit in Beeld, 3, 1993, 3, 5-6.
14. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Certificatie van kwaliteits-systemen. Advies over de harmonisatie op het gebied van certificatie in de zorgsector. Zoetermeer, NRV, 1993.
15. Casparie AF, Colsen PJA, Stevens PGJJ, Vinkenburg HHM, Wiersema MI (red.) Handboek Kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom, 1992.
16. Kwaliteit in Beeld. Jaargang 1 t/m 3. Gezamenlijke uitgave van de NRV en het Staatstoezicht, Zoetermeer, 1990-1993.
17. Dubbelboer JS, Timmer-van Rijnsoever JSM. Inventarisatie kwaliteitsbevordering ziekenhuizen 1992. Utrecht, NZI, 1992
18. Dijk SGM van. Inventarisatie kwaliteitsbevordering gehandicaptenzorg. Utrecht, NZI, 1993.
19. Severijns R. Een handleiding voor de methode van kwaliteitscirkels in het verzorgingshuis. Utrecht, NIZW, 1992.
20. Andriessen JHA. Handleiding voor kwaliteitsprofielen. Utrecht, NZI, 1989.
21. Steensma DJ. Verankering van kwaliteit in de organisatie. Acta Hospitalia 1992, 1, 45-49.
22. Haimé MC, Stegenga KW. Integrale kwaliteitszorg in het VU-ziekenhuis 1987-1993. Interne publicatie VU-ziekenhuis, Amsterdam.

23. Klazinga NS. Kwaliteitsborging van medisch-specialistische zorgverlening. In: Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom BV, 1992.
24. Verdenius W. Organisatie van kwaliteit binnen de kring van huisartsen gezien vanuit de koepel (LHV). In: Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom BV, 1992.
25. Dijk SGM van. Intercollegiale toetsing en bijscholing; een kwaliteitscombinatie bij uitstek? Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 1993, 1, 26-29.
26. Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum. Utrecht, LVG, 1989.
27. Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Een methode voor het raadplegen van patiënten. Utrecht, LVG, 1989.
28. Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Model klachtenprocedure voor gezondheidscentra. Utrecht, LVG, 1988.
29. Hogeschool Nijmegen. Kwaliteitssysteem verpleging en verzorging in verpleeghuizen. Nijmegen, Hogeschool Nijmegen, z.j.
30. Jansen RTP. Kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie. Medisch Contact, 48, 1993, 36, 1100-1102
31. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Onderwijs in kwaliteitszorg. Advies over onderwijs in kwaliteitszorg bij opleidingen in de gezondheidszorg. Zoetermeer, NRV, 1993





## NOTEN

1) Met betrekking tot kwaliteitscriteria werd afgesproken dat de drie partijen, aanbieders van zorg, patiënten-/consumentenorganisaties en verzekeraars, elk hun eigen kwaliteitscriteria ontwikkelen op grond van hun eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. In vogelvucht is de stand van zaken bij deze drie partijen als volgt:

- Bij de medische beroepsbeoefenaren is dit proces al een tiental jaren aan de gang. Daardoor zijn criteria voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening (bijvoorbeeld gedragsregels, beroepsprofielen) en criteria voor de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld protocollen, standaarden en richtlijnen) op veel gebieden voorhanden (). De niet-medische beroepsgroepen hebben wel criteria voor de beroepsuitoefening maar doorgaans nog geen richtlijnen voor de inhoud van de zorg. Kwaliteitskenmerken waaraan instellingen en organisaties (zouden) moeten voldoen zijn onder andere ontwikkeld voor de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg, de thuiszorg, ziekenhuizen (PACE-project), AMW-instellingen, ziekenhuislaboratoria en gezondheidscentra. In het merendeel zijn deze criteria op koepelniveau ontwikkeld waarbij men in een aantal gevallen kon voortbouwen op de bestaande erkenningseisen.
- De patiënten-/consumenten ontwikkelen een basisprogramma van algemene kwaliteitseisen voor patiëntgerichtheid van hulpverleners en instellingen. Daarnaast ontwikkelen zij instrumenten waarmee de kwaliteit vanuit patiënten-/consumentenperspectief beoordeeld kan worden.
- De verzekeraars zijn niet systematisch bezig met het ontwikkelen van criteria.

### *Zorginhoudelijke- en bewakingscriteria*

In de bovengenoemde kwaliteitscriteria ligt het accent soms op de zorginhoud en soms op bewaking. Zorginhoudelijke criteria zijn bijvoorbeeld vastgelegd in protocollen die voorschrijven wat bij een bepaalde diagnose moet worden gedaan. Bewakingscriteria zijn bijvoorbeeld procedures om te bewaken dát volgens de protocollen wordt gewerkt of dát hygiëne- en veiligheidsrichtlijnen in acht worden genomen.

Dergelijke procedurele kenmerken staan centraal in het PACE-project voor de ziekenhuizen terwijl bij huisartsen de zorginhoud centraal staat in de ontwikkelde NHG-standaarden. De 'Kwaliteitskenmerken' voor de gehandicaptenzorg bevatten beide typen criteria (zorginhoud en bewaking). Het is van belang dit onderscheid duidelijk voor ogen te houden. Als namelijk bewakingsprocedures ontwikkeld zijn moet de zorginhoud nog vastgesteld worden, als de zorginhoud vastligt moeten vervolgens de bewakingsprocedures nog ontwikkeld worden.

De hiervoor genoemde 'Kwaliteitskenmerken' van de koepelorganisaties geven aan naar welk kwaliteitsniveau de sector als geheel streeft. Ze vormen tevens een referentiekader voor het veld zelf waar de uitwerking van die kenmerken plaatsvindt. Elke instelling legt daarbij eigen accenten, afhankelijk van het eigen kwaliteitsbeleid. De algemene kwaliteitskenmerken op koepelniveau moeten dus onderscheiden worden van de kwaliteitseisen die de individuele instelling zelf formuleert als onderdeel van haar eigen kwaliteitsbeleid en eigen kwaliteitssysteem.

2) Naast een verschil in omvang is er een verschil in de mate waarin de organisatie geografisch is geconcentreerd. In intramurale instellingen als ziekenhuizen en laboratoria, instellingen voor gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn de medewerkers over het algemeen geconcentreerd in één of enkele gebouwen. Door deze instellingen wordt overigens in toenemende mate ook buiten de muren gewerkt.

In de extramurale hulpverlening is het werkgebied van de Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs, Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, RIAGG's (gedeeltelijk) en voor

Thuiszorg veel meer verspreid. Deze instellingen vormen organisatorisch gezien mogelijk een minder hechte eenheid hetgeen volgens Rogers de invoering van een kwaliteitssysteem kan bemoeilijken.

## BIJLAGEN





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

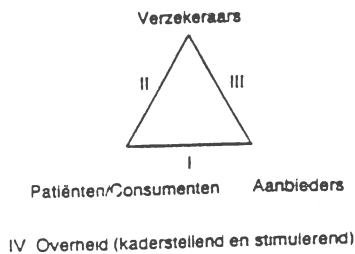
Opgesteld tijdens de vervolgconferentie 'Kwaliteit van Zorg'  
op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam

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 verzekeraars<sup>1</sup>. 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

<sup>1</sup> 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) (hoofddeling 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 kwaliteitssystemen 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/consumenten<sup>2</sup> 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 ontwikkeling<sup>3</sup>). 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 systeem.
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.

---

<sup>2</sup> Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

<sup>3</sup> 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 kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben.<sup>4</sup>
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 teruggelinkt 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 kwaliteitssystemen 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.

---

<sup>4</sup> 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 risico-selectie) 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. Analoog 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.



**Samenstelling Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid d.d. 14-12-1993**

**Voorzitter:**

Prof.dr. A.F. Casparie

**Vice voorzitter:**

Prof.dr. P.A.H. van Lieshout

**Namens:**

NIZW

**Leden:**

**Plv. leden:**

**Namens:**

Drs. A.A.H. v. Alphen

KLOZ

Mw.drs. A.C. Briët

LVT

F. Linnebank, arts

C.A. Geldof, arts

NVZ

Mw. M.J.F.E. Aghina

Drs. F. Jongeneel, arts

NVVz

Drs. L.H.J. de Turck

Mw.drs. S. van Rooijen

Besturenoverleg GGz

Drs. H. Silvis

Mw.drs. P. de Hoog  
Mw.drs. N. van Tooren

NVGz/SOMMA  
NVGz/FIAD-WDT

Mw.drs. S. Dym

R. Brouwer

VOG-sectie/AMW

E. ten Holte

Mw.drs. M.J. Sieh

VNB

Dr. G. Gerding

Mw.drs. E.A.M. Bank

NFVLG

Ir. G.J. Verhoef

Dr. J.A. Walburg

NeVIV

Ir. N.C. den Boer

Dr. W. Huisman

NVKC

P.M. Fokkens

KAG

Drs. J.A.M. Saan

Drs. G.R.M. Molleman

LCGVO/NVPG

J. van Eijkeren

KNGF

N.S. Klazinga, arts

Mw.drs. M.A.G. Frissen

KNMG

S. Zanen, arts

Mw.mr. W.L.R. Kuipers

LSV

Drs. J.W. Ehrhardt

LHV

J.C.C. Duijzers

Mr. A.W.J.M. van Bolderen

KNMG/LVAD

Dr. F.J. van de Vaart

Dr. P.A.G.M. de Smet

KNMP



A.M. Corbey, tandarts	Mw.drs. C.M. van Weert	NMT
Drs. F.A.L. Lapré	Mw. M.M. Schenkeveld	NU '91/CFO
Mw.dr. J.C. Hees-Stauthamer		NIP
Mw. H.M. Cromheecke-Reus	Mw. W.F. Jol-Japin	NOV
L. v.d. Holst		LVMW
A.W. Kessener		VNZ
Mr. E.L. Huberts		VNG
Drs. J. Boerma	J. van den Baard	NVBV/LPR
Mw. A.W.D. Saers-Molenaar	Mw.drs. E. Reitsma	GHR
R. Meerhof	A.F.M. Dekkers	NP/CF
A.C.J.M. Jongerius		FVO
G.W. Dries	Mw.ir. H.J.M. van der Hoeven	CSO/LOBB
<b>Adviserende leden:</b>	<b>Plv. adviserende leden:</b>	<b>Namens:</b>
Mw.drs. M.G. Spiering-Wolter		WVC
Mr. F.M. Meijer		WVC
Drs. F. Gardenbroek		WVC
Drs. E.Th. Klapwijk		GHIGV
Mw.dr. R.R.R. Huijsman-Rubingh		GHI
A. Boer, arts	J. Verdurmen	ZFR
Prof.dr. E. Reerink	Dr. P.J.J. Touw	CBO
Dr. G.H.M. ten Velden		GR
<b>Secretariaat:</b>		
Mw.mr. R. Bering		





## **BIJLAGE 2 LIJST MET AANDACHTSPUNTEN BIJ HET INTERVIEW** **(zie gedetailleerde uitwerking op de volgende pagina's)**

- 1. Waarom is tot een kwaliteitssysteem besloten en door wie?**
  - a. Wat waren redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem?
  - b. Welke overwegingen speelden een rol bij het kiezen van een bepaald systeem?
  - c. Hoe is men te werk gegaan bij het kiezen van een bepaald systeem?
  - d. Hoe is de besluitvorming in de organisatie verlopen?
  - e. Wat was de acceptatie en het draagvlak van het systeem?
  - f. Hoe ziet de tijdsplanning en het ontwikkelingstraject eruit?
  
- 2. Hoe verloopt de invoering (implementatie) van het systeem?**
  - a. Wie zijn belast met de invoering van het systeem?
  - b. Wordt het systeem in fasen (experimenteel) of in zijn totaliteit ingevoerd?
  - c. Is er sprake van extra voorzieningen, sancties, incentives, feedback?
  - d. Doen zich problemen voor bij de invoering van het systeem?
  - e. Doen zich problemen voor bij continuering van het systeem?
  
- 3. Hoe ziet het systeem eruit?**
  - a. Welke doelen worden met het systeem beoogd?
  - b. Wat zijn de belangrijkste kenmerken van het systeem?
  - c. Hoe zijn externe partijen bij het systeem betrokken?
  - d. Wat houdt het systeem concreet in en hoe werkt het?
  - e. Hoe ziet de samenhang tussen de onderdelen eruit?
  - f. Wie is op welk niveau verantwoordelijk voor het systeem?
  - g. Hoe zijn verantwoordelijkheden van organisatie en professies geregeld?
  - h. Hoe vindt verslaglegging plaats?
  
- 4. Voldoet de invoering van het systeem tot nu toe aan de verwachtingen?**
  - a. Wat waren de verwachtingen van het kwaliteitssysteem?
  - b. Voldoet de invoering van het systeem aan de verwachtingen?
  - c. Wat is er veranderd vergeleken met de situatie vóór invoering van het systeem?
  - d. Wat zijn de toekomstplannen m.b.t. het systeem?
  - e. Welke grenzen bestaan er t.a.v. de mogelijkheden van kwaliteitssystemen?

## 1. WAAROM IS TOT EEN KWALITEITSSYSTEEM BESLOTEN EN DOOR WIE?

### 1a. Wat waren de redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem?

Aandachtspunten intern:	Oplossen bestaande problemen (welke) (doelmatigheid, doeltreffendheid, patiëntgerichtheid) Beheersing door het management (van wat?) Samenhang en afstemming (van wat?) Vernieuwing op zich (inspiratie, stimulans)
Aandachtspunten extern:	Anticiperen op stelselwijziging, kwaliteitswet, certificatie Leidschendamafspraken, VC VOK Marktpositie (fusies, reorganisaties, bezuinigingen) Druk van externe partijen (verzekeraars, patiënten, koepel, inspectie) Status, prestige Volgen van toonaangevende voorbeelden (welke?)

### 1b. Welke overwegingen speelden een rol bij het kiezen van een bepaald systeem?

Aandachtspunten:	Cultuur van de organisatie Wel/geen ingrijpende veranderingen Inschatting acceptatie/realiseerbaarheid Kosten, middelen Aanwezige deskundigheid m.b.t. kwaliteitssystemen
------------------	---

### 1c. Hoe is men te werk gegaan bij het kiezen van een bepaald systeem?

Aandachtspunten:	Hoe kwam men aan informatie over kwaliteitssystemen? VC VOK, NRV, Koepel Vaktijdschriften, onderzoeksliteratuur Universiteit, onderzoeks-, organisatie/ adviesbureaus, bedrijfsleven Cursussen, congressen, symposia Speciale functionaris(sen) aangesteld Zusterinstellingen, collega's, vriendencircuit enz. Was deze informatie inhoudelijk (wat) of evaluatief (waardering)?
------------------	---

### 1d. Hoe is de besluitvorming in de organisatie verlopen?

Aandachtspunten:	Op welk niveau is het initiatief ontstaan? (bestuur, directie, staf, medewerkers, anders) Wie waren intern en/of extern betrokken bij de besluitvorming? (intern: bestuur, directie, management, staf, lijnfunctionarissen, afdelingen, medewerkers, bewoners-, ondernemingsraad) (extern: patiënten/consumenten(organisaties), verzekeraars, financiers, inspectie, verwijzers)
------------------	---

### 1e. Wat was de acceptatie en het draagvlak van het systeem?

Aandachtspunten:	Hoe stonden de diverse partijen/niveaus tegenover het besluit? (enthousiast, afwachtend, sceptisch, negatief) Deden zich problemen voor bij de besluitvorming? (tegestelde opvattingen/wensen; welke, van wie) Waren speciale maatregelen of compromissen nodig om het systeem geaccepteerd te krijgen? (welke) Werd een kwaliteitssysteem als nieuw (of als nieuwe naam) ervaren? (zo ja, welke aspecten)
------------------	--

**1f. Hoe ziet de tijdsplanning en het ontwikkelingstraject eruit?**

Aandachtspunten: In welk jaar is gestart met:

- ideeën of plannen
- besluit op managementniveau
- ontwikkeling van het systeem
- invoering van het systeem

Welke veranderingen hebben zich in (het denken over) het kwaliteits-systeem voorgedaan tijdens dit ontwikkelingstraject?

**2. HOE VERLOOPT DE INVOERING (IMPLEMENTATIE) VAN HET SYSTEEM?**

**2a. Wie zijn belast met de invoering van het systeem?**

Aandachtspunten: Invoering door interne en/of externe personen? Hoe?

Is personeel opgeleid voor kwaliteitszorg?  
(wie, op welk niveau, hoe)

Hoe is de organisatie 'enthousiast' gemaakt?  
(door wie, op welke wijze, op welk niveau)

**2b. Wordt het systeem in fasen (experimenteel) of in zijn totaliteit ingevoerd?**

Aandachtspunten: (vanuit welke overwegingen?)

(indien experimenteel: waar? op welke niveaus)

(wat waren de ervaringen met deze experimenten?)

(hoe is de evt. overgang verlopen van experimenteel naar structu-reel?)

**2c. Is er sprake van extra voorzieningen, sancties, incentives?**

Aandachtspunten:

Extra tijd? (voor wie, op welke niveaus?)

Extra personeel? (bijv. kwal.functionaris)

Extra voorzieningen? (welke, voor wie, welk niveau?)

(bijv. secretariële ondersteuning, computers, registratiesystemen)

Positieve of negatieve incentives? (welke, voor wie, welk niveau?)

Wie krijgt feedback over het functioneren van het systeem? (hoe, welk niveau?)

**2d. Doen zich problemen voor bij de invoering van het systeem?**

Aandachtspunten: (onderscheid tussen invoering en werking van het systeem)

(op welke niveaus/afdelingen; verwacht of onverwacht)

(bijv. motivatie, tijd, uitvoerbaarheid, aanloopproblemen, afnemende interesse, competentiestrijd)

Zijn oplossingen/compromissen/aanpassingen gevonden? (welke)

Hoe zou de ideale situatie eruit zien? Is dat realiseerbaar? Waar is dat van afhankelijk?

**2e. Doen zich problemen voor bij continuering van het systeem?**

Aandachtspunten: Indien van toepassing: lukt het om de organisatie blijvend gemoti-veerd te houden?

(wat wordt gedaan of zou gedaan moeten worden om te zorgen dat de aandacht voor kwaliteitszorg niet verslapt als het nieuwtje eraf is?)

**3. HOE ZIET HET SYSTEEM ERUIT: DOELEN, KENMERKEN, INHOUD, SAMENHANG, VERANTWOORDELIJKHEDEN?**

**3a. Welke doelen worden met het systeem beoogd?**

Aandachtspunten: Algemene doelen (beleidsdoelen) en concrete doelen (evt per afdeling / deelsysteem)  
(streefdoelen of realistisch haalbare doelen ('anya'))  
Is er één gezamenlijk motto (bijv. klantvriendelijkheid) voor de hele organisatie of eigen invullingen per afdeling? (welke)  
Wordt het systeem expliciet gebruikt als middel om beleidsdoelen te realiseren?

**3b. Wat zijn de belangrijkste kenmerken van het systeem?**

Aandachtspunten: Kwaliteitsbewaking of kwaliteitsbevordering?  
(bewaken minimumcriteria/ondergrenzen; continue verbetering)  
Cultuurverandering of verandering van werkwijze?  
Referentiekader extern of intern?  
(bijv. ISO-systematiek vs. samenhang bestaande instrumenten)  
Bestaand systeem of ontwikkeld voor de eigen organisatie?

**3c. Op welke wijze zijn externe partijen bij het systeem betrokken?**

Aandachtspunten: Wordt afleggen van externe verantwoording beoogd? (patiënten, verzekeraars, certificatie, anders)  
Is er sprake van patiënten/consumentenfeedback? (op welke wijze?)  
(vanuit welke overwegingen wel/niet)  
Is er sprake van externe feedback (bijv. terugkoppeling van gegevens) door financiers? (hoe?)

**3d. Wat houdt het systeem concreet in? (ook m.b.t. de kwaliteitskringloop)**

Aandachtspunten: Is er sprake van de kwaliteitskringloop c.q. feedbacksysteem? (totaal of op onderdelen)  
(normeren, meten, evalueren, verbeteren, controleren)  
Hoe vindt normering plaats (eigen of formele criteria; welke)?  
Hoe wordt gemeten? (registreren, zelfrapportage)  
Hoe wordt geëvalueerd? (door wie wordt beoordeeld of getoetst?)  
Hoe komen verbeteringen tot stand? (voorbeelden)  
Wordt gecontroleerd of deze verbeteringen beklijven? (hoe, door wie)  
Zijn alle verbeteringen realiseerbaar? (welke niet? waarom niet?)  
Komt het voor dat verbeteringen/veranderingen nieuwe problemen aan het licht brengen of doen ontstaan? (voorbeelden)

**3e. Hoe ziet de samenhang tussen de onderdelen van het systeem eruit?**

Aandachtspunten: Eén uniform systeem of verschillende systemen? (welke)  
(eigen systemen van disciplines? welke)  
Hangen de deelsystemen/onderdelen onderling samen? (hoe)  
Is er een overkoepelende structuur voor het totaal? (welke)  
(zo niet, is dit wenselijk?)

**3f. Wie is op welk niveau verantwoordelijk voor het functioneren van het systeem?**

Aandachtspunten: (eindverantwoordelijk en op onderdelen)  
Welke informatie krijgen degene die verantwoordelijk zijn? (van wie)  
Is deze informatie voldoende om het functioneren van het systeem te beoordelen? (zo niet, wat zou nodig zijn; belemmeringen?)

- 3g. Hoe zijn verantwoordelijkheden van organisatie en professies geregeld?**  
Aandachtspunten: Zijn verantwoordelijkheden van organisatie en professionals besproken en/of vastgelegd?  
Zijn er onduidelijkheden of problemen m.b.t. professionele autonomie?  
(welke? oplosbaar? hoe?)
- 3h. Hoe vindt verslaglegging over het functioneren van het systeem plaats?**  
Aandachtspunten: (intern / openbaar)  
(in algemene of in concrete/specifieke termen)  
(aangebrachte verbeteringen of ook gesignaleerde knelpunten)  
Komen er reacties op deze verslaglegging? Zo ja, welke en van wie
- 4. VOLDOET DE INVOERING VAN HET SYSTEEM TOT NU TOE AAN DE VERWACHTINGEN?**
- 4a. Wat waren de verwachtingen van het kwaliteitssysteem?**  
Aandachtspunten: (vergelijking met de doelen en redenen voor invoering)
- 4b. Voldoet de invoering tot nu toe aan de verwachtingen?**  
Aandachtspunten: (verloopt alles trager of moeilijker dan verwacht?)
- 4c. Wat is er veranderd vergeleken met de situatie vóór invoering van het systeem?**  
Aandachtspunten: (cultuur, mentaliteit, betere samenwerking, meer begrip)  
(concrete veranderingen/verbeteringen? (welke, op welk niveau)  
(veranderingen conform de verwachtingen?)  
(ook onbedoelde positieve of negatieve gevolgen, welke?)
- 4d. Wat zijn de toekomstplannen m.b.t. het systeem?**  
Aandachtspunten: Wordt gestreefd naar verdere invoering of uitbreiding?  
(totaal of op onderdelen, hoe)  
Vindt bijstelling of verandering plaats?  
(hoe, waarom, door wie, op welk niveau)  
Zijn er plannen m.b.t. externe verantwoording of certificatie?  
Hoe zou de ideale situatie eruit zien?  
(realiseerbaar? waarvan afhankelijk? belemmeringen?)  
Zou u het anders doen als u opnieuw kon beginnen? Hoe?
- 4e. Wat zijn de grenzen aan de mogelijkheden van een kwaliteitssysteem?**  
Aandachtspunten: (on)beheersbaarheid van kwaliteit, (on)mogelijkheden van een centrale regie, kringloop- of feedbackprocedures.





NATIONALE  
RAAD VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID

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

BIJLAGE 3

Aan geadresseerde



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

Uw brief van	Uw kenmerk	Ons kenmerk	Datum
		SAM/KWA/106/ES/PT	1993
Onderwerp		In behandeling bij	

Betreft: Implementatie van Kwaliteitssystemen

Geachte

Hierbij vragen wij U mee te werken aan het onderzoek naar de wijze waarop de implementatie van kwaliteitssystemen verloopt in de Nederlandse gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg.

Via de koepelorganisatie hebben wij bij monde van NN vernomen dat Uw instelling/organisatie in aanmerking komt voor deelname aan het onderzoek omdat Uw instelling/organisatie ver gevorderd is met de invoering van kwaliteitszorg c.q. kwaliteitssystemen. We lichten de achtergrond en het doel van het onderzoek hierna toe.

**Achtergrond**

Het onderzoek vindt plaats in het kader van de Kwaliteitsconferenties die in 1989 en 1990 te Leidschendam gehouden zijn. Op deze conferenties hebben overheid, aanbieders, financiers en consumenten afspraken gemaakt over het toekomstige kwaliteitsbeleid, waarbij aanbieders van zorg zich verantwoordelijk hebben gesteld voor het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. Een speciale commissie, ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), stimuleert en volgt deze ontwikkelingen. Dit onderzoek wordt dan ook uitgevoerd in opdracht van de NRV onder begeleiding van een projectteam waarin deskundigen zitting hebben (zie pag. 3).

In eerste instantie is vorig jaar onderzocht welke kwaliteitssystemen door de koepelorganisaties ontwikkeld worden; dit jaar wordt onderzocht hoe de invoering van kwaliteitssystemen c.q. systematische kwaliteitszorg in het veld zelf verloopt. Daartoe worden organisaties onderzocht die inmiddels ver gevorderd zijn met de invoering van een kwaliteitssysteem of systematische kwaliteitszorg en dus enige ervaring met de implementatie hebben opgedaan. Wij hebben de koepelorganisaties benaderd om dergelijke organisaties te vinden.



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

**Doel**

Het doel van dit tweede onderzoek is in kaart te brengen welke strategieën organisaties hanteren bij het invoeren van kwaliteit zorg en welke faciliterende en belemmerende factoren daarbij een rol spelen. De gedachte is dat anderen deze ervaringen kunnen benutten, mede omdat het invoeren van kwaliteitssystemen nog in een pril stadium verkeert.

Het onderzoek vindt plaats onder alle sectoren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg, waarbij gestreefd wordt naar 1 organisatie per sector en eventueel 2 à 3 als er binnen de sector sprake is van verschillende typen organisaties of instellingen.

**Rapportage**

Het eindproduct wordt een rapport waarin de kwaliteitssystemen van de 'voorlopers' uit elke sector in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg beschreven staan. De rapportage is anoniem. De eindrapportage wordt in concept aan de geïnterviewden voorgelegd zodat feitelijke onjuistheden gecorrigeerd kunnen worden. Vanzelfsprekend ontvangt u een exemplaar van het rapport dat in het najaar van 1993 verschijnt.

**Procedure**

Het onderzoek vindt plaats door middel van interviews met de directie of het management vanuit de gedachte dat op dit niveau het kwaliteitsbeleid gestalte krijgt. Een korte schets van de aard van het interview vindt U op pagina 4 van deze brief.

Kort gezegd staan in het interview twee onderwerpen centraal:

a) het kwaliteitsbeleid, de overwegingen voor het invoeren van kwaliteit zorg en de beleidsbeslissingen rond de invoering van het kwaliteitssysteem.

b) het kwaliteitssysteem zelf, waarbij het gaat om de concrete werking van het systeem.

Als het systeem op schrift is gesteld hoeft aan dit laatste onderwerp weinig tijd besteed te worden. Ook is het mogelijk dat een kwaliteitsfunctionaris vooraf de werking van het systeem toelicht.

Wij verzoeken U een interview met U te mogen houden over het kwaliteitsbeleid en de kwaliteit zorg in Uw instelling/organisatie. Het interview zal ongeveer anderhalf uur in beslag nemen. De interviews worden gehouden door medewerkers van het NIVEL, te weten Dr.D.H de Bakker, Drs.J.Dronkers en Dr.E.M.Sluijs. Secretarissen van het project zijn Mw.J.Veldhuis en Mw.R.Wiegers.

Voor nadere informatie kunt U contact opnemen met de leden van het projectteam of met de ondertekenaars.

Wij hopen dat U aan het onderzoek mee wilt werken en wachten met belangstelling Uw reactie af.

Hoogachtend,  
Projectteam Inventarisatie  
Kwaliteitssystemen

Dr.D.H. de Bakker  
Drs.J.Dronkers  
Mw.Dr.E.M.Sluijs



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 (LPCF)  
Prof.Dr.P.A.H.van Lieshout (NIZW)  
Mw.Dr.E.M.Sluijs (NIVEL, uitvoering)

## IMPLEMENTATIE VAN EEN KWALITEITSSYSTEEM/KWALITEITSZORG

Korte schets van de aard van het interview dat met directie/management wordt gehouden

In het interview staan vier vragen centraal die hieronder beknopt worden toegelicht.

### 1. Waarom is tot een kwaliteitssysteem c.q. systematische kwaliteitszorg besloten?

Bij deze eerste vraag gaat het om de redenen die tot invoering van systematische kwaliteitszorg geleid hebben. Te denken valt aan het anticiperen op de stelselwijziging of de kwaliteitswet, het aanbrengen van meer samenhang in de kwaliteitsbewaking of het oplossen van bestaande problemen. Daarnaast worden vragen gesteld naar het draagvlak en de acceptatie van het systeem/de kwaliteitszorg en de aanvankelijke tijdsplanning.

### 2. Hoe verloopt de invoering (implementatie) van het systeem/kwaliteitszorg?

Bij deze vraag gaat het om de methoden, middelen en strategieën die men gebruikt heeft om het kwaliteitssysteem in te voeren. Is bijvoorbeeld extra personeel aangehouden of opgeleid? Wordt gebruik gemaakt van sancties of positieve incentives? Hoe is de organisatie enthousiast gemaakt? Is het systeem experimenteel ingevoerd of direct in de gehele organisatie? Ook wordt gevraagd naar de problemen die zich voordeden bij de invoering en de oplossingen die men daarvoor gevonden heeft.

### 3. Hoe ziet het systeem/de kwaliteitszorg eruit?

Bij deze vraag gaat het om een inhoudelijke beschrijving van het systeem/de kwaliteitszorg en de kwaliteitsbewakende en -bevorderende instrumenten en procedures die daarbij gebruikt worden. Gevraagd wordt naar de kenmerken van het systeem/kwaliteitszorg en de wijze waarop de onderdelen met elkaar samenhangen. Als professionele hulpverleners ook eigen kwaliteitssystemen hebben wordt gekeken hoe deze zich verhouden tot de totale kwaliteitszorg en hoe verantwoordelijkheden van professionals en organisatie geregeld zijn. Als informatie over het systeem/kwaliteitszorg op schrift is gesteld zal deze vraag in het interview weinig tijd in beslag nemen. Ook kan informatie over de inhoud van het systeem door een kwaliteitsfunctionaris verstrekt worden in een apart gesprek. Een en ander kan door de directie worden bepaald.

### 4. Wat zijn de toekomstplannen?

Het gaat hier om de vraag of de invoering van het systeem/kwaliteitszorg tot nu toe aan de verwachtingen voldoet en de verdere plannen. Streeft men bijvoorbeeld naar verdere uitbreiding of invoering of zijn er grenzen aan de mogelijkheden van kwaliteitsbeheersing en centrale regie? Streeft men naar externe beoordeling of certificatie of is het een interne aangelegenheid? En, welke aanbevelingen kan men doen aan anderen die met de invoering van een systeem/systematische kwaliteitszorg willen beginnen.

## BIJLAGE 4

### Interne redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen in volgorde van frequentie (N=22)

---

kwaliteit (en vernieuwing) had altijd al prioriteit	10
tijdgeest: inspelen op het cliënt/marktgericht denken	6
reorganisatie, fusies of veranderde positie	5
aansluiten bij de ontwikkelingen die in het veld leven	3
uitbreiding van het zorgaanbod en de doelgroep	3
de visitatie/doorlichting van de instelling was de aanleiding	3
het streven naar procesmatiger werken (samenhang)	3
idealisme en interne motivatie	3
onvrede van directie en management met de gang van zaken	2
het streven naar doelmatiger en efficiënter werken	2
het streven de arbeidsomstandigheden te verbeteren	1
betere zorg voor de patiënt/cliënt	1
de verantwoordelijkheid van directie pro-actief te werken	1
de directie acht het een noodzakelijke ontwikkeling	1
het was een eis van de (overkoepelende) directie	1
het interview was aanleiding alles te bundelen	1
behoefte alle kwaliteitsactiviteiten te integreren	1
het geeft een voedingsbodem voor oplossen van conflicten	1
toetsingscommissie wilde breder gaan werken	1
het is onze maatschappelijke plicht	1
medewerkers vroegen er zelf om i.v.m. de werkdruk	1
geen reden genoemd	0
<b>Totaal</b>	<b>50</b>

---

## Interne redenen voor het invoeren van kwaliteitssystemen bij beroeps- beoefenaren in volgorde van frequentie (N=14)

---

Kwaliteit heeft altijd al de aandacht	6
Beroepsinhoudelijke interesse en idealisme	6
Patiënt zo goed mogelijk helpen	1
De wens om bij te blijven	1
Behoeftte aan toetsen van eigen werk	1
Behoeftte aan inzicht in systematische kwaliteitsbewaking	1
Doen wat mogelijk is om fouten te voorkómen	1
Behoeftte de ontwikkelingen vóór te blijven	1
Verbeteren van onduidelijkheden in de kwaliteitsbewaking	1
In een afdeling was nog geen kwaliteitsbewaking	1
Aanstelling van coördinator was de aanleiding	1
Taak van nieuwe regionale verenigingen	1
De regio-bijeenkomsten liepen niet goed	1
Geen interne reden genoemd	3
Totaal	23

---

## Strategische redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem in instellingen (n=15)

---

behouden budget/financiering	4
anticiperen op de stelselwijziging	4
anticiperen op nieuwe wetgeving	4
anticiperen op toekomstige wensen/eisen financiers	3
anticiperen op toekomstige certificering	3
voortbestaan van de instelling	3
zichtbaar maken van kwaliteit (PR)	2
imago van de instelling	1
positie op de markt	1
dreigende capaciteitsreductie	1
inspelen op wensen van verwijzers	1
inspelen op toekomstige eisen van patiëntenorg.	1
inspelen op eisen van de koepelorganisatie	1
Leidschendamafspraken	1
inspelen op toekomstige betekenis van kwaliteitszorg	1
profilering	1
concurrentie het hoofd bieden	1
geen externe redenen	7
<b>Totaal</b>	<b>33</b>

---

## Strategische redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem bij beroepsbeoefenaren (n=11)

---

anticiperen op de stelselwijziging	5
profileren op kwaliteit	3
positie in de gezondheidszorg	3
anticiperen op nieuwe wetgeving	2
anticiperen op (toekomstige) eisen van verzekeraars	2
anticiperen op (toekomstige) eisen van patiëntenorganisaties	1
inspelen op de eisen van de inspectie	1
anticiperen op toekomstige financiering	1
opheffen van de contracteerplicht	1
presentatie naar patiënten	1
presentatie naar verzekeraars	1
in het kader van toekomstige herregistratie	1
uitdragen van het beleid van de koepelorganisatie	1
meedoen aan een initiatief van het Ziekenfonds	1
anticiperen op certificering	1
<b>totaal</b>	<b>25</b>

---

## BIJLAGE 5

### Bevorderende factoren instellingen

---

zien van positieve effecten	8
inspraak van en overleg met de medewerkers	6
bewaken/sturen voortgang door directie/leiding	5
de afdeling/basis ontwikkelt zelf de normen/projecten	4
zeer gemotiveerd personeel	4
platte/democratische organisatie	3
de verantwoordelijkheid ligt bij de lijn/leiding	3
het kiezen van onderwerpen die aanslaan	3
invoering gebeurt gefaseerd/gedoseerd	2
systeem is flexibel, maatwerk mogelijk	2
er worden haalbare doelen gesteld	2
systeem is niet bureaucratisch	2
het systeem heeft een duidelijk doel en visie	2
directie/top neemt het serieus	2
continue informatie door directie aan de medewerkers	2
de leiding krijgt ondersteuning	2
trekkers en sleutelfiguren nemen initiatieven	2
de organisatiestructuur is eerst aangepast	2
kleine organisatie	1
financiële middelen zijn beschikbaar	1
de organisatie is stabiel	1
goede communicatie binnen de instelling	1
snelle besluitvorming in de organisatie	1
direct contact medewerkers-directie	1
cultuur van met elkaar omgaan in de organisatie	1
medewerkers zijn gewend aan checklisten	1
personeel wordt op medewerking geselecteerd	1
specialisten zijn in loondienst	1
specialisten zijn hiërarchisch georganiseerd	1
medewerkers worden niet opgeofferd aan het systeem	1
verantwoordelijkheden van professionals zijn duidelijk geregeld	1
de visitatie overtuigde de medewerkers	1
systeem is ingebed in de organisatiestructuur	1
systeem is overzichtelijk	1
systeem is eenvoudig	1
systeem is geen controle systeem	1
systeem is volledig	1
overbodige regels worden eruit gegooid	1
systeem wordt geëvalueerd op basis van feiten	1
voortdurend vinden bijstellingen plaats	1
doelen zijn concreet meetbaar	1
realistische doelen (geen luchtballonnen)	1
meetbare gegevens zijn beschikbaar	1
voorbeelden van andere sectoren zijn stimulans	1
druk/stimulans van andere afdelingen	1
ervaringen van een collega ziekenhuis	1
ondersteuning/stimulering door de directie	1
interne audits voor de continuïteit	1
gehele organisatie is erbij betrokken	1

jaartheme voor de gehele organisatie	1
multidisciplinaire aanpak/methode	1
uniforme toegankelijke documentatie	1
het frame van de koepelorganisatie (kwaliteitskenmerken)	1
actieve familieraad	1
het is een natuurlijk proces (niet los/apart)	1
<b>totaal</b>	<b>93</b>

---

## Belemmerende factoren instellingen

---

traagheid waarmee de invoering verloopt	9
tijdpad: verloop bekendmaking (enthousiasme) en invoering	7
werkdruk	4
autonomie van professionals	4
eilanden in de organisatie	4
leren/greep krijgen op de systematiek	3
gevaar voor bureaucrativering	3
verzandt als directie geen druk/sturing uitoefent	3
directie opgeslokt door werkdruk of externe ontwikkelingen	2
ontbreken van een doel of visie	2
vrijblijvendheid/vrijwilligheid	2
medewerkers hebben (nog) geen commitment met de organisatie	2
afdelingen/hoofden die niet meedoen	2
weerstand tegen verandering	2
weerstand tegen registratie/tijdschrijven	2
angst voor controle	2
geen feedback/terugkoppeling naar achterban	2
zaken zijn moeilijk meetbaar te maken	2
moeilijk om impliciet handelen te expliciet te maken	2
systeem is moeilijk/onbegrijpelijk	2
onderwerpskeuze te moeilijk/complex	2
invoering van het systeem kost veel tijd	2
nadruk op negatieve zaken (tekorten) i.p.v. op positieve	2
kwaliteit van de kwaliteitsfunctionarissen	2
nieuwe medewerkers zijn niet ingevoerd	2
interne strubbelingen in de organisatie	1
structuur organisatie moet platter	1
losse organisatie	1
financieel overzicht ontbrak	1
cultuurverschillen binnen de instelling	1
geen cultuur in de organisatie om zaken op schrift te stellen	1
medewerkers accepteren nieuwe leiding (nog) niet	1
verschil in tempo van afdelingen	1
voorbeeldgedrag directie verzandt	1
bewonersraad functioneert moeizaam	1
wensen/bemoeienis familie bedreigend	1
invoering afhankelijk van trekkers	1
ontbreken begeleiding van de medewerkers	1
ontbreken ondersteuning van de leiding	1
loonstrijd verpleegkundigen/specialisten	1
medewerkers niet betrokken/inspraak in systeem	1
medewerkers vonden dat zij al kwaliteit leverden	1



personeel heeft geen/lage opleiding	1
wordt nog niet in de opleiding geleerd	1
een discipline heeft eigen aanpak in de instelling	1
kwaliteitsfunctionarissen zijn nog positie aan het zoeken	1
zware eisen werden alleen aan één afdeling gesteld	1
systeem is te ingrijpend	1
systeem is saai	1
systeem heeft teveel accent op meten	1
systeem is ad-hoc problemen oplossen	1
systeem zit nog te hoog in de organisatie	1
systeem lijkt overbodig, alles loopt goed	1
meten/registreren kost veel tijd	1
meten levert niet altijd wat op	1
medisch handelen niet expliciteerbaar	1
weinig wetenschappelijke kennis omtrent behandelingen	1
geen consensus omtrent de medische behandeling	1
de werkzaamheden zijn tijdrovender geworden	1
leren denken in bedrijfsmatige termen	1
het daadwerkelijk maken van afspraken rond de patiënt	1
cultuur niet gericht op effectiviteit van het handelen	1
terminologie slaat niet aan	1
gimmicks riepen weerstand op	1
introductie viel verkeerd	1
management haakte af	1
afdelingen doen aan window-dressing	1
wergroepen onvoldoende voor creëren draagvlak	1
te top-down (directie heeft weer wat bedacht)	1
wrang om bij capaciteitstekort aan kwaliteit te werken	1
weerstand tegen certificatie als doel op zich	1
was nog geen externe druk bij voorlopers	1
er was nog geen voorbeeld	1
geen uniforme toegankelijke informatie	1
besluitvorming door stuurgroep	1
beklijft nog niet, heeft tijd nodig	1
kwaliteitsmoehheid	1
<b>totaal</b>	<b>123</b>

## Bevorderende en belemmerende factoren beroepsbeoefenaren

---

### Bevorderend ten aanzien van het systeem

een succesvol voorbeeldproject in een centrum	1
activiteiten rond beroepsinhoudelijke zaken spreken aan	1
activiteiten plaatsen in breder kader van herregistratie	1
beleid en kader van de koepel geeft veel houvast	1

### Belemmerend ten aanzien van het systeem

gezondheidscentra accepteren niet zonder meer wat in een ander centrum ontwikkeld is	1
weerstand tegen beoordeling van de inhoudelijke kwaliteit door leken	1
systeem beslaat nog maar een fractie van alle activiteiten/onderwerpen	1
ontwikkeling van systemen kost tijd en geld	1
groot verschil tussen denken over kwaliteit op macroniveau en individuele hulpverlener	1
zaken worden alleen geaccepteerd als de professionals erachter staan	1
kosten/baten verhouding van de huidige systemen liggen zeer scheef	1
systemen hebben een te ad-hoc karakter	1
kwaliteitsmanagement staat nog ver af van de gemiddelde huisarts	1
medewerkers hebben angst voor controle	1
sommige procedures worden overdreven gevonden	1
het is tot nu toe een eenmalige zaak	1
er zijn geen meetbare/aantoonbare effecten	1
eerst moet de angst weggenomen worden	1
het systeem is te groot/complex	1
hulpverleners hebben weerstand tegen registreren	1
de verpleegkundigen in het ziekenhuis waren afhoudend	1

### Bevorderend ten aanzien van de organisatie

bestaan van een cultuur van protocollair samenwerken	2
de verschillende disciplines hebben eenzelfde werkgebied (patiëntenpopulatie)	1
als de wil aanwezig is om kritisch naar het eigen werk te kijken	1
men is gewend met procedures en parafen te werken	2

### Belemmerend ten aanzien van de organisatie

de centra lopen sterk uiteen in ontwikkelingsfase	2
professionele autonomie	1
centrale aansturing van centra slechts ten dele mogelijk (autonoom)	2
positioneel denken wordt gestimuleerd terwijl kwaliteit juist over de sectoren heen gaat	1
verschil in visie op wat kwaliteit is	1
in de apotheek ontbreekt een middenkader	1
de opleiding/scholing loopt achter	1

### Bevorderend ten aanzien van de invoering

vrijwillige deelname	1
deelnemers vormen een positieve selectie	2
van collega's wordt eerder wat aangenomen	1
invoering geschiedt met externe ondersteuning	2
men is vanuit het vak zelf al gemotiveerd aan kwaliteit te werken	1
als de activiteiten meetbaar zijn	1
ondersteuning en waardering van koepel	2
instructies op de werkplek zelf (in de praktijk)	1

<b>Belemmerend bij de invoering</b>	
kost veel tijd (werkdruk)	4
gebeurt op basis van vrijwilligheid	3
het verzandt als het niet continu onder de aandacht wordt gebracht	3
er zijn nog geen afspraken over het bewaken van het systeem	1
invoering van een protocol blijkt zeer moeizaam te gaan	1
het heeft geen zin om zaken door te drukken	1
het verzamelen van de benodigde gegevens is zeer tijdrovend	1
niet alles is meetbaar	1
voorgestelde verbeteringen zijn niet altijd te realiseren	1
gevaar dat hulpverleners achterover gaan leunen omdat 'het bureau' het wel doet	1
problemen als medewerkers niet betrokken zijn geweest	1
invoering en verspreiding loopt traag	1
invoering van iets in andere centra is een heidens karwei	1
alles moet veel simpeler dan aanvankelijk gepland	1
er is in het werk van de huisarts nog geen tijd voor ingebouwd	1
alles moet aangepast worden aan de individuele werkplek/praktijk	1
de tijd wordt niet gehonoreerd	1
autonome positie	1
veel te lange voorbereidingstijd	1
wisseling van medewerkers	1
de groep is vakinhoudelijk te divers	1
op basis waarvan moet onderwerpkeuze/prioriteitenstelling plaatsvinden	1
ontbreken van professionele ondersteuning	1
soms is de afstand tussen theorie en praktijk in een protocol te groot	1

