

## Kwaliteitszorg in het Algemeen Maatschappelijk Werk: De stand van zaken in 2001

Mw. dr. E.M. Sluijs  
Mw. dr. C. Wagner



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729

Utrecht, mei 2001

In opdracht van het project 'AMW-partner in de eerstelijns GGZ' van de VOG.  
VOG is de ondernemingsorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang

ISBN: 90 - 6905 - 528 - 7

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Nivel ) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

1	INLEIDING	5
1.1	Doel van het onderzoek	5
1.2	Achtergrond en relevantie	6
1.3	Samenvatting van de vraagstellingen	8
2	METHODE	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Methode en respondenten	11
3	STAND VAN ZAKEN	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Overzicht van de stand van zaken	15
3.3	Samenwerking tussen AMW, huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen	18
3.4	Fase-verschillen tussen de instellingen	19
3.5	Conclusies	20
4	IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSZORG	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Ervaringen met de implementatie	21
4.3	Overzicht van succes- en faalfactoren	23
4.4	Wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma	26
4.5	Conclusies	27
5	ERVARINGEN MET IMPLEMENTATIE VAN DE NORMEN	31
5.1	Inleiding	31
5.2	Productomschrijvingen	31
5.3	Beschrijvingen van primaire processen	32
5.4	Afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte aan hulp	33
5.5	Meningspeilingen onder cliënten en samenwerkingspartners	34
5.6	Intercollegiale toetsing	34
5.7	Beroepsregister	35
5.8	Actuele sociale kaart	36
5.9	Dossiervoering en automatisering	36
5.10	Conclusies	38
6	BESCHOUWING	39
6.1	De stand van zaken	39
6.2	Fase-verschillen tussen de instellingen	40
6.3	Succes- en faalfactoren met betrekking tot het kwaliteitssysteem	41
6.4	Implementatie van deelsystemen	42
	LITERATUUR	45
	BIJLAGEN: z.o.z.	

Bij dit rapport hoort een bijlagen-rapport. De inhoud van het bijlagenrapport is als volgt:

- 1 ERVARINGEN VAN TWAALF AMW-INSTELLINGEN
  - 'Het HKZ-model als vervolg op de VOG-kwaliteitsnormen'
  - 'Kwaliteitszorg is een kwestie van doorzetten'
  - 'Meer saamhorigheid door het werken aan kwaliteit'
  - 'Kwaliteit begint bij de medewerkers'
  - 'Van een ISO-start in 1986 naar een INK-herstart in 1998'
  - 'Kwaliteitszorg begint bij de voorwaarden die de organisatie creëert'
  - 'Samen met de thuiszorg gaan werken aan een ISO-certificaat'
  - 'Kwaliteitszorg stap voor stap vorm geven'
  - 'Koerswijzigingen in de aanpak van kwaliteitszorg'
  - 'Werkdruk en fusies vertragen de invoering van kwaliteitszorg'
  - 'Kwaliteitszorg als bindend element in het AMW'
  - 'Kwaliteit begint bij bejegening van cliënten'
  
- 2 OVERZICHT VRAGENLIJSTEN
  - Verzoek om medewerking
  - Aanbevelingsbrief van de VOG deelsector AMW
  - Vragenlijst voor de telefonische interviews
  - Checklist aandachtspunten in de mondelinge interviews

# 1 Inleiding

## 1.1 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek betreft de kwaliteitszorg in instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Het algemene doel van het onderzoek is in kaart te brengen hoever AMW-instellingen gevorderd zijn met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem en welke succes- en faalfactoren daarbij een rol spelen.

Het onderzoek is verricht in opdracht van het project 'AMW-partner in de eerstelijns GGZ' van de VOG (VOG is de ondernemingsorganisatie voor welzijn, hulpverlening en opvang). Dat project is onderdeel van een breed stimuleringsprogramma gericht op versterking van de eerstelijns GGZ. Deze versterking wordt gezocht in een betere en intensievere samenwerking tussen maatschappelijk werkers, huisartsen en eerstelijnspsychologen op het gebied van psychosociale problematiek<sup>1</sup> (LHV, VOG, LVE, 2000).

Om het AMW beter voor deze samenwerking toe te rusten is een apart budget aan de VOG toegekend voor het versterken van de eigen achterban. Een deel van dit budget wordt besteed aan het verder ontwikkelen en implementeren van het kwaliteitssysteem binnen de deelsector AMW. Om de instellingen daarbij te ondersteunen zal de VOG de komende jaren een kwaliteitsprogramma voor het AMW laten uitvoeren.

Het streven is een kwaliteitsprogramma op maat te maken, dat wil zeggen een programma dat tegemoet komt aan de behoeften die er bij AMW-instellingen bestaan en dat inspeelt op diverse problemen die instellingen bij het invoeren van een kwaliteitssysteem mogelijk tegen kunnen komen. Om een dergelijk programma te kunnen ontwikkelen heeft de VOG eerst een actueel beeld nodig van de huidige stand van zaken met betrekking tot de mate waarin kwaliteitssystemen zijn ingevoerd in AMW instellingen en met name in de niveauverschillen die er in dit opzicht tussen de instellingen bestaan. Daarnaast heeft de VOG behoefte aan informatie omtrent factoren die bijgedragen hebben aan een succesvolle invoering van een kwaliteitssysteem en factoren die ertoe hebben geleid dat de invoering moeizaam is verlopen of zelfs is mislukt. Deze informatie kan gebruikt worden om een adequaat kwaliteitsprogramma te ontwikkelen.

De begrippen kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen worden in Nederland door elkaar gebruikt. Er is echter een verschil dat als volgt kan worden getypeerd. Kwaliteitszorg staat voor het ontwikkelen en uitvoeren van een kwaliteitsbeleid, zoals tot uitdrukking komt in de officiële definitie: "Kwaliteitszorg is dat aspect van de totale management-functie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt"<sup>2</sup>. Een kwaliteitssysteem verwijst naar het instrumentarium dat daarbij

---

<sup>1</sup> De drie partijen LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), VOG en LVE (Landelijke Vereniging van eerstelijnspsychologen) hebben daartoe op 23 juni 1999 een convenant ondertekend. Het convenant heeft als belangrijkste doelstelling de samenwerking tussen de drie eerstelijnsdisciplines - huisartsen, Algemeen Maatschappelijk Werk en eerstelijnspsychologen te bevorderen.

<sup>2</sup> Officiële definities in de ISO-normen (NEN-ISO 8402). ISO staat voor International Standards of Organization

kan worden gebruikt. De letterlijke definitie luidt: "Een kwaliteitssysteem omvat de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg".

## 1.2 Achtergrond en relevantie

Evenals in andere sectoren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg is in AMW-instellingen het afgelopen decennium gewerkt aan het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen. De aanleiding tot het invoeren van kwaliteitssystemen was de eerste Leidschendamconferentie in 1990. Vanwege de plannen van de overheid, de kwaliteitsbewaking in toenemende mate aan het veld zelf over te laten (deregulering) werd op landelijk niveau afgesproken dat de zorgaanbieders kwaliteitssystemen zouden ontwikkelen die binnen een termijn van vijf jaar zouden zijn ingevoerd. De voortgang van het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen is sindsdien door het Nivel in kaart gebracht via de diverse landelijke onderzoeken die het Nivel in de periode 1992 tot heden heeft verricht (Sluijs e.a., 1994; Wagner e.a., 1995; Sluijs e.a., 2000).

Uit de eerste landelijke evaluatie die het Nivel in 1995 heeft uitgevoerd onder alle zorgsectoren en aanverwante welzijnszorg (waaronder het AMW) in Nederland bleek dat het invoeren van een kwaliteitssysteem ingrijpender was dan aanvankelijk was gedacht en als gevolg daarvan ook veel meer tijd vergde dan de geplande vijf jaar (Wagner e.a., 1995). Ook de tweede Nivel-evaluatie - die begin 2000 is uitgevoerd - laat zien dat eind 1999 slechts 5% van de instellingen in Nederland beschikt over een integraal kwaliteitssysteem (Sluijs e.a., 2000). Hoewel over het geheel genomen in Nederland vooruitgang was geboekt tussen 1995 en 2000 bleken er grote onderlinge verschillen binnen eenzelfde sector te bestaan in de mate waarin kwaliteitszorg was ontwikkeld.

Ook moest worden geconstateerd dat een aantal instellingen niet méér, maar juist minder kwaliteitsactiviteiten in 2000 rapporteerden vergeleken met 1995. De oorzaak daarvan is vooralsnog niet bekend (Sluijs e.a., 2000).

Op de in mei 2000 gehouden Leidschendamconferentie is dan ook afgesproken dat op de ingeslagen weg wordt doorgegaan en dat met name de implementatie van kwaliteitssystemen hoge prioriteit heeft in de komende vijf jaar. Vanuit de VOG zal daartoe een extra kwaliteitsimpuls aan de sector AMW worden gegeven.

### **Kwaliteitsprogramma voor het AMW**

Nu vanuit het Ministerie van VWS financiële middelen voor een kwaliteitsprogramma in de sector AMW ter beschikking zijn gesteld wordt in 2001 gestart met een nieuw programma voor de sector AMW, gericht op de verdere implementatie van kwaliteitszorg. Er zijn een viertal voorlopige doelstellingen van dit programma geformuleerd, namelijk:

- 1 Een inventarisatie van de huidige stand van zaken. (Dit is gebeurd via het onderhavige onderzoek).
- 2 Ondersteuning van het veld bij het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem.
- 3 Het ontwikkelen en invoeren van inter-institutionele toetsing via visitaties van instellingen.
- 4 Het inzetten van een certificeringstraject door onafhankelijke extern toetsende organisaties op grond van het HKZ-certificatieschema.

De ontwikkeling van een HKZ-certificatieschema is inmiddels ter hand genomen door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg en Welzijnssector (SHKZ).

### **Kwaliteitsnormen voor het AMW**

Er bestaat geen gouden standaard voor de invulling van een kwaliteitssysteem in een zorgsector. Inmiddels heeft bijna elke sector een eigen model en eigen normen voor een kwaliteits-

systeem in de betreffende sector ontwikkeld. Ook in de sector AMW zijn in 1993 - na een intensieve proefperiode - 29 landelijke kwaliteitsnormen voor AMW-organisaties vastgesteld. Deze normen zijn destijds gebaseerd op de ISO-systematiek en zijn tot stand gekomen in overleg met diverse betrokken partijen, waaronder de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. De normen zijn gepubliceerd in de brochure 'Afgewogen, kwaliteitsnormen maatschappelijk werk' (VOG, 1993). De normen omvatten veel aspecten van de bedrijfsvoering in een AMW-instelling en zijn ingedeeld in vier clusters, namelijk met betrekking tot:

- de organisatie (bijvoorbeeld het ontwikkelen van een visie en een kwaliteitsbeleid);
- de medewerkers (bijvoorbeeld een systeem van functioneringsgesprekken en werkbegeleiding);
- de materiele ondersteuning (bijvoorbeeld normen met betrekking tot spreek- en wachtruimtes);
- de hulpverlening (bijvoorbeeld normen met betrekking tot dossiervoering en privacy-bescherming).

De normen hebben een abstract karakter. Zij beschrijven **wat** in een AMW-instelling geregeld zou moeten zijn. De wijze waarop een instelling de normen in kan vullen is niet voorgescreven. Zie het bijlagenrapport voor een totaaloverzicht van de normen.

Nadat de normen waren vastgesteld is destijds - met subsidie van het Ministerie van VWS - een driejarig project gestart waarin ervaring kon worden opgedaan met de implementatie van de normen. In het project zijn vijf pilot-instellingen begeleid terwijl een 50-tal andere instellingen (dit is eenderde van de ruim 150 AMW-instellingen in Nederland) de pilots gevolgd hebben in een zogenoemde 'leer-volggroep' en zelf met de invoering van de normen aan de slag zijn gegaan.

De ervaring heeft geleerd dat de invoering van de normen veel energie kost en begeleiding heeft. Het was destijds de bedoeling van de VOG om - als vervolg op het pilotproject - een breder ondersteuningsprogramma voor AMW-instellingen te ontwikkelen. Wegens het ontbreken van financiële middelen kon dat niet worden gerealiseerd.

Misschien verklaart dat voor een deel dat het AMW - vergeleken met andere zorgsectoren - niet behoorde tot de voorlopers op het gebied van kwaliteitszorg, zo bleek uit het eerder genoemde landelijke onderzoek, waarin ook het AMW participeerde (Sluijs e.a., 2000). Ook was de respons vanuit het AMW in 2000 vrij laag (52%). Misschien dat de lage respons mede veroorzaakt werd doordat de vragen in dat onderzoek niet specifiek waren toegesneden op de kwaliteitsnormen die binnen het AMW gelden. In het onderhavige onderzoek wordt daar wel van uitgegaan. De eerste onderzoeksvraag luidt:

- 1 *'Wat is de actuele stand van zaken in het AMW wat betreft de mate waarin de 29 landelijke kwaliteitsnormen zijn ingevoerd?'*

### **Ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem**

Het onderzoek moet ook inzicht geven in de fase-verschillen die er tussen AMW-instellingen bestaan. In zijn algemeenheid worden drie fasen doorlopen voordat een kwaliteitssysteem goed functioneert.

- 1 Ontwikkelen van het systeem. De eerste fase bestaat uit het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem of van onderdelen daarvan (kwaliteitsdeelsystemen). Het resultaat van deze fase is dat het kwaliteitssysteem op papier staat.
- 2 Implementeren van het systeem. In de tweede fase wordt het kwaliteitssysteem ingevoerd. Dit houdt in dat het kwaliteitssysteem in praktijk wordt gebracht en dat medewerkers gaan handelen volgens datgene wat is afgesproken.
- 3 Onderhouden van het systeem. De derde fase is gericht op het onderhouden van het systeem. Jaarlijks wordt het systeem doorgelicht om te zien of het werkt zoals het is bedoeld (c.q. een goed instrument is om uitvoering te geven aan het kwaliteitsbeleid). Dan vindt bijstelling en actualisering plaats. Ook komt het voor dat overbodige procedures - die niet bijdragen aan de kwaliteit - worden verwijderd (Sluijs e.a., 2000).

De activiteiten die een instelling onderneemt verschillen per fase. In de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem worden medewerkers bijvoorbeeld geschoold in methoden en technieken van kwaliteitszorg. Ten behoeve van de implementatie van (onderdelen van) het kwaliteitssysteem wordt geprobeerd een draagvlak in de organisatie te creëren om de medewerking te verkrijgen. Als het systeem is ingevoerd ligt het accent op borging van het systeem. Daartoe wordt gecontroleerd (via interne audits) of het systeem goed functioneert en wordt het systeem jaarlijks doorgelicht en bijgesteld. Uit onderzoek blijkt dat in deze fase het gevaar bestaat dat het systeem verzandt als het aanvankelijke enthousiasme uitdooft, de aandacht verslapt en geen aansturing plaatsvindt (Sluijs e.a., 1994).

De behoefte aan ondersteuning kan verschillen, afhankelijk van de fase waarin het kwaliteitssysteem in de instelling zich bevindt. Om die reden is het voor het toekomstige kwaliteitsprogramma van de VOG van belang inzicht te hebben in de fase-verschillen die er tussen de AMW-instellingen bestaan. De tweede onderzoeksvraag is derhalve:

- 2 *'Welke fase-verschillen bestaan er tussen de AMW-instellingen in de mate waarin de normen zijn ingevoerd en wat zijn de implicaties van deze verschillen voor een te ontwikkelen kwaliteitsprogramma?'*

#### **Succes- en faalfactoren**

Uit onderzoek blijkt dat onderscheid gemaakt kan worden tussen succes- en faalfactoren die het kwaliteitssysteem als geheel beïnvloeden en factoren die invloed hebben op de implementatie van afzonderlijke deelsystemen (Place e.a., 2000). Het kwaliteitssysteem als geheel wordt bijvoorbeeld beïnvloed door de mate waarin de medewerkers een flexibele houding tegenover vernieuwingen hebben en de mate waarin het management het kwaliteitssysteem aanstuurt (Wagner e.a., 1995).

Factoren die de invoering van afzonderlijke kwaliteitsdeelsystemen beïnvloeden kunnen meer divers van aard zijn omdat ook de kwaliteitsdeelsystemen onderling grote verschillen kunnen vertonen (Place e.a., 2000). Het invoeren van intercollegiale toetsing is bijvoorbeeld van een andere orde dan het ontwikkelen van productomschrijvingen of het invoeren van systematische meningspeilingen onder cliënten. Dit betekent dat voor het ontwikkelen van een adequaat kwaliteitsprogramma inzicht in succes en faalfactoren op twee niveau's nodig is, op het niveau van het kwaliteitssysteem als geheel en op het niveau van de afzonderlijke deelsystemen. De vraagstelling die daaruit voortvloeit luidt:

- 3 *'Wat zijn succes en faalfactoren bij de ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem, zowel ten aanzien van het kwaliteitssysteem als geheel als ten aanzien van de onderscheiden kwaliteitsdeelsystemen?'*

De onderzoeksvragen zijn beantwoord via een telefonische enquête onder alle AMW-instellingen in Nederland. Daarnaast zijn in 12 AMW-instellingen mondeling diepte interviews gehouden. Zie verder het volgende hoofdstuk waarin de gevolgde onderzoeksmethode wordt beschreven.

### **1.3 Samenvatting van de vraagstellingen**

Hierna volgt de samenvatting van de vraagstellingen met daaraan gekoppeld de opbouw van het rapport.

- 1 Wat is de actuele stand van zaken in het AMW wat betreft de mate waarin de 29 landelijke kwaliteitsnormen zijn ingevoerd.

De resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 3, paragraaf 3.2.



- 2 Welke fase-verschillen bestaan er tussen de AMW-instellingen in de mate waarin de normen zijn ingevoerd en wat zijn de implicaties van deze verschillen voor een te ontwikkelen kwaliteitsprogramma?

De resultaten staan in hoofdstuk 3, paragraaf 3.4.

- 3 Wat zijn succes en faalfactoren bij de ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem, zowel ten aanzien van het kwaliteitssysteem als geheel als ten aanzien van de onderscheiden kwaliteitsdeelsystemen?

Succes en faalfactoren ten aanzien van het totale kwaliteitssysteem worden besproken in hoofdstuk 4 en ten aanzien van deelsystemen in hoofdstuk 5.

Het bijlagenrapport bevat praktijkervaringen van 12 AMW-instellingen met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem. Zowel successen als mislukkingen zijn beschreven. De verhalen zijn een illustratie van de verschillen die er tussen AMW-instellingen blijken te bestaan.



## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

In het onderzoek zijn alle 166 AMW-instellingen benaderd. Met 12 AMW-instellingen zijn mondeling diepte-interviews gehouden. Alle andere instellingen zijn telefonisch geënuquêteerd. Voor een telefonische enquêtering is gekozen om, ten eerste, een zo hoog mogelijke respons te bereiken en, ten tweede om de doorlooptijd van het onderzoek zo kort mogelijk te houden (totaal drie maanden). Ook is een beknopte literatuurverkenning uitgevoerd met betrekking tot succes en faalfactoren die bij de implementatie een rol spelen.

Dit hoofdstuk beschrijft hoe deze drie onderdelen van het onderzoek zijn uitgevoerd en geeft een overzicht van de respondenten.

### 2.2 Methode en respondenten

#### **Telefonische enquête: van 29 naar 34 normen**

Het referentiekader voor het onderzoek wordt gevormd door de 29 Afgewogen Kwaliteitsnormen voor het AMW (zie het bijlagenrapport). Voor de duidelijkheid zijn vijf normen die twee onderwerpen beslaan gesplitst. Bijvoorbeeld de norm: 'De instelling heeft productomschrijvingen voor alle doelgroepen en stemt het hulpaanbod af op de lokale behoefte aan hulp' is omgezet in twee vragen, één omtrent productomschrijvingen en één omtrent de afstemming van het hulpaanbod. Op die wijze zijn de 29 normen omgezet in 34 vragen c.q. normen. Tijdens het telefonisch interview is gevraagd aan welke van de normen de instelling inmiddels voldoet.

De vragenlijst die gebruikt is bij de telefonische interviews (inclusief de toelichting die de interviewers bij de vragen konden geven) is in het bijlagenrapport opgenomen.

Bij de vragen zijn vijf antwoordcategorieën onderscheiden:

- 1 onbekend
- 2 nee: deze norm is niet ingevuld
- 3 in ontwikkeling: c.q. gedeeltelijk ingevuld
- 4 aanwezig: de norm is ingevuld maar functioneert nog niet zoals het zou moeten (bestaat vooral op papier)
- 5 functioneel: effectief operationeel (functioneert goed, wordt naar gehandeld, wordt getoetst, wordt geactualiseerd).

Behalve de vragen naar de kwaliteitsnormen zijn de volgende onderwerpen aan de vragenlijst toegevoegd:

- factoren die het invoeren van kwaliteitszorg bevorderen dan wel belemmeren;
- behoefte aan ondersteuning en wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma van de VOG;
- samenwerking tussen AMW, huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen;
- kenmerken van de instelling, met name de setting en de omvang in fte's.

Alle AMW-instellingen zijn - voordat zij telefonisch werden benaderd - schriftelijk op de hoogte gesteld van het onderzoek. Met de brief is een beknopt overzicht van de normen meegestuurd, zodat de te interviewen persoon zich kon voorbereiden en tijdens het interview de tekst op papier voor zich had. Het verzoek om medewerking was gericht aan het management, met de vraag diegene te mogen interviewen die kwaliteit in portefeuille heeft (management of kwaliteitsfunctionaris).

### **Mondelinge interviews**

Om te onderzoeken hoe de invoering van kwaliteitszorg in de praktijk is verlopen en inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren bij de implementatie zijn diepte-interviews gehouden in 12 AMW-instellingen (deze 12 waren uitgesloten van de telefonische interviews). Ook hier werd degene benaderd die kwaliteit in portefeuille heeft

Het selecteren van de 12 instellingen is gebeurd in overleg met de VOG, waarbij is gestreefd naar een zo groot mogelijke diversiteit, wat betreft:

- de setting van de instelling (autonoom of gecombineerd met thuiszorg of welzijnsorganisaties);
- de geografische ligging (verspreid over geheel Nederland);
- de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is.

Ten behoeve van dit laatste selectiecriteria is een secundaire analyse uitgevoerd op bestaande gegevens, waardoor instellingen konden worden geselecteerd die ver en die minder ver gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitszorg<sup>1</sup>.

De interviews hadden een open karakter. Leidraad bij de interviews vormde de kwaliteitsnormen en een lijst met aandachtspunten (zie het bijlagenrapport). In de interviews is een accent gelegd op de wijze waarop het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg is verlopen vanaf de begin jaren negentig tot heden.

De interviewverslagen zijn eerst ter autorisatie aan de geïnterviewden voorgelegd. De geautoriseerde verslagen zijn geanonimiseerd in het bijlagenrapport opgenomen.

### **Literatuurverkenning**

De beknopte literatuurverkenning is toegespitst op succes- en faalfactoren bij de implementatie. Wat betreft factoren die het kwaliteitssysteem als geheel beïnvloeden is gebruik gemaakt van het eerdere Nivel-onderzoek naar de implementatie van kwaliteitssystemen in Nederland (Sluijs e.a., 1994). Ten aanzien van factoren die invloed hebben op afzonderlijke deelsystemen is gebruik gemaakt van het recent door het Nivel en het Trimbos-instituut uitgevoerde onderzoek naar de implementatie van kwaliteitsinstrumenten in de GGZ (Place e.a., 2000). Deze onderzoeken zijn met name gebruikt om te zien of de daarin genoemde bevorderende en belemmerende factoren overeenkomen met de factoren die de AMW-instellingen signaleren.

### **Analyse**

De gegevens zijn geautomatiseerd verwerkt met gebruikmaking van SPSS-PC. De open vragen (ten aanzien van succes- en faalfactoren, behoefte aan ondersteuning en wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma) zijn inhoudelijk in een aantal clusters gegroepeerd (face validity). De stand van zaken wordt weergegeven in absolute aantallen en percentages (populatie-onderzoek). Aan de hand van Chi-kwadraat is getoetst of de setting en omvang van de instelling gerelateerd is aan de mate waarin kwaliteitszorg is ontwikkeld. De resultaten worden toegelicht met citaten uit de interviews.

---

<sup>1</sup> Het Nivel heeft in 1995 en in 2000 ten behoeve van de Leidschendamconferenties, landelijke onderzoeken uitgevoerd naar de mate waarin kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn in alle zorgsectoren in Nederland, inclusief het AMW. Via een secundaire analyse konden instellingen worden geselecteerd die sinds 1995 veel of juist weinig vooruitgang op het gebied van kwaliteitszorg lieten zien.

## Respondenten

Begin januari 2001 is een verzoek om medewerking verstuurd naar alle 166 AMW-instellingen in Nederland die lid zijn van de VOG deelsector AMW. De adressen alsmede een aanbevelingsbrief zijn verkregen van de VOG deelsector AMW. Een week na verzending van de brief zijn de instellingen telefonisch benaderd en werd een afspraak voor het telefonische interview gemaakt. De interviews zijn gehouden in februari en begin maart van 2001. Voordat een afspraak kon worden gemaakt met degene die kwaliteit in portefeuille had waren doorgaans meerdere telefoontjes nodig (gemiddeld 5; minimum 1, maximum 15). De interviews zelf duurden gemiddeld 18 minuten.

In totaal zijn 166 AMW-instellingen benaderd. Daarvan vielen 11 instellingen af: 2 adressen bleken onbestelbaar en 9 instellingen meldden dat zij geen Algemeen Maatschappelijk werk boden, maar andere functies hadden, zoals werkontwikkeling, ondersteuning of onderzoek. Daardoor bleven 155 potentiële respondenten over.

In totaal hebben 136 instellingen gerespondeerd = een respons van 88%.

De 19 instellingen die medewerking hebben geweigerd noemden daarvoor de volgende redenen:

7 instellingen: tijdgebrek;

6 instellingen: vanwege een fusie onderdeel geworden van een grotere organisatie;

2 instellingen: te klein of marginaal AMW aanwezig;

2 instellingen vonden de vragenlijst niet op hen van toepassing (categoraal werk);

1 instelling: interne organisatorische problemen;

1 interview is verloren gegaan door een computerstoring tijdens het interview.

## Kenmerken van de respondenten

De setting van de instellingen die hebben meegewerkt kan als volgt worden getypeerd.

Tabel 2.1 Kenmerken van de respondenten (N=136)

Setting		
zelfstandige AMW-instelling	35	26%
gecombineerd met de thuiszorg	25	18%
gecombineerd met welzijnsorganisatie	59	43%
andere setting (bijvoorbeeld zorggroep)	17	13%
totaal	136	100%

De omvang van de AMW-instellingen, uitgedrukt in het aantal maatschappelijk werkers bedraagt gemiddeld 21,9 uitvoerend maatschappelijk werkers (gemiddeld 15,3 fte; sd. 11,3, mediaan 15,3).

In de omvang bestaan vrij grote verschillen tussen de AMW-instellingen, ruim een kwart van de geïnterviewden meldt dat er minder dan 10 maatschappelijk werkers werkzaam zijn, terwijl er ook enkele instellingen zijn (8%) met 50 of meer uitvoerend maatschappelijk werkers.



## 3 Stand van zaken

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de mate waarin AMW-instellingen naar eigen zeggen invulling hebben gegeven aan de Afgewogen Kwaliteitsnormen voor het AMW. Eerst wordt de totale stand van zaken beschreven. Vervolgens wordt kort ingegaan op de samenwerking tussen maatschappelijk werk en huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen. Tenslotte komen de faseverschillen die er tussen de instellingen bestaan aan de orde. Het hoofdstuk besluit met de conclusies.

### 3.2 Overzicht van de stand van zaken

De hierna te presenteren resultaten betreffen achtereenvolgens de normen met betrekking tot de organisatie, de medewerkers, de materiele ondersteuning en de hulpverlening. De door de VOG aangebrachte clustering van de normen in deze gebieden is aangehouden omdat deze indeling bekend is in het AMW (VOG, 1995).

#### 3.2.1 Normen met betrekking tot de organisatie

Tabel 3.1 laat zien hoeveel procent van de instellingen rapporteert dat voldaan is aan de normen met betrekking tot de organisatie. De normen zijn in trefwoorden weergegeven; een meer uitgebreide omschrijving is in het bijlagenrapport te vinden. De percentages zijn berekend over alle 136 instellingen.

Tabel 3.1 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de organisatie, uitgedrukt in percentage instellingen (N=136)

	in ontwikkeling	aanwezig	operationeel
privacyreglement op schrift gesteld	5%	14%	77%
geautomatiseerde cliëntregistratie	18%	14%	59%
afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte	24%	17%	52%
cliëntregistratie volgens het nieuwe Informatiemodel AMW	24%	13%	45%
vastgelegde taken en bevoegdheden	29%	13%	43%
visie op de hulpverlening (schriftelijk vastgelegd)	32%	16%	40%
inzicht in directe (cliëntgebonden) en indirecte tijd	27%	10%	40%
personeelsbeleid op schrift	31%	15%	36%
meerjaren beleidsplan	26%	15%	35%
productomschrijvingen voor alle doelgroepen	35%	10%	31%
periodieke meningspeilingen onder cliënten	21%	13%	27%
vastgelegde werkwijze bij specifieke problemen	42%	7%	24%
samenwerkingsovereenkomsten met anderen	32%	15%	24%
kwaliteitsbeleid op schrift	42%	13%	21%
communicatie en PR beleid	35%	11%	13%

De laatste kolom van de tabel laat zien hoeveel procent van de instellingen meldt dat de normen 'effectief operationeel' zijn ingevuld. Daarmee wordt bedoeld dat de regels bekend zijn, dat er naar wordt gehandeld en dat periodiek toetsing en actualisering plaatsvindt. Het privacy-reglement staat daarbij aan de top (effectief operationeel in 77% van de instellingen en aanwezig in nog eens 14% van de instellingen). In 5% van de instellingen is het privacy-reglement in ontwikkeling. (bij de overige 4% is er geen privacyreglement of was de geïnterviewde daarvan niet op de hoogte; deze categorieën 'nee' en 'onbekend' zijn voor de overzichtelijkheid niet in de tabel opgenomen).

In ruim de helft van de instellingen is de cliëntregistratie geautomatiseerd en wordt het hulpaanbod afgestemd op of aangepast aan de lokale behoefte aan hulp. Bij de meerderheid van de instellingen zijn de overige normen (nog) niet effectief operationeel ingevuld. Wat in nagenoeg alle instellingen ontbreekt is een communicatie en public relations beleid. Globaal gezien meldt een kwart tot ruim eenderde van de instellingen dat aan het invullen van de overige normen wordt gewerkt (in ontwikkeling). In hoofdstuk 5 wordt nader op de normen afzonderlijk ingegaan en op de ervaringen van de instellingen met het invullen van de normen.

### 3.2.2 Normen met betrekking tot de medewerkers

Tabel 3.2 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de medewerkers, uitgedrukt in percentage instellingen (N=136)

	in ontwikkeling	aanwezig	operationeel
systeem van jaarlijkse functioneringsgesprekken	15%	18%	58%
op schrift gesteld systeem van werkbegeleiding	17%	12%	52%
onderschrijving van de voorwaarden in het Beroepsregister	18%	n.v.t.	43%
schriftelijk vastgelegde inwerkprogramma's	25%	12%	40%
systeem van intercollegiale toetsing	19%	12%	39%
deskundigheidsbevordering en na-/bijscholingsbeleid	31%	15%	35%

De normen met betrekking tot de medewerkers zijn effectief operationeel ingevuld door ruim eenderde tot ruim de helft van de instellingen. In 58% van de instellingen wordt gemeld dat jaarlijks functioneringsgesprekken met de medewerkers worden gehouden. In nog eens 18% van de instellingen is er wel een systeem van functioneringsgesprekken, maar functioneert dat (nog) niet goed, volgens de geïnterviewden.

In 52% van de instellingen is het systeem van werkbegeleiding op schift gesteld en wordt daar ook naar gehandeld. Bij 17% van de instellingen is dat in ontwikkeling en bij 12% van de instellingen is de werkbegeleiding wel op schrift gesteld maar werkt dat in de praktijk nog niet zoals dat zou moeten, aldus de geïnterviewden. De norm die het minst vaak is ingevuld (35%) betreft een beleid met betrekking tot deskundigheidsbevordering en bij- en nascholing. In bijna eenderde van de instellingen is dit beleid in ontwikkeling.

### 3.2.3 Normen met betrekking tot de materiele ondersteuning

Relatief veel instellingen (zie tabel 3.3) rapporteren dat invulling gegeven is aan de normen met betrekking tot de materiele ondersteuning. In nagenoeg alle instellingen zijn de bereikbaarheids- en openingstijden schriftelijk vastgelegd. In de ruime meerderheid is actuele vakliteratuur voor de medewerkers beschikbaar.

Door tweederde van de instellingen wordt gemeld dat de instelling toegankelijk is voor gehandicapte cliënten (68%) en dat de spreek en behandelruimtes voldoende privacy bieden voor cliënten, bijvoorbeeld met betrekking tot gehorigheid (66%). Een aantal geïnterviewden meldt dat dit (nog) niet voor alle locaties geldt (de percentages in de tweede kolom). In weinig instellingen (26%) is een geautomatiseerde sociale kaart beschikbaar die systematisch wordt geactualiseerd.



Tabel 3.3 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de materiele ondersteuning, uitgedrukt in percentages instellingen (N=136)

	in ontwikkeling	aanwezig	operationeel
schriftelijk vastgelegde bereikbaarheid/openingstijden	1%	4%	93%
actuele vakliteratuur beschikbaar in de instelling	4%	13%	82%
toegankelijkheid voor gehandicapte cliënten	8%	15%	68%
privacy in de spreek- of behandelruimtes	4%	23%	66%
administratieve en secretariële ondersteuning vastgelegd	11%	6%	37%
geautomatiseerde actuele sociale kaart	22%	12%	26%

#### 3.2.4 Normen met betrekking tot de hulpverlening

Het klachtenreglement wordt het meest frequent genoemd (zie tabel 3.4) als het gaat om invulling van de normen met betrekking tot de hulpverlening. 86% van de instellingen meldt dat het klachtenreglement effectief operationeel is. Daarmee wordt ook bedoeld dat klachten worden gebruikt als signalen om verbeteringen aan te brengen. Bijna tweederde van de instellingen zegt de standaard handleiding voor de intake te gebruiken die is ontwikkeld door het NIZW (Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn). Ruim de helft van de instellingen (57%) hanteert een uniform systeem voor de dossiervorming. Bij eenderde van de instellingen is deze dossievoering inmiddels geautomatiseerd; eveneens eenderde is bezig met de automatisering daarvan. Overigens blijkt deze automatisering veel inspanningen te vereisen en niet probleemloos te verlopen, zoals in hoofdstuk 5 is te lezen. Relatief weinig instellingen melden dat zij het - eveneens door het NIZW ontwikkelde - hulpverleningsvolgsysteem gebruiken.

Tabel 3.4 Mate waarin voldaan wordt aan de normen met betrekking tot de hulpverlening, uitgedrukt in percentages instellingen (N=136)

	in ontwikkeling	aanwezig	operationeel
klachtenreglement aanwezig	3%	7%	86%
gebruik van de NIZW-standaard handleiding voor de intake	10%	13%	60%
uniform systeem voor dossiervorming	19%	21%	57%
informatie verstrekking aan cliënten is vastgelegd	18%	17%	43%
geautomatiseerde dossiervorming	34%	10%	38%
vastgelegde stappen bij afsluiting van de hulpverlening	21%	16%	37%
gebruik van het hulpverleningsvolgsysteem	23%	15%	24%

#### 3.2.5 Totale stand van zaken

Samenvattend kan over de mate waarin de 34 normen volgens de respondenten **effectief operationeel** zijn ingevuld, het volgende worden gezegd (zie tabel 3.5 op de volgende pagina):

- 4 normen zijn ingevuld door 75% - 100% van de instellingen;
- 8 normen zijn ingevuld door 50% - 75% van de instellingen;
- 17 normen zijn ingevuld door 25% - 50% van de instellingen;
- 5 normen zijn ingevuld door minder dan 25% van de instellingen.

Dit algemene beeld zegt nog niets over de fase-verschillen tussen de instellingen. Daar wordt in paragraaf 3.3. nader op ingegaan.

N.B. De hier gepresenteerde optelsom van normen houdt geen rekening met het relatieve gewicht van de normen. Het is voorstelbaar dat sommige normen zwaarder wegen dan andere. Daarover zijn echter geen gegevens bekend.

Tabel 3.5 Overzicht van de mate waarin de normen **effectief operationeel** zijn ingevuld in de instellingen (in percentages) (N=136)

<b>a. effectief operationeel in 75% - 100% van de instellingen</b>	
- schriftelijk vastgelegde bereikbaarheid/openingstijden	93%
- klachtenreglement aanwezig	86%
- actuele vakliteratuur beschikbaar in de instelling	82%
- privacyreglement op schrift gesteld	77%
<b>b. effectief operationeel in 50% - 75% van de instellingen</b>	
- toegankelijkheid voor gehandicapte cliënten	68%
- privacy in de spreek- of behandelruimtes	66%
- gebruik van de NIZW-standaard handleiding voor de intake	60%
- geautomatiseerde cliëntregistratie	59%
- systeem van jaarlijkse functioneringsgesprekken	58%
- uniform systeem voor dossiervorming	57%
- afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte	52%
- op schrift gesteld systeem van werkbegeleiding	52%
<b>c. effectief operationeel in 25% - 50% van de instellingen</b>	
- cliëntregistratie volgens het nieuwe Informatiemodel AMW	45%
- vastgelegde taken en bevoegdheden	43%
- onderschrijving van de voorwaarden in het Beroepsregister	43%
- informatie verstrekking aan cliënten is vastgelegd	43%
- visie op de hulpverlening (schriftelijk vastgelegd)	40%
- inzicht in directe (cliëntgebonden) en indirecte tijd	40%
- schriftelijk vastgelegde inwerkprogramma's	40%
- systeem van intercollegiale toetsing	39%
- geautomatiseerde dossiervorming	38%
- vastgelegde stappen bij afsluiting van de hulpverlening	37%
- administratieve en secretariële ondersteuning vastgelegd	37%
- personeelsbeleid op schrift	36%
- meerjaren beleidsplan	35%
- deskundigheidsbevordering en na-/bijscholingsbeleid	35%
- productomschrijvingen voor alle doelgroepen	31%
- periodieke meningspeilingen onder cliënten	27%
- geautomatiseerde actuele sociale kaart	26%
<b>d. effectief operationeel in minder dan 25% van de instellingen</b>	
- vastgelegde werkwijze bij specifieke problemen	24%
- samenwerkingsovereenkomsten met anderen	24%
- gebruik van het hulpverleningsvolgsysteem	24%
- kwaliteitsbeleid op schrift	21%
- communicatie en PR beleid	13%

### 3.3 Samenwerking tussen AMW, huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen

Om enig zicht te krijgen op de huidige relatie tussen het maatschappelijk werk en huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen is in de interviews gevraagd naar de mate waarin de samenwerking in overeenkomsten is vastgelegd en naar de mate waarin meningspeilingen onder deze partijen worden gehouden. Tabel 3.6 geeft de resultaten.

Tabel 3.6 Percentage AMW-instellingen met schriftelijke overeenkomsten aangaande de samenwerking met huisartsen, RIAGG en eerstelijnspsychologen (N=136)

	onbekend	nee	ja
<i>schriftelijke overeenkomsten met:</i>			
- huisartsen	4%	52%	44%
- RIAGG	4%	46%	51%
- eerstelijns psychologen	4%	89%	7%

Circa de helft van de AMW-instellingen meldt dat in overeenkomsten is vastgelegd hoe de samenwerking met huisartsen en met het RIAGG is geregeld. Er is weinig sprake van schriftelijke samenwerkingsafspraken tussen het maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen. Op de vraag welke aspecten van de samenwerking in de overeenkomsten met huisartsen en RIAGG geregeld zijn wordt het meest frequent gemeld dat het gaat om de procedures bij doorverwijzing, om de informatieverstrekking over en weer en om de frequentie van overleg tussen de samenwerkingspartners. Afspraken omtrent de evaluatie van de samenwerking komen relatief weinig voor (met huisartsen 13%, met RIAGG 18%, met psychologen 4%). Er zijn weinig AMW-instellingen die systematisch meningspeilingen houden naar de tevredenheid van huisartsen (11% van de instellingen) de tevredenheid van RIAGG-medewerkers (5%) of onder eerstelijnspsychologen (3%).

### 3.4 Fase-verschillen tussen de instellingen

Deze paragraaf beschrijft de verschillen tussen AMW-instellingen in de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is. Daartoe is per instelling een somscore berekend van het totaal aantal normen dat de instelling effectief operationeel heeft ingevuld. Op basis van die somscore zijn de instellingen in vier categorieën ingedeeld, zie tabel 3.7.

Tabel 3.7 Percentage instellingen ingedeeld in vier categorieën op basis van het aantal normen dat effectief operationeel is ingevuld (N=136)

effectief operationeel ingevuld	percentage instellingen
categorie 1 0 - 8 normen	14%
categorie 2 9 - 16 normen	42%
categorie 3 17 - 24 normen	37%
categorie 4 25 - 34 normen	7%
Totaal	100%

Gemiddelde = 15,5 normen (sd 6,2; maximum 29)

De grootste groep instellingen (42%) heeft negen tot 16 normen effectief operationeel ingevuld. 14% van de instellingen rapporteert dat weinig normen effectief operationeel zijn ingevuld (minder dan 9 normen). Daar tegenover staat dat 7% van de instellingen rapporteert dat veel normen zijn ingevuld (25 normen of meer). Dit betekent dat er inderdaad fase-verschillen tussen de instellingen bestaan in de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is.

Er is niet één instelling die **alle** normen effectief operationeel heeft ingevuld; het maximum is 29. Het is niet zo dat de verschillen tussen de instellingen één specifiek aandachtsgebied betreffen; de verschillen doen zich voor op alle vier de aandachtsgebieden, de organisatie, de medewerkers, de materiele ondersteuning en de hulpverlening.

De setting van de instelling en de omvang in aantallen maatschappelijk werkers blijkt verband te houden met de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is. Zelfstandige AMW-instellingen en instellingen die geen onderdeel zijn van een thuiszorg- of welzijnsorganisatie hebben gemiddeld 18 normen effectief operationeel ingevuld; bij instellingen verbonden aan de thuiszorg zijn dat er gemiddeld 15 en bij instellingen verbonden aan het welzijnswerk gemiddeld 14 ( $p < .01$ ). Er is een zwakke relatie tussen het aantal maatschappelijk werkers (fte) in de instelling en het aantal ingevulde normen (Pearson correlatie  $.20$ ,  $p < .05$ ). Dit betekent dat grotere AMW-instellingen relatief wat verder zijn met het invullen van de normen dan kleinere.

### 3.5 Conclusies

De volgende conclusies kunnen worden getrokken omtrent de mate waarin AMW-instellingen anno 2001 voldoen aan de voor de sector opgestelde kwaliteitsnormen. Vooraf wordt opgemerkt dat in de analyses geen rekening kon worden gehouden met het relatieve gewicht van elke norm omdat daarover geen gegevens bekend zijn.

De algemene indruk is dat de AMW-sector halverwege is met het invullen van de kwaliteitsnormen. Gemiddeld is de helft van de normen effectief operationeel ingevuld door AMW-instellingen en de andere helft nog niet. De kwaliteitsnormen zijn ontwikkeld in 1993. Het bereiken van het huidige resultaat heeft daarmee een periode van 7 jaar in beslag genomen. Dat kan betekenen dat - bij onveranderd beleid - wellicht nog circa 5 jaar nodig is voordat alle kwaliteitsnormen in de sector AMW zijn ingevuld. Daarmee is de sector geen uitzondering; ook uit ander onderzoek blijkt dat het invoeren van kwaliteitszorg in een sector een zaak van lange adem is en 10 tot 15 jaar in beslag kan nemen.

Er bestaan in de sector AMW - evenals overigens in alle andere zorgsectoren - verschillen tussen de instellingen in de mate waarin zij aan de kwaliteitsnormen voldoen. Een kleine groep van instellingen is naar eigen zeggen ver gevorderd met het invullen van de normen terwijl er ook instellingen zijn die slechts enkele normen hebben ingevuld. De meerderheid neemt een middenpositie in. Het bestaan van verschillen tussen de instellingen heeft consequenties voor het kwaliteitsprogramma dat voor de sector AMW wordt ontwikkeld; het betekent dat keuzes moeten worden gemaakt omtrent de groepen van instellingen waarop het programma zich gaat richten.

Blijkbaar hebben de instellingen prioriteiten gesteld ten aanzien van normen die eerst en die later zijn of worden ingevuld. Er zijn normen die door nagenoeg alle instellingen zijn ingevuld (met betrekking tot bereikbaarheid en openingstijden, klachten, privacyreglement, vakliteratuur) terwijl er ook normen zijn die nauwelijks zijn ingevuld (zoals vastgelegde werkwijze bij specifieke problemen of een communicatie en PR-beleid). Uit de interviews blijkt dat er normen zijn waarvan de invulling problemen oplevert voor de instelling. In hoofdstuk 5 wordt nader op deze problemen en mogelijke oplossingen ingegaan.

Het te ontwikkelen kwaliteitsprogramma voor het AMW is onderdeel van een breder stimuleringsprogramma ter versterking van de eerstelijns GGZ. Die versterking wordt voor een deel gezocht in een nauwere samenwerking tussen het maatschappelijk werk en de andere bij de GGZ betrokken partijen (huisarts, RIAGG, eerstelijnspsychologen). Uit dit onderzoek blijkt dat circa de helft van de AMW-instellingen de samenwerking met huisartsen en RIAGG formeel in overeenkomsten heeft geregeld. Van een geformaliseerde samenwerking met eerstelijnspsychologen is weinig sprake. De reden daarvan is niet bekend.

## 4 Implementatie van kwaliteitszorg

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan twee onderwerpen centraal. Ten eerste wordt een overzicht gegeven van succes- en faalfactoren die bij de implementatie van kwaliteitszorg een rol spelen. Ten tweede wordt beschreven welke behoefte aan ondersteuning de instellingen hebben en wordt een overzicht gegeven van de wensen die er leven ten aanzien van het nieuwe kwaliteitsprogramma dat de VOG voor de deelsector AMW laat ontwikkelen. Ter illustratie wordt vooraf ingegaan op de ervaringen die een aantal instellingen in de loop der tijd hebben opgedaan bij het invoeren van kwaliteitszorg.

### 4.2 Ervaringen met de implementatie

Om een indruk te geven van de wijze waarop de invoering van kwaliteitszorg in enkele instellingen is verlopen begint dit hoofdstuk met een beschrijving van meer en minder succesvolle ervaringen die instellingen hebben opgedaan bij het invoeren van kwaliteitszorg. We geven een samenvatting van de ervaringen van drie instellingen, gebaseerd op mondelinge interviews die in het bijlagenrapport integraal zijn weergegeven.

#### **Ervaring 1: Kwaliteitszorg is een kwestie van doorzetten**

*In 1999 waren de Kwaliteitsnormen voor het AMW nagenoeg allemaal ingevuld. De instelling had (samen met vier andere) meegewerkt aan een driejarig pilot project van de VOG, gericht op het invoeren van de normen.*

*Na afloop van het pilotproject van de VOG is de instelling zelf verder gegaan met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem aan de hand van de ISO-normen. Men wilde niet wachten op HKZ-normen. Wachten zou een stilstand van twee tot drie jaar betekenen. Tegen die tijd zouden veel onderdelen van het kwaliteitssysteem verouderd zijn en zou men weer opnieuw kunnen beginnen.*

*Het kwaliteitshandboek is zojuist gereed gekomen. In het voorjaar van 2001 vindt de externe audit plaats, met naar verwachting als resultaat een ISO-certificaat. Zodra de HKZ-normen voor het AMW gereed zijn gaat de instelling daarmee door.*

*Er zijn in de organisatie weerstanden geweest tegen de bureaucratisering die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt. Maar de directie heeft doorgezet. Een kwaliteitssysteem is nodig om een professionele organisatie te worden, te laten zien hoe je werkt en daarover verantwoording af te leggen, aldus de geïnterviewde (zie verder het bijlagenrapport).*

#### **Ervaring 2: Koerswijzigingen**

*Sinds 1997 is binnen het AMW veel aan kwaliteitszorg gedaan in deze instelling. In de aanpak hebben zich - op grond van de ervaringen - ingrijpende koerswijzigingen voorgedaan. Drie wijzigingen kunnen worden genoemd:*

*Ten eerste, de verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg - die aanvankelijk berustte bij kwaliteits- en beleidsfunctionarissen - is sinds kort weer ondergebracht in de lijn bij*

*het management. Het huidige streven is verantwoordelijkheden, zoveel als mogelijk is, neer te leggen bij de teams van maatschappelijk werkers zelf.*

*Ten tweede, aanvullend op de 29 afgewogen kwaliteitsnormen voor het AMW is een eigen kwaliteitssysteem ontwikkeld. De implementatie daarvan stagneerde echter omdat het systeem als te technocratisch en te top-down werd ervaren. Daarom is een jaar geleden voor een vernieuwde aanpak gekozen.*

*Ten derde, in de discussies over kwaliteit realiseerde het AMW zich dat zij kwaliteit louter bezagen vanuit de aanbodzijde. Er was weinig aandacht voor het perspectief van de cliënt. Daarom vindt op dit moment een accentverschuiving plaats met als doel de visie van cliënten in beeld te krijgen (zie verder het bijlagenrapport).*

### **Ervaring 3: Kwaliteit begint bij de bejegening van cliënten**

*De eerste poging om een kwaliteitssysteem op te zetten is eind jaren negentig helaas verzand. Zeer recent is een nieuwe start gemaakt. Daarover kan het volgende worden gezegd.*

*Eind jaren negentig was de gang van zaken op veel gebieden beschreven en gebundeld. Het meeste belandde echter in de kast. Er is niets mee gedaan. Volgens de geïnterviewde zijn daarvoor twee oorzaken aan te wijzen: ten eerste ontbrak het draagvlak en ten tweede was er geen 'beheerssysteem' opgezet; in feite was niemand verantwoordelijk voor het actualiseren en de continuïteit van (onderdelen van) het kwaliteitssysteem.*

*Nu wordt een nieuwe start gemaakt. Het accent ligt nu op het cyclische proces van kwaliteitszorg. Er zal worden geprobeerd kwaliteitszorg levend te houden door een draagvlak te creëren en via het houden van audits en toetsingen. Daar gaat nu stap voor stap aan worden gewerkt.*

*De ervaring heeft ook geleerd dat een aantal noodzakelijke voorwaarden gecreëerd moet worden. Er is tijd nodig en goede ondersteuning, ook voor de maatschappelijk werkers. Er wordt veel van hen gevraagd (denk aan de hele automatisering die binnenkort op hen afkomt). Extra werkzaamheden dienen te worden gefaciliteerd.*

*Wat in de huidige kwaliteitszorg te weinig aandacht krijgt, aldus de geïnterviewde, is het belang van bejegening. Dat zou meer nadruk in de kwaliteitssystemen moeten krijgen (zie verder het bijlagenrapport).*

Deze drie voorbeelden illustreren hoe instellingen verschillen in de accenten die zij leggen en in de ervaringen die zij met het ontwikkelen van kwaliteitszorg hebben opgedaan. Dergelijke verschillen zijn ook terug te vinden in de overige 9 verhalen in het bijlagenrapport. Alvorens het totale overzicht van succes en faalfactoren te presenteren, wordt kort ingegaan op een verschijnsel dat zich in een aantal instellingen heeft voorgedaan, de verzanding van het kwaliteitssysteem. Dat werpt licht op de vraag waarom een aantal instellingen in 1995 meer kwaliteitsactiviteiten rapporteerden dan in 2000 (Sluijs e.a. 2000).

### **Verzanding van het kwaliteitssysteem**

Uit de interviews komen twee factoren naar voren die een rol speelden bij de verzanding van het kwaliteitssysteem:

Ten eerste blijkt dat enkele instellingen (midden jaren negentig) op papier veel hadden vastgelegd aan procedures, regelingen of protocollen, maar dat het daarbij bleef. De daadwerkelijke invoering stagneerde of heeft nooit plaatsgevonden. Geïnterviewden noemen daarvoor verschillende redenen, bijvoorbeeld dat het draagvlak ontbrak, dat de werkdruk te hoog was, dat niemand zich verantwoordelijk voelde voor de invoering of dat de aansturing ontbrak.

Als tweede factor merkten twee geïnterviewden op dat de aandacht verslapte toen het kwaliteitssysteem zo goed als af was. Men had het gevoel dat de aandacht nu op andere zaken kon worden gericht. Dat bleek een misvatting te zijn, aldus de geïnterviewden, want

binnen enkele jaren was het systeem verouderd en verzand. Ook in eerder onderzoek is geconstateerd dat het aansturen en onderhouden van het kwaliteitssysteem nodig is om te voorkomen dat het systeem verwatert (Sluijs e.a., 1994; Place e.a., 2000).

### 4.3 Overzicht van succes- en faalfactoren

In een open vraag is aan alle respondenten (telefonisch en mondeling) is gevraagd welke factoren de invoering van kwaliteitszorg bevorderen en welke juist belemmerend zijn. De tabellen 4.1 t/m 4.6 geven een gedetailleerd overzicht van deze factoren. Achtereenvolgens wordt ingegaan op factoren met betrekking tot:

- tijd en geld;
- de directie en leiding;
- de medewerkers;
- het kwaliteitssysteem;
- externe factoren;
- overige factoren.

#### 4.3.1 Tijd en geld

Tabel 4.1 Tijd en geld: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
voldoende menskracht	20	tijdgebrek	34
voldoende tijd algemeen	12	werkdruk is te hoog	23
tijd voor implementatie en registratie	11	gebrek aan geld	14
voldoende geld in zijn algemeenheid	9	wachtlijsten	11
voldoende geld voor formatie	8	te weinig formatieplaatsen	10
geld voor automatisering/computers	3	bezuinigingen	2
geld voor deskundigheidsbevordering	2	geen geld voor automatisering	2
minder werkdruk en wachtlijsten	4	geen geld voor deskundigheidsbevordering	1
<b>totaal voldoende tijd en geld</b>	<b>69</b>	<b>totaal onvoldoende tijd en geld</b>	<b>97</b>

De bevorderende en belemmerende factoren vormen elkaars spiegelbeeld. Voldoende tijd en geld werken bevorderend bij de ontwikkeling van kwaliteitszorg, terwijl tekorten belemmerend werken. Tijd en geld liggen vanzelfsprekend in elkaars verlengde. Een verhoging van het budget betekent dat meer formatie kan worden aangetrokken. Dat de werkdruk (te) hoog is werd ook in een aantal mondelinge interviews gesignaleerd (zie het bijlagenrapport). Om wachtlijsten te bekorten werd veelal prioriteit gegeven aan de hulpverlening, zodat kwaliteitszorg op het tweede plan geraakte, zo werd in de interviews gemeld. Het feit dat ruim tweederde van de instellingen geld- en tijdgebrek signaleert betekent dat dit probleem vrij breed in de sector AMW wordt ervaren.

#### 4.3.2 Directie en leiding

Bevorderend voor de ontwikkeling en invoering van kwaliteitszorg is de aansturing door en het commitment van directie en leiding (en het ontbreken daarvan werkt belemmerend). Daarnaast wordt een stimulerende rol toegeschreven aan een aandachtsfunctionaris voor kwaliteit die de ontwikkelingen gaande kan houden en kan coördineren. Een veel genoemde belemmering voor de continuering van kwaliteitszorg ligt in de wisselingen van personeel (ook in leiding en management). In enkele mondelinge interviews werd gemeld dat kwaliteitszorg stil kwam te liggen zodra het hoofd als 'trekker' van kwaliteitszorg uit de instelling vertrokken was. Dat

aansturing door en commitment van directie en leiding nodig is voor continuering van kwaliteitszorg werd ook in eerder onderzoek gevonden (Wagner e.a., 1995; Alberts, 2000; Place e.a. 2000).

Tabel 4.2 Directie en leiding: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
aansturing en commitment	19	verloop en wisselingen van personeel	14
aandachtsfunctionaris/staf/coördinator	18	hoog ziekteverzuim	7
voortdurende aandacht	4	geen commitment van directie of leiding	6
onderbrengen in bedrijfsvoering in de lijn	3	geen centrale aansturing of regie	5
ambitieniveau	2	kwantiteit heeft prioriteit boven kwaliteit	5
projectstructuur opzetten	1	te weinig management/staf formatie	4
functioneringsgesprekken	1	geen systematische aanpak	4
		geen kwaliteitsbeleid	3
		geen kwaliteitsfunctionaris	2
		te weinig know-how	2
		kwaliteit heeft intern geen prioriteit	2
		geen functioneringsgesprekken	1
		intern verschillende visies op kwaliteit	1
<b>totaal aansturing door directie en de leiding</b>	<b>48</b>	<b>totaal aansturing door directie/leiding</b>	<b>56</b>

#### 4.2.3 Medewerkers

Tabel 4.3 Medewerkers: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
draagvlak bij en motivatie van medewerkers	20	bij medewerkers is een cultuuromslag nodig	9
ondersteuning en coaching van medewerkers	10	weerstand tegen (ingewikkelde) registraties	8
goede (of betere) automatisering/registratie	10	automatisering vergt veel inspanningen	7
faciliteren van medewerkers	8	een behoudende cultuur werkt belemmerend	5
interne communicatie met medewerkers	7	weerstand tegen standaardisering	4
goede (betere) huisvesting en werkruimte	4	gebrek aan ondersteuning	4
relevantie voor de medewerkers	4	professionele autonomie en eigen werkwijze	3
niet top-down maar bottom up	2	weerstand tegen (te) top-down benadering	3
uniforme werkwijze en dossiers	2	het werk is moeilijk transparant te maken	2
medewerkers mede verantwoordelijk maken	1	de nodige vaardigheden ontbreken	2
gezamenlijk de processen doormaken	1	onvoldoende betrokkenheid van medewerkers	2
behoefte aan onderlinge afstemming	1	geen draagvlak bij de medewerkers	2
het levert wat op voor de medewerkers	1	gebrekkige huisvesting	2
<b>totaal draagvlak bij medewerkers</b>	<b>71</b>	<b>totaal draagvlak medewerkers</b>	<b>53</b>

Dat het implementeren van kwaliteitszorg een draagvlak onder de medewerkers vereist, mag inmiddels bekend worden verondersteld (Wagner e.a., 1995; Alberts e.a., 2000; Place e.a., 2000). Dit wordt dan ook het meest frequent als bevorderend genoemd. Een goede ondersteuning en coaching van de medewerkers en een goede interne communicatie dragen daaraan bij, zo merken de respondenten op, evenals het zorgen voor de nodige faciliteiten voor de medewerkers, bijvoorbeeld een goed functionerende automatisering. Dat de automatisering



in veel instellingen niet probleemloos is verlopen en veel inspanningen heeft gevraagd, wordt in het volgende hoofdstuk beschreven.

De meest genoemde belemmerende factoren worden gezocht in de cultuur van de instelling. Volgens sommige respondenten heerst in AMW-instellingen van oudsher geen cultuur van registreren en standaardiseren, zodat dit weerstanden kan oproepen. Voor een dergelijke cultuuromslag is (meer) ondersteuning nodig, zo wordt opgemerkt.

#### 4.2.4 Het kwaliteitssysteem

Tabel 4.4 Kwaliteitssysteem: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
voorbeelden van anderen	14	te bureaucratisch en te technocratisch	9
duidelijk kwaliteitsbeleid en doelen	10	kwaliteitszorg is teveel en te complex	7
deskundigheidsbevordering	7	twijfel omtrent het nut in relatie tot de kosten	4
haalbare gefaseerde doelen	6	te weinig uitwisseling met anderen	4
planmatige systematische aanpak	6	op dood spoor geraakt en verzand	3
duidelijkheid omtrent het kwaliteitssysteem	5	teveel tegelijk willen doen	3
procesbeschrijvingen en protocollen	5	opgelegde protocollen werken niet	1
geen kwaliteitsjargon of bureaucratie	4	de registratie is nog in ontwikkeling	1
volhouden doorzetten	2	alles zelf moeten uitvinden	1
resultaatmetingen	1	geen beheerssysteem voor het onderhouden	1
interne audits	1	implementatie heeft niet plaatsgevonden	1
interviews	1	actueel houden schiet erbij in	1
<b>totaal kwaliteitssysteem</b>	<b>62</b>	<b>totaal kwaliteitssysteem</b>	<b>36</b>

De meest genoemde factor die bevorderend werkt is toegang hebben tot voorbeelden van anderen, zodat men niet zelf het wiel hoeft uit te vinden. Als tweede factor noemen de respondenten het hebben van een duidelijk kwaliteitsbeleid met helder omschreven doelen, die haalbaar moeten zijn. Ook de overige bevorderende factoren impliceren dat duidelijkheid omtrent de doelen en de aanpak wenselijk is.

De belemmerende factoren zijn van een geheel andere orde. Het kwaliteitssysteem wordt door negen respondenten te bureaucratisch en te technocratisch gevonden: het is allemaal teveel en te complex. Een enkeling twijfelt aan het nut van het kwaliteitssysteem in verhouding tot de kosten. Dat kwaliteitszorg aanzienlijke kosten met zich mee kan brengen wordt ook in andere onderzoek bevestigd (Wagner e.a., 2000).

#### 4.2.5 Externe factoren

Volgens acht respondenten zou de ontwikkeling van kwaliteitszorg bevorderd worden als externe druk op de AMW-instelling zou worden uitgeoefend of als dit als verplichting aan de instelling werd opgelegd. Als voorbeeld noemen enkele respondenten dat enkele gemeenten eisen dat tevredenheidsonderzoek onder cliënten wordt gehouden, hetgeen dan ook in de instelling wordt gedaan. Enkele andere instellingen hebben de ervaring dat gemeenten meer belang hechten aan kwantiteit dan aan kwaliteit, hetgeen als belemmerend wordt ervaren.

Tabel 4.5 Externe factoren: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
externe druk of verplichting	8	geen stimulansen van gemeenten	5
certificering	3		
afspraken met subsidiegever	2		
sancties	2		
financiële beloning	1		
erkenning van maatschappelijk werk	1		
verwachtingen van verwijzers en cliënten	1		
incidenten/klachten	1		
tijdgeest	1		
<b>totaal externe factoren</b>	<b>20</b>	<b>totaal externe factoren</b>	<b>5</b>

#### 4.2.6 Overige factoren

Tabel 4.6 Overige factoren: aantal instellingen dat de volgende factoren als bevorderend of belemmerend heeft genoemd (N=136)

bevorderende factoren	aantal	belemmerende factoren	aantal
externe begeleiding	9	fusies en onrust in de organisatie	16
rust in de organisatie	6	de organisatie is te klein	12
voldoende schaalgrootte	3	de organisatie is onderdeel van een (zeer grote)	
kleine omvang	3	organisatie of zorggroep	11
invoeren via landelijk (VOG) project	2	versnipperd werk en versnipperde teams	5
versnipperde teams bundelen	1		
<b>totaal overige factoren</b>	<b>24</b>	<b>totaal overige factoren</b>	<b>44</b>

Negen respondenten melden dat begeleiding door een extern bureau de invoering van kwaliteitszorg faciliteert. Opvallend is het aantal instellingen dat belemmerende factoren toeschrijft aan onrust in de organisatie, doorgaans veroorzaakt door fusies of de nasleep daarvan. Daarnaast wordt gemeld dat het voor AMW-instellingen niet eenvoudig is zich te handhaven in de zich steeds maar uitbreidende thuiszorg- of welzijnsorganisaties. Tenslotte lijkt een zekere schaalgrootte nodig om een kwaliteitssysteem te kunnen ontwikkelen: in kleine organisaties is daarvoor geen staf of management beschikbaar, zo wordt gemeld.

## 4.4 Wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma

In alle interviews (telefonisch en mondeling) is gevraagd welke wensen er leven ten aanzien van het kwaliteitsprogramma. Letterlijk is gevraagd: "Waarom heeft uw instelling de komende twee jaar het meest behoefte in het kader van het kwaliteitsprogramma?". Dit was een gesloten vraag met vier opties (zie tabel 4.7) en de mogelijkheid de categorie 'anders' te benoemen. Tabel 4.7 geeft de resultaten (meerdere antwoorden mogelijk).

Tabel 4.7 Percentage instellingen met onderstaande wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma (N=136)

de verdere invoering van de kwaliteitsnormen	66%
het houden van interne audits	37%
het meedoen aan onderlinge visitatie of inter-institutionele toetsing	27%
het voorbereiden van certificering	20%
anders, namelijk*	37%

\*) zie voor de categorie 'anders' bijlage 4.1 aan het einde van dit hoofdstuk.

Tweederde van de instellingen heeft - wat betreft het kwaliteitsprogramma - behoefte aan ondersteuning bij de verdere invoering van de kwaliteitsnormen. Ruim eenderde van de respondenten zou ondersteuning kunnen gebruiken bij het houden van interne audits. De term interne audits was in de vragenlijst omschreven als: "interne controles uitvoeren om te zien of de procedures werken zoals ze zijn bedoeld". Het minst frequent is er behoefte aan de voorbereiding van certificering. Wel blijken er veel andere dan de hier genoemde onderwerpen in de categorie 'anders' te worden genoemd. Deze zijn in detail opgenomen in bijlage 4.1 aan het einde van dit hoofdstuk. We beperken ons hier tot de vier meest genoemde onderwerpen:

Ten eerste blijkt er met name behoefte te zijn aan voorbeelden van procesbeschrijvingen, dat wil zeggen beschrijvingen van de wijze waarop primaire processen verlopen. Ook uit de mondelinge interviews (zie het bijlagenrapport) blijkt dat het niet eenvoudig is om de werkprocessen te expliciteren (hoe wordt tewerk gegaan bij de aanpak van specifieke problemen) en dat dit een grote tijdsinvestering vraagt.

In het verlengde daarvan is er behoefte aan onderlinge uitwisseling tussen AMW-instellingen van reeds ontwikkelde producten en modellen, zodat niet iedereen voor zich het wiel hoeft uit te vinden.

Ten tweede zouden zes respondenten graag zien dat de HKZ-normen voor het AMW snel gereed komen.

Ten derde pleiten vier respondenten voor vakinhoudelijke ontwikkelingen, mede om de hulpverlening door maatschappelijk werkers verder te professionaliseren (zo blijkt ook uit het bijlagenrapport).

Tot slot zijn zes respondenten van mening dat binnen het kwaliteitsprogramma aandacht moet worden besteed aan een duidelijke positionering en profilering van het maatschappelijk werk, zowel landelijk als lokaal.

Op de vraag in welke vorm de ondersteuning vanuit het kwaliteitsprogramma gegeven zou moeten worden blijkt dat er inderdaad veel behoefte is aan voorbeelden, modellen en blauwdrukken, die de instelling zelf verder in kan vullen (genoemd door 72% van de respondenten). In relatief veel instellingen bestaat daarnaast behoefte aan trainingen (39%) of aan persoonlijke ondersteuning in de instelling zelf (30%).

## 4.5 Conclusies

Uit dit hoofdstuk blijkt dat de respondenten een veelheid aan factoren signaleren die bevorderend dan wel belemmerend werken bij het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg en dat velen behoefte hebben aan ondersteuning vanuit het kwaliteitsprogramma. Zonder op details in te gaan kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

Het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg heeft de meeste kans van slagen indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- menskracht: er is voldoende menskracht beschikbaar (tijd en geld);
- aansturing: de leiding zorgt voor aansturing en continuering;
- draagvlak: er is een draagvlak gecreëerd bij de medewerkers;
- coaching: medewerkers worden ondersteund en gefaciliteerd;
- haalbare doelen: het kwaliteitsbeleid bevat heldere en haalbare doelen (duidelijkheid);
- know-how: er zijn voorbeelden en blauwdrukken beschikbaar (know-how).

Het feit dat veel AMW-instellingen melden met een tekort aan menskracht te kampen betekent dat een afweging tussen kwantiteit (productie) en kwaliteit moet worden gemaakt.

De meest genoemde belemmerende factoren zijn het spiegelbeeld van de hiervoor genoemde bevorderende factoren. Daarnaast ontstaan volgens de respondenten extra belemmeringen door:

- personeelsverloop: veel wisselingen van medewerkers en/of management;
- onrust: onrust in de organisatie en fusie-perikelen;
- bureaucratie: een technocratische of bureaucratische invulling van kwaliteitszorg;
- schaalgrootte: (te) kleine AMW-organisaties.

Een gevaar voor bureaucrativering wordt ook in andere sectoren gesignaleerd. De daaruit voortvloeiende aanbeveling om het kwaliteitssysteem jaarlijks kritisch te evalueren, niet alleen op ontbrekende, maar ook op overbodige procedures (die niet bijdragen aan de kwaliteit), lijkt dan ook hier op zijn plaats (Sluijs e.a., 2000).

Wat betreft de faalfactoren moet nog worden gewezen op het gevaar dat het ontwikkelde kwaliteitssysteem verzandt: het systeem verwatert indien het niet voortdurend up to date en levend wordt gehouden, zo blijkt uit dit onderzoek. Verschillende respondenten hebben ervaren dat al het werk voor niets is geweest en dat men weer van vooraf aan kon beginnen. Deze bevinding impliceert dat kwaliteitszorg (evenals alle andere onderdelen van de bedrijfsvoering) continue inspanningen vraagt teneinde het ingevoerde (deel)systeem te actualiseren en te onderhouden.

Nagenoeg alle AMW-instellingen hebben wensen ten aanzien van het te ontwikkelen kwaliteitsprogramma. De meerderheid (tweederde) heeft behoefte aan ondersteuning bij de (verdere) invoering van de kwaliteitsnormen. Het gaat daarbij met name om blauwdrukken en/of voorbeelden van collega-instellingen en om trainingen en persoonlijke ondersteuning. Deze wensen vloeien logisch voort uit de hiervoor besproken problemen die de instellingen bij het invullen van de normen tegenkomen.

Een tweede wens betreft interne en externe toetsingen van het kwaliteitssysteem, respectievelijk via interne audits en via visitatie of inter-institutionele toetsing. Interne audits hebben als doel na te gaan of onderdelen van het kwaliteitssysteem goed werken of moeten worden bijgesteld; visitatie en inter-institutionele toetsing hebben een educatief doel om van anderen te leren. Beide vormen van toetsing kunnen bijdragen aan het levend houden en verbeteren van het kwaliteitssysteem, waarmee de kans op verzanding van het systeem wordt verkleind.

Ten slotte heeft een vijfde van de instellingen behoefte aan ondersteuning bij (het realiseren van) certificering. Uit de in hoofdstuk 3 besproken stand van zaken kan worden afgeleid dat de meerderheid - zo men dat al zou willen - nog niet aan certificering toe is.

Bijlage 4.1 Aantal instellingen met 'andere' wensen ten aanzien van het kwaliteitsprogramma  
(N=136)

Voorbeelden van werkprocessen, procesbeschrijvingen, procedures etc	7
Onderlinge uitwisseling en samenwerking tussen AMW-instellingen	6
Duidelijkheid omtrent de HKZ-normen voor het AMW	6
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	4
Duidelijkheid verschaffen over de positie en kerntaken van het AMW	3
Profilering en betere presentatie van het AMW	3
Meer deskundigheid ontwikkelen	2
Een model voor klanttevredenheidsonderzoek	2
Resultaatmetingen	1
Geautomatiseerd kwaliteitssysteem specifiek voor AMW	1
Protocol omtrent de samenwerking tussen AMW en huisartsen	1
Screening van ons handboek door een deskundige	1
Ondersteuning bij de implementatie	1
Ondersteuning ten aanzien van borging van processen	1
Ondersteuning bij de automatisering	1
Ondersteuning ten aanzien van het actualiseren van zaken	1
Toetsen van de normen	1
Goede planmatige aanpak en uitvoering daarvan	1
Het kwaliteitsbeleid instellingsbreed op een lijn krijgen	1
Systemen op elkaar afstemmen in verband met een fusie	1
Ondersteuning op vele gebieden	1
Ondersteuning door de regiokantoren	1
Kwaliteitskringen vormen met andere AMW-instellingen	1
Aantal zaken aanpassen aan kleine organisaties	1
AMW moet bij ons een groter team worden	1
Meer klantgericht werken	1
Interculturalisatie van de instelling	1
Cultuurverandering omdat medewerkers aversie hebben tegen registeren	1
Een zo smal en effectief mogelijk kwaliteitsprogramma	1
Nagaan of de 29 kwaliteitsnormen wel voldoen	1
Externe deskundigheid in huis halen	1
Wij neigen meer naar het INK-model	1
De genoemde onderwerpen sluiten niet aan op onze visie op kwaliteitszorg	1



## 5 Ervaringen met implementatie van de normen

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op normen die problemen opleveren of waar de geïnterviewden verschillend over denken.

Voor zover bij de implementatie specifieke succes- en faalfactoren een rol hebben gespeeld - naast de in het vorige hoofdstuk beschreven algemene factoren - wordt daar melding van gemaakt. Het hoofdstuk is gebaseerd op de mondelinge interviews met 12 instellingen (in de telefonische interviews is niet op de normen afzonderlijk ingegaan).

Achtereenvolgens komen normen aan de orde met betrekking tot:

#### **De organisatie**

- productomschrijvingen;
- beschrijving van primaire processen of protocollering;
- afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte aan hulp;
- meningspeilingen onder cliënten.

#### **De medewerkers**

- intercollegiale toetsing.

#### **De materiele ondersteuning**

- actuele sociale kaart.

#### **De hulpverlening**

- dossiervoering en automatisering.

### 5.2 Productomschrijvingen

De letterlijke kwaliteitsnorm luidt als volgt:

'De instelling heeft vastgelegd welke diensten en producten zij levert ten behoeve van welke doelgroepen'.

Dat over de wenselijkheid van productomschrijvingen verschillend wordt gedacht moge blijken uit de volgende vier citaten: n.b. deze vier citaten zijn afkomstig van vier afzonderlijke instellingen (dat geldt voor alle in dit hoofdstuk genoemde citaten).

- 1 *"Productomschrijvingen zijn er alleen voor specifieke projecten, zoals bijvoorbeeld projecten voor huiselijk geweld in gezinnen en voor allochtone vrouwen met psychosomatische klachten."*
- 2 *"Vorig jaar is er een productenboek gemaakt aan de hand van het informatiemodel van de VOG. Deze productbeschrijvingen worden alleen gebruikt in contracten en in specifieke projecten. Het productenboek is ook voor AMW-producten maar wordt hiervoor nog niet gebruikt. Hoewel de gemeente toe wil naar productfinanciering is het AMW daar nog niet klaar voor. Misschien dat dit in 2003 te realiseren valt."*

- 3 *“Het AMW is huiverig voor het maken van productomschrijvingen, omdat dit aanleiding voor de gemeente zou kunnen zijn om te gaan bepalen welke ‘producten’ wel en niet aangeboden (en dus gefinancierd) zouden worden. Het AMW wil het brede en integrale karakter van het hulpaanbod veilig stellen.”*
- 4 *“Met de gemeente zijn jarenlang discussies gevoerd over productfinanciering. Ook wij zijn daar nu voorstander van, aldus de geïnterviewde. Het past in deze tijd om zichtbaar te maken wat je doet. Er is een productenboek gemaakt waarin de elementen waaruit het maatschappelijk werk bestaat zijn beschreven. Daarnaast is een productbegroting gemaakt met een overzicht van de kostenposten ter onderbouwing van de uurprijs maatschappelijk werk. De gemeente financiert nu een aantal uren maatschappelijk werk. Alle gemeenten hanteren deze zelfde regeling. Om te voorkomen dat gemeenten gaan bepalen welke ‘producten’ zij wel en niet willen financieren is goede uitleg naar en onderhandeling met de gemeente nodig. Wij zijn erin geslaagd de gemeente ervan te overtuigen dat het nodig is maatschappelijk werk als basisvoorziening in de volle breedte uit te oefenen, aldus de geïnterviewde. De verwevenheid van probleemgebieden maakt dat noodzakelijk. De kracht van het AMW is juist dat zij de sociale context van de cliënt in het hulpverleningsproces betreft. Het AMW biedt in feite één product.”*

De conclusie uit de interviews is dat het maken van productomschrijvingen op zich geen problemen oplevert. Wel zijn de meningen over de wenselijkheid van productomschrijvingen verdeeld. Men vreest dat gemeenten productomschrijvingen kunnen gebruiken om producten te gaan selecteren. Een oplossing is gevonden in financiering van uren maatschappelijk werk, om op die wijze het brede karakter van maatschappelijk werk te behouden.

### 5.3 Beschrijvingen van primaire processen

In de AMW-kwaliteitscriteria is deze norm als volgt omschreven:

‘De instelling heeft geformuleerd welke werkwijzen/werkvormen zij hanteert bij de verlening van hulp, bijvoorbeeld bij hulpverlening aan incestslachtoffers, asielzoekers of bij sekse-specifieke hulpverlening’. In termen van de HKZ (en ook de ISO)-systematiek wordt gesproken over het expliciteren van de primaire processen, bijvoorbeeld via het beschrijven van werkprocessen of het maken van protocollen. Dat dit een onderwerp is dat de geïnterviewden bezighoudt moge uit de volgende citaten blijken:

- 1 *“In het HKZ-model ligt het accent op de primaire processen. Daarom is besloten met name deze primaire werkprocessen te gaan beschrijven. De bedoeling is dat per afdeling (c.q. per functie) protocollenboeken worden ontwikkeld. Dergelijke protocollen zullen wij op maat moeten maken; men kan geen protocollen van anderen overschrijven.”*
- 2 *“De belangrijkste wens ten aanzien van het kwaliteitsprogramma betreft een goede aanpak voor het expliciteren van de werkprocessen: wat gebeurt er met de cliënt van de intake tot en met de afsluiting van de hulpverlening? Het werkproces moet daarbij gekoppeld worden aan de daarvoor noodzakelijke personele bezetting en het bijbehorende budget. Wij zijn een jaar bezig geweest met één werkproces. Dergelijke werkprocessen kunnen niet achter het bureau worden geschreven. Deze moeten samen met de teams worden opgesteld. De teams blijken ook wel hetzelfde te willen doen, maar uiteindelijk wil iedereen zijn of haar werkwijze in het werkproces terug zien. Dat vraagt veel tijd en overleg.”*



- 3 *“Een valkuil bij het maken van protocollen is de neiging om de ideale situatie te beschrijven in plaats van de huidige werkwijze. Daarom is nadrukkelijk besloten om uitsluitend te beschrijven hoe de praktijk er nu uitziet. Daarnaast wordt gezet hoe de ideale situatie eruit zou kunnen zien. Dat geeft tegelijkertijd een helder beeld van de doelen die men wil bereiken en waaraan gewerkt gaat worden. Op die wijze ontstaat een natuurlijke verbetercyclus.”*

De conclusie is dat veel geïnterviewden worstelen met de vraag op welke wijze de primaire processen kunnen worden geëxpliciteerd. Ook ziet het ernaar uit dat daarbij verschillende aanpakken worden gevolgd. Sommige instellingen lijken zich te beperken tot het vastleggen van de (methodische) stappen die bij de hulpverlening worden gevolgd; anderen lijken te streven naar het maken van vakinhoudelijke protocollen. Dat op dit gebied behoefte bestaat aan ondersteuning en handvatten vanuit het kwaliteitsprogramma werd door veel geïnterviewden gesignaleerd.

## 5.4 Afstemming van het hulpaanbod op de lokale behoefte aan hulp

In de kwaliteitsnorm wordt gesteld dat:

‘De instelling heeft beargumenteerd hoe het hulpaanbod is afgestemd op de vraag en analyse van de lokale situatie’. De toelichting op de norm vermeldt dat bij die analyse in ieder geval worden betrokken: de opbouw van de bevolking in het werkgebied, algemene ontwikkelingen, het gemeentebeleid en informatie betreffende collega-instellingen. Instellingen gaan op de volgende wijze te werk:

- 1 *“Het hulpaanbod wordt zeker afgestemd op de lokale behoefte aan hulp. Ook de gemeente oefent hierbij een regie-rol uit. Er bestaan vele netwerken waarin het AMW participeert en er wordt met veel partijen samengewerkt. Ook die contacten verschaffen voldoende informatie om in te spelen op nieuwe behoeften, bijvoorbeeld behoefte aan nieuwe spreekuren, nieuw groepswerk of een hulpaanbod voor nieuwe doelgroepen.”*
- 2 *“Lokaal wordt ingespeeld op de behoefte aan hulp. Daar zijn echter grenzen aan omdat gemeenten steeds meer van het AMW vragen. Recent was er bijvoorbeeld het verzoek om meer aan de groep jongeren en jeugdigen te doen, vanuit de stimuleringsregeling. Uit het cliëntenoverzicht blijkt dat onze instelling daar al (te) veel aan doet, terwijl de stimuleringsregeling daar ook niet voor is bedoeld. Deze toenemende uitbreiding van doelgroepen en taken vraagt om een bezinning op de kerntaken van het AMW.”*

De volgende conclusies komen uit de interviews naar voren. Geen van de geïnterviewden maakten gewag van specifieke analyses om hulpbehoeften in kaart te brengen. Men is doorgaans van mening dat inzicht in (veranderingen in) hulpbehoeften wordt verkregen via de diverse overleggen waarin maatschappelijk werkers participeren en via het gemeentelijk beleid (en de wensen van gemeenten). De ervaring is dat gemeenten voor steeds meer problemen een beroep doen op het maatschappelijk werk. Enerzijds vraagt dat de ontwikkeling van een nieuw hulpaanbod (innovatie). Anderzijds betekent dit dat het maatschappelijk werk moet bepalen welke positie zij in wil nemen in het totaal aan organisaties dat zich met specifieke doelgroepen bezighoudt, bijvoorbeeld jeugdigen, ouderen, asielzoekers et cetera. Enkele geïnterviewden zijn van mening dat niet op alle wensen van de gemeenten kan worden ingegaan. Zij pleiten daarom om binnen het kwaliteitsprogramma aandacht te besteden aan een bezinning op de positie en de kerntaken van het maatschappelijk werk.

## 5.5 Meningspeilingen onder cliënten en samenwerkingspartners

De norm aangaande meningspeilingen behelst het volgende:

‘De instelling draagt zorg voor geregelde en gerichte metingen naar - of toetsingen van - tevredenheid, resultaat, imago en bereikbaarheid in de voor de instelling relevante omgeving (dat kunnen zijn cliënten, financiers, verwijzers en collega-instellingen)’.

De instellingen hebben daarmee de volgende ervaringen opgedaan:

- 1 *“Tot 1997 werden schriftelijke meningspeilingen onder cliënten gehouden. Dat leverde veel tevredenheid op en geen gegevens of suggesties voor mogelijke verbeteringen.”*
- 2 *“Hoewel cliënten doorgaans tevreden zijn over de hulpverlening hebben de meningspeilingen toch twee functies. Ten eerste is het voor de maatschappelijk werkers zelf een vorm van feedback, waardoor zij zien dat zij goed werk leveren. Ten tweede blijkt dat cliënten minder tevreden zijn over bijvoorbeeld de staat van de accommodatie, de gehorigheid daarvan of het gebrek aan privacy. Met die gegevens kan druk worden uitgeoefend op de organisatie en op de gemeente om te bewerkstelligen dat verbeteringen worden aangebracht.”*
- 3 *“Uitgebreide klanttevredenheidsonderzoeken zijn achterhaald, aldus de geïnterviewde omdat die te weinig informatie opleveren. Het is zinvoller om meningspeilingen toe te spitsen op specifieke zaken die je als instelling wilt weten. Wat ontbreekt in het AMW is cliëntenparticipatie op diverse niveau's, bijvoorbeeld in de vorm van cliëntenpanels om behoeften en wensen van cliënten (bijvoorbeeld ouderen) in kaart te brengen.”*
- 4 *“De instelling heeft meegedaan aan een pilotproject van de VOG. In dat project wordt het oordeel van cliënten op twee manieren gemeten. Ten eerste wordt gevraagd naar het resultaat van de gekregen hulp en ten tweede wordt gevraagd naar de tevredenheid met de hulpverlening. Cliënten vullen hun oordeel - na afloop van de hulpverlening - zelf rechtstreeks in de computer in, dus onafhankelijk van de hulpverlener. De op die wijze verzamelde gegevens kunnen op diverse wijzen worden geanalyseerd, zodat vergelijkingen binnen en tussen instellingen kunnen worden gemaakt.”*

De conclusie uit de interviews is dat de meerderheid ervaring heeft opgedaan met meningspeilingen onder cliënten. Hoewel de tevredenheid van cliënten ervaren wordt als een vorm van positieve feedback, lijkt men behoefte te hebben aan vormen van meningspeilingen die meer informatie en suggesties voor verbetering opleveren. Nieuwe vormen van meningspeilingen - die op dit moment in ontwikkeling zijn - zullen derhalve in een behoefte voorzien.

De geïnterviewden hebben geen melding gemaakt van systematische meningspeilingen c.q. metingen onder andere partijen. De meerderheid van hen merkt op dat men voldoende signalen krijgt uit de (nauwe) contacten met de diverse partijen.

## 5.6 Intercollegiale toetsing

De norm luidt:

‘De instelling kent een schriftelijk vastgelegd systeem van verplichte intercollegiale toetsing (hoe de medewerkers elkaars werk onderling bespreken en beoordelen)’.

In de gegeven toelichting (die verwijst naar artikel 29 van de Code voor de maatschappelijk werker) staat, dat het daarbij vooral gaat om het zoeken naar aspecten voor verbetering en het van elkaar leren. Dat geïnterviewden hieromtrent verschillende opvattingen hebben, blijkt uit de volgende citaten:

- 1 *"In het kader van intercollegiale toetsing worden onder andere casusbesprekingen gehouden volgens de Kempler methode. Dat gebeurt op een gestructureerde manier."*
- 2 *"Er zijn twee vormen van intercollegiaal overleg. Maar de vraag is of dat als intercollegiale toetsing kan worden beschouwd, aldus de geïnterviewde. Enerzijds vindt intervisie plaats. Dat is wat vrijblijvender dan echte toetsing. Anderzijds vinden gestructureerde intakebesprekingen plaats van alle intakes in alle teams. Deze besprekingen verlopen volgens een vaste structuur en bevorderen het methodisch werken."*
- 3 *"In de instelling vindt intervisie plaats. Dat kan worden beschouwd als een vorm van intercollegiale toetsing. Daarnaast zijn er (tussendoor) veel contacten tussen medewerkers, waarin consultatie of advies wordt gevraagd en gegeven of waarin casussen worden besproken. Het zou goed zijn, aldus de geïnterviewde, als aan de hand van voorbeelden verduidelijkt werd welke overlegvormen allemaal als intercollegiale toetsing kunnen worden beschouwd."*
- 4 *"Er is bewust geen systeem van intercollegiale toetsing. Er is wel werkbegeleiding. Binnen de teams bevraagt men elkaar over de wijze waarop men werkt. Het voornemen is intervisie weer te gaan invoeren. Niet op de vrijblijvende manier zoals in de jaren zestig, maar aan de hand van casusbesprekingen op een gestructureerde manier volgens een vast stramien."*

De conclusie is dat er onzekerheid blijkt te bestaan omtrent de exacte betekenis van het begrip intercollegiale toetsing. De meerderheid van de geïnterviewden beschouwt intervisie, casusbesprekingen en ander gestructureerd intercollegiaal overleg als een vorm van intercollegiale toetsing, zij het soms met enige aarzeling. De aanbeveling is om meer duidelijkheid omtrent mogelijke invullingen van intercollegiale toetsing te scheppen.

## 5.7 Beroepsregister

De kwaliteitsnorm is kort en bondig:

'De instelling onderschrijft de voorwaarden voor inschrijving in het Beroepsregister van de maatschappelijk werkers'.

De ervaringen daarmee van de instellingen zijn niet unaniem positief:

- 1 *"Inschrijving in het beroepsregister is actief gestimuleerd in de instelling, inclusief een financiële bijdrage aan de contributie. Van nieuwe medewerkers wordt verwacht dat zij in het register zijn ingeschreven."*
- 2 *"Inschrijving in het Beroepsregister wordt gestimuleerd. De planning is dat jaarlijks 15 medewerkers zich laten registreren (met als doel elk jaar 15 nieuwe medewerkers erbij; 15 in 2000, 30 in 2001 et cetera). Dat is niet gelukt, ondanks het feit dat de kosten van de registratie bij de instelling konden worden gedeclareerd."*
- 3 *"De instelling onderschrijft de voorwaarden voor inschrijving in het beroepsregister. Er is actie gevoerd om inschrijvingen in het register te bevorderen, onder andere via een vergoeding van de helft van de contributie. Er heeft zich één persoon gemeld. Medewerkers blijken weinig te zien in een inschrijving in het beroepsregister, aldus de geïnterviewde, omdat de LVMW volgens hen weinig te bieden heeft."*

De meerderheid van de instellingen blijkt de voorwaarden voor inschrijving in het beroepsregister te onderschrijven. Hoewel inschrijving in het beroepsregister door een aantal instellingen actief wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld via een financiële bijdrage in de contributie, blijkt dit niet altijd tot meer inschrijvingen te leiden. De exacte redenen hiervan zijn uit dit onderzoek niet op te maken.

## 5.8 Actuele sociale kaart

Als norm is gesteld:

'Dat een actuele sociale kaart aanwezig is die voor iedere medewerker van de instelling direct beschikbaar is. Het actualiseren van de sociale kaart moet zo geregeld zijn dat deze taak planmatig en structureel uitgevoerd kan worden, bijvoorbeeld onder verantwoordelijkheid van een daarvoor aangewezen medewerker of functionaris'.

In de interviews is aanvullend gevraagd in welke mate de sociale kaart geautomatiseerd is.

- 1 *"Er is nog geen (geautomatiseerd) systeem voor het bijhouden van de sociale kaart. Intussen wordt veel gebruik gemaakt van de informatie die bij de Stichting Correlatie aanwezig is."*
- 2 *"Alle teams verzamelen voor hen relevante gegevens (via hun netwerken) en zetten deze informatie op het netwerk. De aldus ontstane sociale kaart wordt niet centraal onderhouden of geactualiseerd."*
- 3 *"Er is een geautomatiseerd programma (SOKI) voor het bijhouden van de sociale kaart, maar de maatschappelijk werkers blijken dit niet te gebruiken."*
- 4 *"Aan een geautomatiseerde actuele sociale kaart wordt gewerkt. Het is veel werk om een dergelijke kaart samen te stellen en vooral om deze actueel te houden. Er vinden veel veranderingen plaats, onder andere door fusies en wijzigingen in de organisaties, waardoor het actualiseren een complexe aangelegenheid is geworden."*
- 5 *"Het AMW houdt zelf geen sociale kaart bij. Er zijn sociale kaarten ontwikkeld ten behoeve van de lokale situatie. In toenemende mate zal dergelijke informatie via internet verzameld en verspreid gaan worden."*
- 6 *"Een geautomatiseerde sociale kaart is in ontwikkeling. Op internet is al veel te vinden. De bedoeling is dat actuele informatie toegankelijk wordt gemaakt via diverse links naar andere organisaties, zoals de GGZ, de jeugdhulpverlening et cetera."*

Geconcludeerd kan worden dat bij de meerderheid van de instellingen geen geautomatiseerde sociale kaart aanwezig is of dat geen systematische actualisering plaatsvindt. Ook blijken informatiebronnen van andere organisaties te worden gebruikt. In hoeverre het internet hierin de toekomst adequate oplossingen voor kan bieden valt op dit moment nog niet te overzien.

## 5.9 Dossiervoering en automatisering

De norm is:

'Dat de instelling een doelmatig en uniform systeem voor dossiervoering hanteert'.

In toenemende mate blijkt deze dossiervorming te worden geautomatiseerd. Wij staan daar wat langer bij stil omdat de automatisering voor nagenoeg alle geïnterviewden een hot item is of was, zoals de volgende citaten illustreren.

- 1 *“De automatisering is in 1999 een hot item geweest in de hele organisatie. Er deden zich installatieproblemen voor en fouten in het besturingssysteem die niet direct waren op te lossen. De overgang naar een nieuw cliëntregistratiesysteem vertoonde kinderziektes. Maatschappelijk werkers vonden de omschakeling naar automatisering rampzalig, aldus de geïnterviewde, en computers werden een bron van ergernis. Uiteindelijk is voor een drastische aanpak gekozen. Er is een nieuw systeem geïnstalleerd met één centrale terminalserver op het hoofdkantoor. Alle buitenposten zijn op dit netwerk aangesloten met eigen stations. Het voordeel van dit centrale systeem is dat de installatie van programma’s en onderhoud alleen op de hoofdlocatie hoeft plaats te vinden en de systeembeheerder centraal kan werken. De verwachting is dat dit systeem op den duur besparingen zal opleveren, bijvoorbeeld in de aanschaf van stations in plaats van p.c.’s. Al met al is er gigantisch geïnvesteerd in de automatisering, aldus de geïnterviewde, en was het een kwestie van volhouden om deze omschakeling te doen slagen. De aanbeveling aan anderen is om één keer te investeren in een goed systeem in plaats van noodoplossingen te creëren.”*
  
- 2 *“De medewerkers hebben geen moeite met de systematiek op zich. Zij hebben bijvoorbeeld zelf bedacht hoe de dossiervoering eruit zou moeten zien en welke stappen achtereenvolgens moeten worden gezet. Dat neemt niet weg dat zij het registreren soms erg veel werk vinden (en dat is tevens een belemmerende factor bij de implementatie). De invoering van de geautomatiseerde registratie vormde een moeilijk moment in de organisatie en heeft overtuigingskracht geleverd. Uiteindelijk hebben wij duidelijk kunnen maken dat het noodzakelijk is om zichtbaar te maken wat wij doen en hoeveel cliënten wij helpen, aldus de geïnterviewde, zodat wij ook voor noodzakelijke uitbreiding bij de gemeenten kunnen aankloppen. Bovendien wordt het hebben van een dossier in de hulpverlening als verrijkend en van een toegevoegde waarde ervaren.”*
  
- 3 *“De automatisering is een ingrijpende en kostbare onderneming geweest, mede omdat het systeem ook nog veel technische problemen vertoonde. Dat werkte demotiverend. Het blijkt dat nieuwe medewerkers geen enkel probleem hebben met automatische dossiervoering. Oudere medewerkers daarentegen hebben tijd nodig om zich dat eigen te maken. Het advies is dan ook om te zorgen dat die medewerkers daarvoor de nodige tijd nemen en voldoende tijd krijgen om te oefenen om frustraties te voorkomen.”*
  
- 4 *“De automatisering is redelijk goed verlopen. Dat kwam mede door een verjonging van het team, maar ook ouderen blijken er nu behendig in te zijn en zijn er blij mee, aldus de geïnterviewde. Uiteindelijk levert het veel op omdat gegevens met één druk op de knop overzichtelijk beschikbaar zijn. De automatisering heeft wel veel inspanningen geëist en in het begin deden zich enkele problemen voor. De medewerkers voeren de gegevens zelf in. In het begin hielden de medewerkers alles dubbel bij, op papier en in de computer (een enkeling doet dat nu nog). Het is niet zo dat de medewerkers achter de computer gezeten het gesprek met de cliënt voeren. Men laat de cliënt het eigen verhaal vertellen en voert de gegevens na afloop van het gesprek in.”*

De conclusie is dat de automatisering - voor zover instellingen dit al hebben gerealiseerd - veel investeringen in geld en menskracht heeft geëist. Ook bleken zich frequent technische problemen voor te doen. Een van de geïnterviewden beveelt aan om ineens in een goed systeem te investeren in plaats van noodoplossingen te creëren. Een probleem bij de implementatie is de weerstand van medewerkers tegen (de uitgebreidheid van) het registreren en de tijdsinvestering die daarmee gepaard gaat. Tot slot bevelen twee geïnterviewden aan extra aandacht te besteden aan die oudere medewerkers voor wie automatisering een grote omschakeling betekent.

## 5.10 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn zeven normen besproken waarbij de implementatie problemen oplevert of waarbij niet geheel duidelijk is hoe de normen zouden moeten worden ingevuld. De volgende conclusies kunnen worden getrokken.

Bijna unaniem signaleren de geïnterviewden dat het beschrijven van de primaire processen problemen oplevert. Het probleem lijkt vooral te liggen in de tijdsinvestering die daarmee gemoeid gaat, maar er lijkt ook onzekerheid te bestaan omtrent de wijze waarop dat zou moeten worden aangepakt: het maken van vakinhoudelijke protocollen of een beschrijving van de methodiek. Uit het vorige hoofdstuk bleek dat er veel behoefte is aan blauwdrukken of voorbeelden op dit gebied. Tegelijkertijd zijn enkele geïnterviewden van mening dat protocollen niet van elkaar kunnen worden overgenomen maar dat men deze in de instelling zelf dient te ontwikkelen, met het oog op de acceptatie en de implementatie ervan. Wij leiden daaruit af dat het ontwikkelen van uniforme landelijke protocollen, zoals bijvoorbeeld bij huisartsen en paramedici gebeurt, niet de meest gewenste oplossing is. Wellicht bestaat de mogelijkheid zogenaamde 'halfabrikaten' te ontwikkelen, die instellingen wel houvast bieden maar tegelijkertijd voldoende ruimte bieden voor het maken van eigen invullingen.

Hoewel de automatisering bij een aantal instellingen inmiddels is voltooid zijn anderen daar nog volop mee bezig of moeten daar nog aan beginnen. Alle geïnterviewden melden dat de automatisering (technische) problemen met zich meebrengt of met zich mee heeft gebracht en een cultuuromslag voor veel medewerkers betekent. De door veel geïnterviewden geuite wens dat meer uitwisseling tussen instellingen plaats zou moeten vinden zou hier wellicht een oplossing kunnen bieden, om van elkaars ervaringen te leren en valkuilen te vermijden.

Een derde probleem is van een geheel andere aard en betreft het toenemend aantal nieuwe doelgroepen waarbij het AMW op verzoek van de gemeenten wordt ingeschakeld, zoals asielzoekers, jongeren, ouderen etcetera. Enerzijds kan dat als een gunstige ontwikkeling worden beschouwd omdat dat impliciet een erkenning voor het AMW en uitbreiding van de taken van het AMW betekent. Anderzijds zijn er doorgaans al veel andere zorg- en welzijnswerkers die zich op deze doelgroepen richten en zien instellingen zich voor de vraag geplaatst welke positie zij in dit netwerk van hulpverleners in zullen gaan nemen. Dit lijkt een vrij fundamentele kwestie, die raakt aan de functie en kerntaken van het AMW. Een heroriëntatie daarop wordt dan ook door enkele geïnterviewden bepleit.

Dat algemene tevredenheidsmetingen onder cliënten minder informatie opleveren dan aanvankelijk werd verwacht is een bevinding die inmiddels vrij universeel is in de zorgsector. Enerzijds worden in de zorgsector inmiddels nieuwe manieren ontwikkeld om wensen en meningen van cliënten te peilen; terwijl anderzijds ook de roep om resultaatmetingen groter wordt. Zorgsector breed ontstaat een toenemende behoefte om de subjectieve en objectieve resultaten van de zorg in kaart te brengen. Experimenten op dit gebied vinden ook in de sector AMW plaats. We nemen aan dat deze experimenten binnen afzienbare termijn tot bruikbare resultaten zullen leiden.

De overige vier in dit hoofdstuk besproken normen leveren volgens de geïnterviewden geen wezenlijke problemen op. Bij twee van deze normen gaat het om praktische problemen: het maken van een geautomatiseerde sociale kaart en het stimuleren van inschrijving in het beroepsregister. Bij intercollegiale toetsing blijken instelling daar op verschillende wijzen invulling aan te geven. En bij het al dan niet maken van productomschrijvingen spelen strategische overwegingen een rol. Bij deze normen is naar onze mening geen sprake van fundamentele problemen maar van individuele keuzes die een instelling maakt.

## 6 Beschouwing

In dit laatste hoofdstuk geven de auteurs een beschouwing op de gevonden resultaten. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de drie vragen die in dit onderzoek centraal stonden, namelijk:

- *In welke mate voldoen AMW-instellingen aan de kwaliteitsnormen c.q. wat is de stand van zaken in 2001?*
- *Hoe groot zijn in dit opzicht de fase-verschillen tussen de instellingen?*
- *Welke succes- en faalfactoren spelen een rol bij de invoering van een kwaliteits-systeem en van deelsystemen?*

De antwoorden op deze vragen kunnen richting geven aan het kwaliteitsprogramma dat voor de sector AMW wordt ontwikkeld (zie hoofdstuk 1) en tot doel heeft de instellingen bij de (verdere) ontwikkeling van kwaliteitszorg te ondersteunen.

In het onderzoek zijn alle AMW-instellingen in Nederland betrokken. De respons van 88% mag zonder meer goed worden genoemd. De resultaten zijn gebaseerd op telefonische enquêtes onder 124 AMW-instellingen en mondelinge diepte interviews met 12 AMW-instellingen. Deze diepte interviews zijn in een separaat bijlagenrapport gebundeld.

Het onderzoek is gebaseerd op zelfrapportage door de geïnterviewden; er zijn geen objectieve metingen verricht. De gegevens zijn derhalve subjectief van aard.

In het onderzoek konden geen gewichten aan de verschillende normen worden toegekend omdat daarover geen informatie beschikbaar is. Die beperking dient bij de hierna volgende beschouwing in acht te worden genomen.

### 6.1 De stand van zaken

Uit het onderzoek blijkt dat AMW-instellingen halverwege zijn met het invullen van de voor het AMW geldende kwaliteitsnormen. Over de gehele sector gezien is de helft van de normen inmiddels - effectief operationeel - ingevuld, aan de andere helft wordt nog gewerkt. Dit betekent dat een periode van ruim zeven jaar nodig was om tot het huidige resultaat te geraken (de kwaliteitsnormen zijn in 1993 ontwikkeld). Wij verwachten dat - bij onveranderd beleid - nog minimaal vijf jaar nodig is voordat alle normen in de sector AMW zijn ingevuld. Hierbij zijn twee overwegingen van belang.

- 1 De invoering van de normen kan wellicht worden versneld indien de instellingen adequate ondersteuning krijgen vanuit het kwaliteitsprogramma dat voor de sector AMW wordt ontwikkeld.
- 2 De huidige kwaliteitsnormen zijn geen eindpunt. Op dit moment vindt een uitbreiding van de normen plaats in het kader van het HKZ-certificatieschema dat voor de sector AMW wordt ontwikkeld. In dit certificatieschema worden de huidige AMW-normen geïntegreerd en aangevuld met kwaliteitseisen van andere partijen (denk aan cliënten, ketenpartners en financiers).  
De ontwikkelingen in deze normstelling weerspiegelen de dynamiek van kwaliteitszorg. In

essentie is kwaliteitszorg het streven naar en realiseren van continue verbetering. In die zin kan elke stap voorwaarts die de instelling maakt als een succes worden beschouwd.

Een aantal AMW-instellingen heeft expliciet aangegeven behoefte te hebben aan de nieuwe HKZ-normen. Daarvoor worden twee redenen aangevoerd. Er zijn instellingen die een (HKZ-) certificaat willen gaan verwerven en die daarbij overigens ook graag ondersteund willen worden via het kwaliteitsprogramma. Er zijn ook inhoudelijke argumenten. Enkele geïnterviewden zijn van mening dat in de huidige normen de nadruk ligt op organisatorische aspecten c.q. de bedrijfsvoering. Dat is volgens hen wel noodzakelijk om de juiste voorwaarden voor een goede hulpverlening te creëren, maar biedt nog geen garantie voor de kwaliteit van de hulpverlening zelf. Zij bepleiten dan ook meer aandacht voor vakinhoudelijke ontwikkelingen en innovatie. Dit aspect zal meer aandacht krijgen in de nieuwe HKZ-normen. In het HKZ-model ligt het accent op het primaire proces en de cyclische verbetering daarvan. De verwachting is dat dit in het maatschappelijk werk als een zinvolle aanvulling zal worden ervaren.

## 6.2 Fase-verschillen tussen de instellingen

Er bestaan fase-verschillen tussen AMW-instellingen in de mate waarin zij aan de kwaliteitsnormen voldoen. Binnen elke zorgsector blijken dergelijke fase-verschillen te bestaan (Wagner e.a., 1995). Enerzijds is er een groep AMW-instellingen die nog weinig normen heeft ingevuld. Anderzijds is een kleine groep van instellingen ver gevorderd met het invullen van de normen. De meerderheid neemt een middenpositie in. Twee factoren blijken gerelateerd te zijn aan de fase-verschillen in het AMW, de omvang en de setting van de instellingen: kleine instellingen zijn relatief minder ver en zelfstandige AMW-instellingen zijn relatief verder gevorderd. Deze bevindingen geven aanleiding tot drie overwegingen.

- 1 De verschillen tussen de instellingen hebben consequenties voor het kwaliteitsprogramma dat voor het AMW ontwikkeld wordt. Indien het programma zich alleen richt op de voorlopers - inclusief degenen die een certificaat willen gaan behalen - zullen de verschillen binnen de sector worden vergroot. Om de hele sector op een hoger plan te tillen is vooral ook adequate ondersteuning nodig aan het merendeel van de instellingen dat nog niet zo ver is. Wat adequate ondersteuning is valt op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Wel wordt waarschijnlijk het meeste rendement verkregen indien het programma zich richt op (een selectie van) die normen die door de meerderheid nog niet zijn ingevuld, zodat zoveel mogelijk instellingen van de ondersteuning kunnen profiteren.
- 2 Een bezinning op de problemen die kleine instellingen ervaren bij het invullen van de kwaliteitsnormen lijkt op zijn plaats. Eén kant van dat probleem ligt in de geringe formatie van die instellingen: hoewel binnen de VOG discussies omtrent de gewenste schaalgrootte zijn gevoerd, beschikt een kwart van de AMW-instellingen over minder dan 10 fte. Een andere kant van het probleem is naar onze mening dat er in kleine instellingen minder behoefte bestaat aan het vastleggen van regels of het formaliseren van afspraken. De vraag dient zich dan ook aan of alle kwaliteitsnormen onverkort van toepassing zijn op (zeer) kleine instellingen en zo ja, in welke vorm.
- 3 Autonome AMW-instellingen zijn relatief wat verder gevorderd dan instellingen verbonden aan een thuiszorg- of welzijnsorganisaties. Toch melden enkele geïnterviewden dat de verbinding met dergelijke organisaties ook voordelen met zich meebrengt. Het AMW kan in dat geval bijvoorbeeld profiteren van zaken die op algemeen niveau geregeld zijn (personeel en organisatie, privacy- en klachtenreglement, automatisering et cetera). Een nadeel ligt in de moeite die het kost de eigen identiteit te behouden: "we verdrinken in de organisatie". Dit onderzoek geeft geen aanwijzingen over hoe daar mee om te gaan.



### 6.3 Succes- en faalfactoren met betrekking tot het kwaliteitssysteem

#### *Succesfactoren*

Uit het onderzoek komen een zes-tal succesfactoren naar voren die volgens veel respondenten bevorderend werken bij het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg, namelijk:

- menskracht: er is voldoende menskracht beschikbaar;
- aansturing: de leiding zorgt voor aansturing en continuering;
- draagvlak: er is een draagvlak gecreëerd bij de medewerkers;
- coaching: medewerkers worden ondersteund en gefaciliteerd;
- haalbare doelen: het kwaliteitsbeleid bevat heldere en haalbare doelen;
- know-how: er zijn voorbeelden en blauwdrukken beschikbaar.

Hoewel dit voor de hand liggende factoren lijken te zijn, geven zij toch aanleiding tot enkele overwegingen en aanbevelingen.

- 1 De ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg wordt bevorderd als aan deze zes factoren wordt voldaan. Om de kans van slagen te vergroten wordt daarom aanbevolen, concreet na te gaan of deze voorwaarden aanwezig zijn zodra een nieuw onderdeel van het kwaliteitssysteem wordt ontwikkeld en ingevoerd. Dat maakt zichtbaar op welke gebied eventuele problemen te verwachten zijn, waarop op voorhand kan worden geanticipeerd.
- 2 In de zes succesfactoren kan onderscheid worden gemaakt in externe en interne factoren. Wat betreft de eerste factor - menskracht, tijd en geld - is de instelling in hoge mate afhankelijk van de financier. Dit betekent dat het nut en de noodzaak van kwaliteitszorg bij de financier moet worden beargumenteerd en aangetoond. De overige vijf succes-factoren zijn niet afhankelijk van externen, maar vallen onder de competentie van het management van de instelling. Dat een aantal managers hierbij ondersteuning vanuit het kwaliteits-programma zouden kunnen gebruiken wordt door een aantal geïnterviewden gesignaleerd.
- 3 De indruk bestaat dat een aantal geïnterviewden niet goed weet hoe de kwaliteitsnormen zouden moeten worden ingevuld. Dat wordt voor een deel veroorzaakt door het abstracte karakter van de huidige normen die ruimte laten voor eigen interpretaties. Het voordeel daarvan is dat instellingen eigen invullingen aan de normen kunnen geven. Dat brengt ook onzekerheid met zich mee. Veel instellingen blijken behoefte te hebben aan blauwdrukken en onderlinge uitwisseling van voorbeelden, zodat niet ieder voor zich het wiel hoeft uit te vinden. Dit is dan ook de meest geuite wens ten aanzien van het kwaliteitsprogramma.
- 4 De aansturing van het kwaliteitssysteem verdient continue aandacht om te voorkomen dat het kwaliteitssysteem verzandt. Respondenten hebben dat ervaren en wijzen daarvoor twee oorzaken aan. Ten eerste zijn er enkele AMW-instellingen die in 1995 een vrijwel volledig kwaliteitssysteem op papier gereed hadden maar het nooit echt hebben ingevoerd omdat de implementatie niet werd aangestuurd. Ten tweede zijn er instellingen die de implementatie wel voltooid hadden, maar daarna achterover leunden vanuit het idee dat het werk af was. Na enkele jaren bleek het systeem niet meer te functioneren. Het was verwaterd en verouderd.  
Deze bevinding verklaart ook waarom een aantal zorginstellingen in 2000 minder kwaliteitsactiviteiten rapporteerde dan vijf jaar eerder in 1995, zoals in hoofdstuk 1 is opgemerkt (Sluijs e.a., 2000).  
De aanbeveling is expliciete aandacht aan het onderhouden van het systeem te besteden. Daarbij kunnen interne en/of externe toetsingen een functie vervullen. Veel respondenten hebben daar behoefte aan, zo blijkt uit hun wensen ten aanzien van het kwaliteits-programma. Ruim eenderde van de respondenten ziet graag dat interne audits worden ontwikkeld en nog eens ruim een kwart van de respondenten pleit voor de ontwikkeling van visitatie of inter-institutionele toetsing. Beide vormen van toetsing kunnen bijdragen aan

het levend houden en (cyclisch) verbeteren van het kwaliteitssysteem, waarmee de kans op verzanding van het systeem wordt verkleind.

#### *Faalfactoren*

Naast de hiervoor genoemde factoren zijn er twee factoren die een belemmering vormen voor de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg, namelijk:

- onrust in de organisatie en personeelsverloop;
  - een technocratische of bureaucratische invulling van kwaliteitszorg.
- 1 De eerste factor lijkt een uitvloeisel van de fusiegolf die de laatste jaren over ons land trekt en gemeentelijke herindelingen waar het maatschappelijk werk mee wordt geconfronteerd. Dat die ontwikkelingen onrust met zich meebrengen is onvermijdelijk. In enkele AMW-instellingen bleek kwaliteitszorg de band tussen medewerkers onderling en de band met de organisatie te verstevigen. Misschien dat kwaliteitszorg ook in andere instellingen als bindend element kan werken.
  - 2 Een technocratische invulling en bureaucrativering wordt niet alleen in het AMW maar ook in andere sectoren als nadeel van een kwaliteitssysteem ervaren (Sluijs e.a., 2000; Place e.a., 2000). Uit een landelijke evaluatie bleek dat in Nederland de afgelopen vijf jaar een accent is gelegd op regelgeving, dat wil zeggen op het vastleggen van procedures en richtlijnen. Gezondheidszorgbreed werd te weinig aandacht aan de verbetercyclus besteed, zo werd geconcludeerd. Op basis daarvan werden twee aanbevelingen gedaan die ook van toepassing lijken op het maatschappelijk werk. Ten eerste werd aanbevolen alleen die zaken te regelen die direct van invloed zijn op de kwaliteit of waarbij een gevaar bestaat dat afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan (risicomomenten). Ten tweede werd aanbevolen het kwaliteitssysteem jaarlijks kritisch op zijn effectiviteit te evalueren, zodat overbodige bureaucratie, die niet bijdraagt aan de kwaliteit kan worden afgeschaft.

## **6.4 Implementatie van deelsystemen**

Uit het onderzoek blijkt dat er vijf onderdelen van het kwaliteitssysteem (c.q. deelsystemen) zijn waarbij relatief veel instellingen aangeven dat de invulling problemen geeft of onzekerheden met zich meebrengt, namelijk:

- beschrijving van de primaire processen;
- automatisering van de dossiervoering;
- afstemming van het hulpaanbod op een toenemend aantal doelgroepen;
- meningspeilingen onder cliënten, medewerkers en ketenpartners;
- intercollegiale toetsing.

Hoewel bij de implementatie de algemene succes- en faalfactoren een rol spelen die hiervoor zijn genoemd, spelen daarnaast specifieke factoren een rol die hierna worden toegelicht.

#### *Beschrijvingen van de primaire processen*

Veel instellingen hebben bij de beschrijving van de primaire processen behoefte aan blauwdrukken of voorbeelden van collega-instellingen. Sommigen merken echter op dat protocollen niet van elkaar kunnen worden overgenomen maar dat instellingen die zelf moet ontwikkelen om een draagvlak te creëren. Tegelijkertijd hebben zij ervaren dat het een soms moeizame en tijdrovende bezigheid is om binnen een team consensus te bereiken over de werkwijze die bij de hulpverlening wordt gevolgd.

Ook bestaan er verschillen tussen de instellingen in de aanpak die wordt gevolgd: sommige instellingen ontwikkelen vakinhoudelijke protocollen per probleemgebied; andere volstaan met een beschrijving van de processtappen die in de hulpverlening worden gevolgd.

Ten slotte blijken verschillende begrippen te worden gebruikt (productomschrijvingen,

protocollen, richtlijnen, procesbeschrijvingen et cetera). Dezelfde begripsverwarring heerst ook in GGZ-instellingen, zo blijkt uit recent onderzoek (Place e.a., 2000).

Deze bevindingen geven aanleiding tot de volgende overwegingen en aanbevelingen.

- 1 Een pragmatische oplossing ligt in het ontwikkelen van blauwdrukken waarin de processtappen worden aangegeven (half-fabricaten). Dat geeft instellingen houvast indien zij vakinhoudelijke aspecten nader in willen vullen. Daarbij moet worden gewaakt voor de neiging de wenselijke situatie te beschrijven in plaats van de werkelijke situatie. Ook moet de professionele hulpverlener niet onnodig in zijn of haar vrijheid worden beperkt door teveel details vast te leggen (Place e.a., 2000).
- 2 Om verdere begripsverwarring te voorkomen kan de volgende driedeling worden gehanteerd:
  - productomschrijvingen laten zien **wat** de instelling te bieden heeft;
  - primaire proces beschrijvingen laten zien **hoe** de instelling daarbij tewerk gaat;
  - protocollen schrijven gedetailleerd voor hoe in specifieke situaties gehandeld moet worden. Protocollen zijn vooral nodig indien het gevaar bestaat dat afbreuk aan de kwaliteit wordt gedaan (bijvoorbeeld risico-situaties, overdrachtsmomenten, veiligheid).

#### *Automatisering van de dossiervoering*

De meerderheid van de AMW-instellingen is nog volop bezig met automatisering van de dossiervoering of moet daar nog aan beginnen. Nagenoeg alle geïnterviewden melden dat de automatisering in de aanloopperiode (technische) problemen met zich meebrengt. Daarnaast blijkt de automatisering voor veel medewerkers een culturomslag te betekenen. De ervaring is dan ook dat goede communicatie met en begeleiding van de medewerkers van groot belang is om de automatisering te doen slagen. Wat betreft de technische problemen kan via uitwisseling van ervaringen tussen de instellingen - hetgeen door velen wordt bepleit - wellicht een aantal problemen met de automatisering worden voorkomen.

#### *Afstemming van het hulpaanbod op een toenemend aantal doelgroepen*

Gemeenten doen steeds vaker een beroep op het maatschappelijk werk als het gaat om hulpverlening aan asielzoekers, allochtonen, (criminele) jongeren, ouderen et cetera. Dit betekent een uitbreiding van de doelgroepen en lijkt ook een uitdrukking van de toenemende erkenning van het AMW. Wel ziet het maatschappelijk werk zich voor de vraag geplaatst welke positie zij in wil en kan nemen in het totale netwerk aan zorg- en welzijnswerkers dat zich reeds met deze doelgroepen bezig houdt. Enkele geïnterviewden zouden graag zien dat hieromtrent een landelijk standpunt wordt ingenomen terwijl er ook respondenten zijn die pleiten voor een bezinning op de functie en kerntaken van het AMW. Aan die wens lijkt tegemoet te worden gekomen omdat zeer recent door de VOG een besluit is genomen om een dergelijke visie-discussie te initiëren.

#### *Meningspeilingen onder cliënten, medewerkers en ketenpartners*

Veel AMW-instellingen hebben ervaring opgedaan met meningspeilingen onder cliënten. Een aantal van hen heeft ervaren dat algemene tevredenheidsmetingen minder informatie opleveren dan werd verwacht. Daarin staat het AMW niet alleen. Gezondheidszorg breed zijn op het gebied van meningspeilingen drie ontwikkelingen te zien.

- 1 Nieuwe methoden van meningspeiling zijn in ontwikkeling waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen wat cliënten specifiek verwachten van en belangrijk vinden in de hulpverlening en wat zij werkelijk aan hulpverlening hebben gekregen (Sixma e.a., 2000). Vraaggerichtheid is daarbij een kernbegrip.

- 2 Er blijkt behoefte te ontstaan aan ijkpunten: 'doen wij het goed of niet?' Een vergelijking met andere instellingen kan daarop een antwoord geven. Dit impliceert het gebruik van dezelfde maatlat c.q. dezelfde methode. In de ouderenzorg gebeurt dat bijvoorbeeld via de benchmarking.
- 3 Er is de trend om - naast subjectieve cliënten oordelen - objectieve resultaatmetingen te gaan verrichten.

Deze trends zijn ook in het AMW terug te zien waar op dit moment met nieuwe manieren van meningspeilingen onder cliënten wordt geëxperimenteerd. Van meningspeilingen onder medewerkers of ketenpartners is (nog) weinig sprake.

#### *Intercollegiale toetsing*

Uit het onderzoek blijkt dat de instellingen verschillende invullingen geven aan intercollegiale toetsing. Diverse activiteiten worden daaronder begrepen, zoals intervisie, casusbesprekingen, kwaliteitscirkels of verbeterprojecten. Om een discussie over semantiek te vermijden is het wellicht nuttig om in zijn algemeenheid onderscheid te maken tussen twee vormen van intercollegiaal overleg: namelijk overleg dat tot doel heeft de deskundigheidsbevordering van de individuele hulpverlener (werkbegeleiding, casusbesprekingen) en overleg dat bedoeld is om in de gehele instelling (een aspect van) de hulpverlening te verbeteren (intercollegiale toetsing, kwaliteitscirkels of verbeterprojecten).

#### *Tot slot*

In dit onderzoek is de stand van zaken afgezet tegen de huidige AMW-kwaliteitsnormen. Een relativering is daarbij op zijn plaats. Het denken over kwaliteit is voortdurend in ontwikkeling en de normen zullen mee-ontwikkelen. Kwaliteitszorg blijft daarmee een dynamisch - en hopelijk boeiend - proces.

## Literatuur

- Alberts H. Tijd voor kwaliteit. Handboek kwaliteitszorg sociaal cultureel werk en welzijn ouderen. Utrecht. VOG, 2001.
- LHV, VOG, LVE. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Utrecht/Amsterdam, LHV/VOG/LVE, 2000.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zorg van betekenis. Den Haag, Ministerie van VWS, 2000.
- Place M, Ooyen-Houben M van, Veer A de, Wagner C. Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk. Utrecht, Trimbos-instituut/Nivel, 2000.
- Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. Utrecht, Nivel, 1998.
- Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Utrecht, Nivel, 1994.
- Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000. Utrecht, Nivel, 2000.
- VOG. Afgewogen kwaliteitsnormen maatschappelijk werk. Rijswijk, VOG, 1995.
- Wagner C, Bakker DH de, Sluijs EM. Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer, Nivel/NRV, 1995.
- Wagner C, Oort M van. Kosten en effecten van kwaliteitssystemen in de ouderenzorg: een exploratieve studie. Utrecht, Nivel, 2000.

