KWALITEITSSYSTEMEN IN GGD'en:

De stand van zaken in 1994

Drs. C. Wagner
Dr. D.H. de Bakker

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Wagner, C.

Kwaliteitssystemen in GGD'en: de stand van zaken in 1994/
C. Wagner, D.H. de Bakker.
Utrecht: LVGGD, Landelijke Vereniging voor GGD'en
Met lit. opg.
ISBN nr: 90-72779-27-4
Trefw.: GGD; kwaliteitszorg

Omslag: SEGNO Grafische Vormgeving, Utrecht
Len Munnik, Vlaardingen

Bestelwijze: U kunt deze publikatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij de LVGGD.
De prijs bedraagt *f* 30,-.

Landelijke Vereniging voor GGD'en
Postbus 85.300
3508 AH UTRECHT
tel: 030-2523004
fax: 030-2511869

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1. INLEIDING 4
   1.1 Inleiding en onderzoeksvragen 4
   1.2 De Nederlandse Kwaliteitsprijs 5
   1.3 Beschrijving van het zelfevaluatiemodel 5
   1.4 Conclusie 8

2. METHODE VAN ONDERZOEK 9
   2.1 De respondenten 9
   2.2 De vragenlijst 9
   2.3 Operationalisatie van aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen 10

3. WAAROM WERKEN GGD'en AAN SYSTEMATISCHE KWALITEITSZORG EN HOE KAN DE IMPLEMENTATIE WORDEN BEVORDERD? 12
   3.1 Invloeden vanuit de omgeving 12
   3.2 Verwachte en bereikte effecten als stimulans 14
   3.3 Maatregelen om de implementatie van kwaliteitssystemen te bevorderen 16
   3.4 Conclusie 17

4. ACTIVITEITEN VAN GGD'en IN HET KADER VAN KWALITEITSZORG 19
   4.1 Activiteiten van het management 19
   4.2 Activiteiten van professionals 26
   4.3 Activiteiten gericht op klanten 29
   4.4 Conclusie 31

5. KWALITEITSSYSTEMEN BIJ GGD'en EN AANVERWANTE SECTOREN 32
   5.1 De activiteiten per ontwikkelingsfase 32
   5.2 De fase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden 40
   5.3 Conclusie 42

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES 44
   6.1 Inleiding 44
   6.2 Waarom werken GGD'en aan kwaliteitszorg en hoe kan de implementatie worden bevorderd? 44
   6.3 Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering 45
   6.4 De ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij GGD'en 46
   6.5 Conclusie 47

LITERATUUR 48

BIJLAGEN
Bijlage 1: Enquête
Bijlage 2: Vertaling van indicatoren naar aandachtsgebied en ontwikkelingsfase
Bijlage 3: Overzicht van de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied voor de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg

1. INLEIDING

1.1 Inleiding en onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is om een overzicht te geven van de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen van GGD'en zich bevinden. GGD'en bieden diensten aan op het gebied van de algemene gezondheidszorg (bijvoorbeeld infectieziektebestrijding, reizigersvaccinatie, medische hygiënebegeleiding), de jeugdgezondheidszorg, het ambulancevervoer, en beleidsondersteuning aan gemeenten op grond van epidemiologisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van de bevolking. Daarnaast voeren veel GGD'en markttaken uit, bijvoorbeeld op het gebied van de bedrijfsgezondheidszorg of worden aanvullende diensten opgezet waar de gemeente expliciet om vraagt.
Voor het beschrijven van de stand van zaken is gebruik gemaakt van gegevens die in het kader van een onderzoek naar de invoering van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg onder instellingen in alle zorgsectoren is verzameld. Deze enquête heeft eind 1994 plaatsgevonden en is een uitvloeisel van de inventarisaties van kwaliteitssystemen die het NIVEL in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft uitgevoerd in het kader van de bewaking van de voortgang van de op de Leidschendamconferenties gemaakte afspraken over kwaliteit.
Voor de beantwoording van de vragen van het onderhavige onderzoek zijn nadere, meer gedetailleerde analyses uitgevoerd op de eerder verzamelde gegevens van de GGD'en, en in beperkte omvang op de gegevens van de instellingen van het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg en de verslaafdenzorg. De gegevens beschrijven het perspectief van het management op de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de eigen organisatie.

Evenals in andere zorgsectoren wordt in de afgelopen jaren door GGD'en in toenemende mate aandacht besteed aan kwaliteitszorg. Om deze initiatieven goed te kunnen ondersteunen en van elkaars ervaring te kunnen leren, is het van belang te weten waarom GGD'en aan kwaliteitszorg werken en hoe ver men inmiddels gevorderd is met het invoeren van kwaliteitssystemen. Daartoe zullen de volgende vragen worden beantwoord:

1 Waarom werken GGD'en aan systematische kwaliteitszorg en hoe kan de implementatie worden bevorderd?
2 Welke activiteiten worden door GGD'en ontplooid in het kader van systematische kwaliteitszorg?
3 In welke ontwikkelingsfase verkeren kwaliteitssystemen bij GGD'en afgezet tegen het referentiekader van de Nederlandse Kwaliteitsprijs en in vergelijking tot de ontwikkelingen in de thuiszorg, verslaafdenzorg en het algemeen maatschappelijk werk?

Voor het beantwoorden van deze vragen wordt eerst gekeken naar de externe invloeden op GGD'en en de verwachtingen die zij zelf hebben ten aanzien van systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering. Vervolgens worden de uiteenlopende activiteiten beschreven die onder de noemer kwaliteitszorg worden ontplooid. Tenslotte wordt beschreven in welke ontwikkelingsfase de kwaliteitssystemen zich bevinden en welke verschillen hierin tussen de genoemde sectoren bestaan.

1.2 De Nederlandse Kwaliteitsprijs

In dit rapport dient het zelfevaluatiemodel van de Nederlandse Kwaliteitsprijs als referentiekader. De Nederlandse kwaliteitsprijs is afgeleid van het EFQM-model dat is ontwikkeld door de European Foundation for Quality Management (EFQM). De achterliggende filosofie is dat kwaliteitsmanagement op alle activiteiten van een organisatie gericht moet zijn. Alle activiteiten moeten zo uitgevoerd zijn dat aan de behoeften en eisen van klanten tegemoet wordt gekomen.
In 1991 werd de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit opgericht met als doel het kwaliteitsmanagement van bedrijven, instellingen en organisaties te stimuleren en te ondersteunen. De Stuurgroep (later Instituut) heeft vervolgens het EFQM-model vertaald en in de vorm van een handleiding ('Positiebepaling en Verbeteren') ter beschikking gesteld aan organisaties. Ter stimulering is tevens de Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding geïntroduceerd. Organisaties kunnen zich hiervoor aanmelden en meedingen naar de Prijs of de Onderscheiding. In de meeste gevallen beginnen organisaties met een zelfevaluatie met behulp van de handleiding en worden eventueel in een later stadium auditoren gevraagd het kwaliteitssysteem van de organisatie te beoordelen (externe audit) (Hardjono en Hes, 1993; Nabitz en Wiersema, 1994).
In dit onderzoek wordt nauw aangesloten bij dit zelfevaluatiemodel door bij het beoordelen en indelen van de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering die in GGD'en plaatsvinden het evaluatiemodel als referentiekader te gebruiken. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de inhoud van het evaluatiemodel.

1.3 Beschrijving van het zelfevaluatiemodel

Het evaluatiemodel is opgebouwd als feedbacksysteem of regelkring. Dit betekent dat een organisatie in het ideale geval weet (door te meten) welke resultaten worden geboekt, dat kennis over deze resultaten direct invloed heeft op het beleid van de organisatie en dat dit beleid vervolgens weer vertaald wordt in (verbetering van) de dienstverleningsprocessen. Verbetering van deze dienstverleningsprocessen met inbegrip van alle processen die daarop van invloed zijn moet weer leiden tot verbetering van de resultaten. Deze kringloop (resultaten, beleid, processen en weer resultaten) geldt voor de organisatie als geheel maar ook voor alle andere niveaus in de organisatie: binnen een GGD kan ook de afdeling jeugdgezondheidszorg op basis van de resultaten het beleid bijstellen en nieuwe werkafspraken maken over verbetering van de dienstverleningsprocessen. Doel van de kringloop is het voortdurend leren en verbeteren op basis van gegevens over resultaten.

Aandachtsgebieden

In het evaluatie model van de Nederlandse Kwaliteitsprijs worden negen aandachtsgebieden onderscheiden die aangeven waarop kwaliteitsactiviteiten zich kunnen richten: beleid en strategie, leiderschap, personeelsmanagement, middelenmanagement, management van processen, waardering door klanten en personeel, eindresultaten, oriëntatie op de maatschappij. Al deze aspecten komt men steeds weer tegen in de literatuur over kwaliteitssystemen. Ook in de NEN-ISO norm 9004-2 worden deze aandachtsgebieden onderscheiden, bijvoorbeeld marketing en kwaliteitsbeleid (beleid en strategie), directieverantwoordelijkheid (leiderschap), gemotiveerd en geschoold personeel (personeelsmanagement)(Klazinga en Donker, 1995). De aspecten waar het om gaat komen in de verschillende benaderingen dus overeen. Vergeleken met de ISO-norm gaat het evaluatiemodel verder door het belang te benadrukken van kwaliteitszorg over de grenzen van de organisatie heen en de integratie van verschillende zorgsystemen als ARBO, milieu en kwaliteit. In de volgende alinea's worden de aandachtsgebieden nader omschreven.

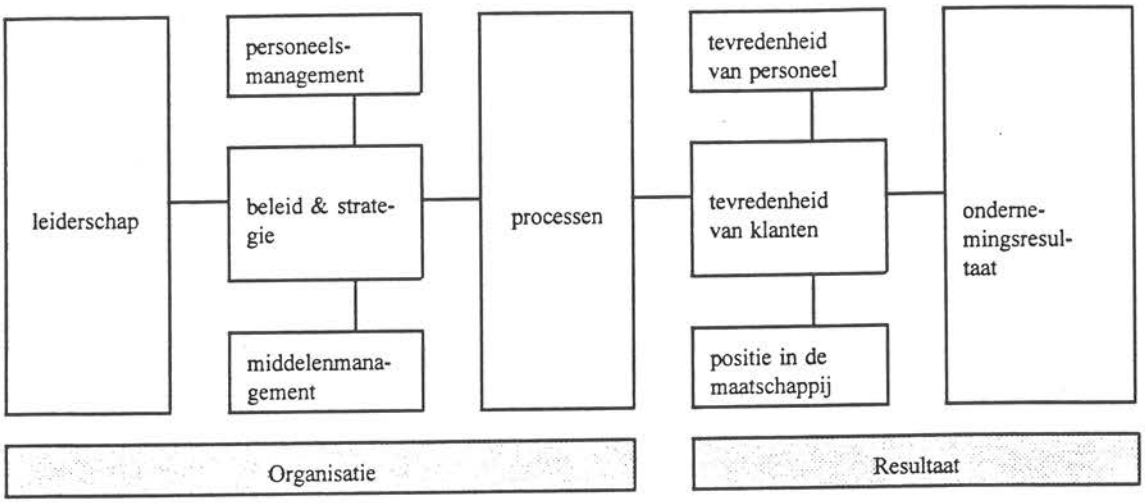
Resultaten
Kennis over resultaten is cruciaal bij kwaliteitszorg. Hiertoe behoren gegevens over de tevredenheid van klant èn personeel, over de ondernemingsresultaten en over de positie in de maatschappij. Onder dit laatste verstaat men de maatschappelijke functie die de instelling vervult door onder andere een verantwoord milieu- en ARBO-beleid te voeren. Het gaat hier om de extra toegevoegde waarde van GGD'en boven de toegevoegde waarde die de kernactiviteiten van GGD'en hebben voor het lokale gezondheidsbeleid. Met andere woorden: wat doen GGD'en nog meer voor de maatschappij dan het uitvoeren van de kernactiviteiten?

Met ondernemingsresultaten worden zowel financiële als niet-financiële resultaten bedoeld. In de GGD kunnen niet-financiële resultaten bestaan uit bijvoorbeeld de mate waarin de doelgroepen worden bereikt, de effectiviteit van een voorlichtingsprogramma over 'stoppen met roken', en het verminderen van de wachttijd voor reizigersvaccinatie. Hoewel de tevredenheid van klanten het grootste gewicht in de schaal legt wordt ook veel belang gehecht aan de tevredenheid van het personeel.

Beleid van de GGD
De resultaten kunnen leiden tot aanpassingen in het beleid van de GGD en de organisatorische voorwaarden als leiderschap, personeelsbeleid en middelenbeleid. Voorbeelden zijn: bijstelling van het beleid op basis van de winst- en verliesrekening, gedurende de zomermaanden openen van een avondspreekuur voor reizigers, deskundigheidsbevordering op basis van geconstateerde tekorten, en verandering van leiderschapsstijl op basis van een enquête onder medewerkers. Verbeteringen op de organisatorische gebieden moeten weer leiden tot het verbeteren van de kernactiviteit van de GGD, het dienstverleningsproces aan gemeente(n), cliënten, en burgers in het algemeen. Als losstaande onderwerpen zijn de gebieden niet nieuw, en in iedere organisatie is er iets van terug te vinden. De meerwaarde ontstaat pas dan als de gebieden met elkaar in verband worden gebracht, en de onderlinge afhankelijkheid er wordt erkend.

Processen
Om de dienstverleningsprocessen te kunnen beheersen, zal ten eerste duidelijk moeten zijn hoe het dienstverleningsproces van begin tot eind verloopt, uit welke deelprocessen het is opgebouwd, hoe overgangen in dat proces geregeld zijn en welke criteria of eisen worden gesteld (normering of protocollering). Ditzelfde geldt voor ondersteunende afdelingen of diensten die een indirecte bijdrage aan de kernprocessen leveren. Het is niet noodzakelijk dat alle processen tot in het kleinste detail zijn geregeld en vastgelegd. Veel meer is het belangrijk die processen vast te leggen en te beheersen die gevoelig zijn voor fouten of vergissingen, die moeilijk worden gevonden door medewerkers, en waar klanten en leveranciers kritisch naar kijken. Dat is bijvoorbeeld het geval met het proces van indiceren en toewijzen van hulp en diensten. Van veel minder belang is bijvoorbeeld het proces van circuleren van tijdschriften in de organisatie.
Ten tweede zijn goed functionerende kwaliteitsdeelsystemen nodig om het dienstverleningsproces als geheel en de deelprocessen te kunnen beheersen. Dat geldt in de eerste plaats voor het hulpverleningsproces zelf (intercollegiale toetsing, begeleidingsplannen, commissies), maar ook voor andere processen in de instelling (van functioneringsgesprekken en tevredenheidsmetingen tot accountantscontrole en brandbeveiligingsinspecties). In het ideale geval kan de GGD aantonen dat dergelijke beheersingssystemen goed functioneren en bijgesteld of verbeterd worden op basis van de effectiviteit ervan (interne of externe beoordeling).

Samengevoegd ziet het evaluatiemodel er als volgt uit:



Bij de Nederlandse Kwaliteitsprijs wordt bovenstaand schema gebruikt om de relatie te illustreren tussen organisatorische voorwaarden (de vier linker blokken), de processen (centrale blok) en de resultaten (vier rechterblokken). De eerste vijf hebben betrekking op de wijze waarop de organisatie is ingericht en wordt aangestuurd, en de wijze waarop de resultaten worden gemeten. De laatste vier zijn bedoeld om te controleren in hoeverre de doelen worden gehaald. De essentie van het evaluatiemodel is de consequente toepassing, de onderlinge afstemming van de terugkoppeling op grond waarvan sturing plaatsvindt.

Ontwikkelingsfasen

Om te weten hoever men als GGD op weg naar een kwaliteitssysteem is, wordt een aantal ontwikkelingsfasen onderscheiden. De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem is een fase in de zorg voor totale kwaliteit (Wiersema, 1994). Deze zorg voor kwaliteit verloopt in het bedrijfsleven volgens de hierna te noemen ontwikkelingsfasen (Hardjono en Hes, 1993). Kenmerkend voor elke volgende fase is dat de zorg voor kwaliteit steeds verbreed wordt, namelijk:

1. Produktgerichte kwaliteitsbewaking: de kwaliteitsbewaking richt zich vooral op het eindprodukt en niet zozeer op het proces waarmee dat produkt tot stand komt.
2. Procesgerichte kwaliteitsbewaking: in deze fase neemt de kwaliteitsbewaking het gehele proces van de totstandkoming van een produkt in ogenschouw.
3. Systeemgerichte kwaliteitsbewaking: in deze fase worden verbindingen gelegd tussen de verschillende processen.
4. Ketengerichte kwaliteitsbewaking: kwaliteitszorg houdt niet meer op aan de grenzen van de organisatie, men probeert ook greep te krijgen op de kwaliteit van toeleveranciers en maakt maximaal gebruik van kennis en capaciteiten van andere organisaties om de klant tevreden te stellen. In de gezondheidszorg betekent dit dat er wordt getracht het zorgaanbod af te stemmen met andere aanbieders of men probeert te komen tot een gezamenlijk zorgaanbod.
5. Total Quality Management: in deze fase gaat het om een integratie van kwaliteitszorg, ARBO-zorg en de zorg voor het milieu, kortom om het maatschappelijk verantwoord functioneren van de organisatie.

In de eerste drie fasen wordt het kwaliteitssysteem opgebouwd. De ontwikkeling daarvan verloopt doorgaans als volgt. In de beginfase is de zorg voor kwaliteit beperkt tot de controle van afzonderlijke produkten of diensten. Vervolgens gaat men proberen fouten in de eindprodukten te voorkómen door het beheersen van de produktieprocessen: de deelprocessen worden op elkaar afgestemd en de overgangen worden bewaakt. In de derde fase tracht men alle processen in onderlinge samenhang te brengen. Kwaliteit wordt namelijk niet alleen bepaald door het produktieproces en het produkt op zich, maar ook door de mate waarin het produkt aansluit bij de wensen van de klant. Men tracht de wisselwerking tussen beleidsmaatregelen en produktieprocessen te beheersen. Ook gaat men kwaliteitseisen stellen aan toeleveringsbedrijven. Op dat moment spreekt men van systeemkwaliteit oftewel het kwaliteitssysteem. In die fase kan men in aanmerking komen voor een ISO-certificaat.

Na de opbouw van het kwaliteitssysteem volgt als vierde stap de zogenaamde 'ketenkwaliteit': de zorg voor kwaliteit wordt uitgebreid naar een keten van organisaties. Dit betekent dat samengewerkt wordt met aangrenzende sectoren omdat ook daar de kwaliteit beïnvloed wordt. Bijvoorbeeld bij aflevering, of onderhoud en reparatie; denk in de gezondheidszorg aan afstemming en continuïteit van zorg. Dat in de gezondheidszorg al langer gewerkt wordt aan samenwerkingsverbanden blijkt uit het grote aantal (2000) zorgvernieuwingsprojecten waarin de samenwerking centraal staat (de Groot e.a., 1995).

In dit rapport laten we de vijfde fase - Total Quality Management - buiten beschouwing. In grote lijnen verstaat men hieronder een integratie van alle zorg voor kwaliteit, inclusief ARBO-zorg en de zorg voor het milieu zowel binnen als buiten de instelling. Hoe een dergelijke integratie eruit zou moeten zien in de zorgsector lijkt een vraag voor de toekomst.

1.4 Conclusie

Niet voor alle organisaties is het waarschijnlijk noodzakelijk te streven naar totale kwaliteit, maar juist voor gezondheidszorginstellingen met hun maatschappelijke functie is het essentieel om maatschappelijke verantwoording af te kunnen leggen door te laten zien wat er wordt gedaan, hoe het wordt gedaan en wat het voor de klant van de GGD (de gemeente, individuele cliënt of burger) oplevert.
GGD'en hebben door hun medeverantwoordelijkheid voor het lokale gezondheidsbeleid per definitie een maatschappelijke functie terwijl ook de professionals streven naar goede en steeds betere zorg voor de cliënt/afnemer. GGD'en kunnen daarom de volgende vraag als uitgangspunt nemen:

> "Is de organisatie erin geslaagd duidelijk te maken wat haar produkten zijn, heeft men daarbij zicht gekregen op de 'produktieprocessen' en heeft dat tevens geleid tot een effectief, flexibel, creatief en maatschappelijk verantwoord opereren?" (Hardjono en Hes, 1993, p. 75).

Voor de gezondheidszorg betekent dat ten eerste het expliciteren van de zorg die men levert en ten tweede het zorgen voor een goed verloop van het gehele dienstverleningsproces van begin tot einde zodat inzichtelijk wordt wat de bijdrage en meerwaarde van ieders aandeel is in dit proces. Een andere uitdaging is, zicht en daarmee greep te krijgen op de mate waarin de interne organisatie van de instelling bijdraagt aan een goed verloop van deze dienstverleningsprocessen (beseffen van wederzijdse afhankelijkheid). In termen van de kringloop betekent dit dat beleid en organisatorische voorwaarden afgestemd worden op (het verbeteren van) de resultaten van de dienstverleningsprocessen. Als op deze wijze een verbinding ontstaat tussen kwaliteitsactiviteiten ten aanzien van het dienstverleningsproces (professionals) en kwaliteitsactiviteiten op organisatorisch niveau (management) kan men met recht zeggen dat het geheel meer is dan de som der delen.

2. METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt in het kort beschreven op welke wijze geprobeerd is de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen bij GGD'en zich bevinden te achterhalen. Zoals reeds in de inleiding aangegeven, worden de vragen van dit onderzoek beantwoord door een secundaire analyse uit te voeren op de eerder verzamelde gegevens. Bij het onderzoek zijn alle 60 GGD'en in Nederland betrokken; dit maakt het mogelijk een representatief beeld van de sector te geven. De onderzoeksmethode was een schriftelijke enquête die aan de directies van de GGD'en is verstuurd.
In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op de respondenten. Paragraaf 2.2 beschrijft de ontwikkeling van de gebruikte vragenlijst. Paragraaf 2.3 is tenslotte gewijd aan een toelichting op de indeling van kwaliteitsactiviteiten in de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van het evaluatiemodel van de Nederlandse Kwaliteitsprijs, dat in hoofdstuk 1 is beschreven.

2.1 De respondenten

Aan alle GGD'en, instellingen in de thuiszorg, de verslaafdenzorg en het algemeen maatschappelijk werk is begin oktober 1994 de vragenlijst met een aanbevelingsbrief van de eigen koepelorganisatie en een aanbevelingsbrief van de onderzoekers verstuurd. Tevens zijn na verloop van tijd twee reminders verstuurd. De eerste na drie weken in de vorm van een brief en de tweede na nog eens zes weken in de vorm van een brief plus een vragenlijst.

Tabel 2.1 Het percentage instellingen dat per sector heeft gereageerd

Sector	aantal verstuurde vragenlijsten	respons	respons %
LVT, Thuiszorginstellingen	140	114	81
NeVIV, Verslaafdenzorg	48	30	62
VOG-AMW, Inst. voor Alg. Maatschappelijk Werk	159	106	67
GGD'en	60	45	75
Totaal	407	295	72,5

Van de 407 instellingen hebben 295 instellingen de vragenlijst geretourneerd. Dit is een respons van 72,5%. De respons van de afzonderlijke sectoren is terug te vinden in tabel 2.1. Hieruit blijkt dat tussen de 62 en de 81 procent van de instellingen heeft gereageerd; dit maakt het mogelijk een representatief beeld te geven van de sectoren.

2.2 De vragenlijst

De vragenlijst is gericht aan het management van de instelling omdat zij uiteindelijk verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en de invoering van kwaliteitssystemen, en omdat van het management kan worden verwacht dat zij een overzicht heeft over de ontwikkelingen in de instelling. Een nadeel is de eenzijdige invalshoek omdat de mening van de medewerkers niet is gevraagd.
In de enquête is niet rechtstreeks gevraagd naar de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen zich bevinden. Uitgaande van de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van de Nederlandse Kwaliteitsprijs is gevraagd welke activiteiten in het kader van kwaliteitszorg worden ontplooid.

Deze activiteiten kunnen worden gezien als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase op de verschillende aandachtsgebieden. Er is gekozen voor het vragen naar indicatoren in plaats van naar alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering in alle gebieden van de organisatie omdat het voor de hoogte van de respons van belang was de vragenlijst in omvang te beperken. De definitieve vragenlijst kon in 20 à 30 minuten worden ingevuld. Het invullen is eveneens vergemakkelijkt door de vragen in gebieden te clusteren die voor directies in de praktijk herkenbaar zijn: het kwaliteitsbeleid, redenen voor kwaliteitszorg, randvoorwaarden en personeelsmanagement, werken volgens protocollen, kwaliteitsbewaking/-verbetering volgens een cyclisch proces, externe oriëntatie en effecten en toekomst van kwaliteitsbewaking/-verbetering.

Tenslotte is in de enquête gevraagd naar enkele organisatiekenmerken zoals omvang, organisatiestructuur, wijze van besluitvorming enzovoorts, om te kunnen onderzoeken welke factoren samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt. Een eerste concept van de vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan de koepelorganisaties. Hun opmerkingen en suggesties (met name ook wat betreft de gehanteerde terminologie) zijn verwerkt. Een tweede conceptvragenlijst is op proef ingevuld door 14 directies van instellingen. Zij vonden de enquête begrijpelijk en er werden geen onderwerpen gemist. Wel is op hun advies de volgorde van de vragen veranderd. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.
Voor het beschrijven van de resultaten uit de vragenlijst is ervoor gekozen om in hoofdstuk vier eerst een overzicht te geven van alle voorkomende activiteiten die door de belangrijkste actoren binnen de GGD, management en professionals, worden ontwikkeld. De activiteiten die gericht zijn op de cliënt/afnemer van diensten worden apart besproken omdat hier beide actoren zijn betrokken. In hoofdstuk vijf wordt de overstap gemaakt naar het evaluatiemodel van de Nederlandse Kwaliteitsprijs door de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen bij GGD'en te beschrijven. De eerder beschreven activiteiten worden als voorbeelden gebruikt.

2.3 Operationalisatie van aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen

De in de vragenlijst gehanteerde indicatoren zijn voor het bepalen van de ontwikkelingsfasen waarin een GGD zich bevindt, vertaald naar de vijf organisatie-aandachtsgebieden van de Nederlandse Kwaliteitsprijs, te weten Leiderschap, Beleid en strategie, Personeelsbeleid, Middelenmanagement en Management van processen. Per aandachtsgebied worden vijf ontwikkelingsfasen onderscheiden. Op de resultaat-aandachtsgebieden wordt in dit rapport niet ingegaan omdat hiervoor niet voldoende gegevens zijn verzameld.
Aan de hand van de omschrijving die door het Instituut Nederlandse Kwaliteit bij de aandachtsgebieden en de ontwikkelingsfasen is gegeven, is elke indicator ingedeeld bij een deelaspect van een aandachtsgebied en een ontwikkelingsfase (bijlage 2). Het volgende voorbeeld kan deze procedure verduidelijken: de indicator 'aanwezigheid van een schriftelijk vastgelegde missie' is ingedeeld bij het deelaspect 'relatie organisatiebeleid met kwaliteitsmanagement' van het aandachtsgebied 'beleid en strategie'. Een organisatie die aan deze indicator voldoet, bevindt zich in fase 1. De vakjes in de matrices zijn op deze manier gevuld met de vragen uit de vragenlijst. De volgende kanttekeningen kunnen bij deze procedure worden geplaatst:
Ten eerste is de toedeling van sommige indicatoren aan aandachtsgebieden evenals de toedeling van indicatoren aan ontwikkelingsfasen niet altijd eenduidig en zonder problemen mogelijk. De invulling die aan een activiteit wordt gegeven bepaalt namelijk in hoeverre de activiteit voldoet aan de gestelde eisen voor aandachtsgebied en ontwikkelingsfase. Dit wil zeggen dat het enkel aanwezig zijn of hebben van een kwaliteitsprofiel of een protocol niet voldoende is. De manier waarop bijvoorbeeld het protocol gehanteerd wordt en 'leeft' bij de medewerkers is bepalend voor de ontwikkelingsfase. Dit is dus in principe alleen door de instelling zelf goed te beoordelen.

Daarnaast is het met de vragen uit de vragenlijst niet mogelijk alle deelaspecten van elk aandachtsgebied en alle ontwikkelingsfasen in te vullen. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is namelijk rekening gehouden met de praktische haalbaarheid van het invullen door directieleden. Dit betekende dat alleen naar de in de gezondheidszorg meest voorkomende en relevante activiteiten is gevraagd. De keuze van de activiteiten is voorgelegd aan een panel van deskundigen en 14 instellingsdirecteuren met de vraag de relevantie van de vragen te beoordelen en eventueel ontbrekende activiteiten toe te voegen of overbodige activiteiten door te strepen. Deze manier van selecteren wordt gesteund door de Nederlandse Kwaliteitsprijs die aangeeft dat de deelaspecten bedoeld zijn om te illustreren wat met een aandachtsgebied tot uiting kan komen; met expliciet de mogelijkheid deelaspecten naar eigen inzicht aan te passen.
Een andere opmerking die geplaatst kan worden bij de ontwikkelingsfasen is dat activiteiten van een bepaalde fase kunnen verdwijnen of zelfs taboe worden in de volgende fase. Dit geldt bijvoorbeeld bij het aandachtsgebied Beleid en strategie waarbij een sterke top-down benadering met het bereiken van een verdere ontwikkelingsfase langzaam verandert in een benadering waarbij ook personeelsleden en cliënten/afnemers inspraak krijgen (bottom-up). Dit betekent dat van organisaties in fase drie niet kan worden geëist dat zij ook aan de indicatoren voor fase één voldoen. In andere gevallen moeten instellingen ook aan de activiteiten van een eerdere fase voldoen omdat de activiteiten van een volgende fase een uitbreiding zijn van de activiteit die reeds in een eerdere fase heeft plaatsgevonden. De deelsystemen zijn hier een goed voorbeeld van. In bijlage 2 is in een schema weergegeven welke indicatoren per aandachtsgebied gebruikt zijn voor de toedeling aan ontwikkelingsfasen. Tevens wordt de gebruikte puntentelling beschreven.

3. WAAROM WERKEN GGD'en AAN SYSTEMATISCHE KWALITEITSZORG EN HOE KAN DE IMPLEMENTATIE WORDEN BEVORDERD?

Zoals al eerder gezegd, is het streven naar een goede dienstverlening niet nieuw voor GGD'en en andere zorginstellingen. De medewerkers gingen op cursus, op afdelingen vond overleg plaats over de manier waarop de doelgroep kon worden bereikt en in het jaarverslag kon bijvoorbeeld iedereen teruglezen hoe hoog de opkomst was bij bevolkingsonderzoek of het aantal verrichte vaccinaties op het spreekuur. Nieuw is wel de in de laatste jaren opgekomen expliciete aandacht voor kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen als middel om de kwaliteit van de diensten te waarborgen en te verbeteren. Tevens wordt beoogd klanten, zoals gemeente, individuele cliënten en burgers meer inzicht en inspraak te geven in de dienstverlening. De vraag is waarom zorginstellingen steeds vaker een kwaliteitssysteem ontwikkelen.
In dit hoofdstuk wordt beschreven waarom GGD'en expliciet en systematisch werken of willen werken aan kwaliteitsbewaking en -verbetering, welke toekomstplannen GGD'en hebben en hoe de implementatie ervan kan worden bevorderd. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de druk c.q. de invloeden vanuit de omgeving. Voor de continuïteit van kwaliteitssystemen is druk van buitenaf niet voldoende maar zijn motivatie en bereikte effecten even belangrijk. In paragraaf 3.2 wordt gekeken in hoeverre de verwachting van de directie en de reeds bereikte positieve en negatieve effecten een rol spelen bij het invoeren van kwaliteitssystemen. Indien relevant worden de gegevens van GGD'en vergeleken met ander zorginstellingen. Ten slotte wordt in paragraaf 3.3 gekeken op welke wijze GGD'en kunnen worden ondersteund bij het (verder) invoeren van kwaliteitssystemen. Het hoofdstuk besluit met enkele conclusies.

3.1 Invloeden vanuit de omgeving

Momenteel is de omgeving van GGD'en zeer aan veranderingen onderhevig. De noodzaak tot gemeentelijke kostenbesparingen leidt binnen GGD'en tot discussies over de missie, de ontwikkeling van nieuwe taken en werkwijzen, een kwaliteitsprofiel, en landelijke ondersteunings- en opleidingsinstituten. Daarnaast zijn er discussies over de vraag in welke mate een GGD uitvoerend moet zijn dan wel beleidsmatige ondersteuning aan de gemeente(n) moet geven, en in hoeverre de uitvoeringstaken van de GGD moeten worden geprivatiseerd.
In het algemeen wordt gesteld dat organisaties aan kwaliteitszorg moeten gaan werken omdat de klanten mondiger worden, dat men door de grotere samenwerking met andere organisaties op elkaars kwaliteit moet kunnen vertrouwen, de toenemende concurrentie dit vraagt of wettelijke verplichtingen dit eisen. Welke van deze en andere redenen bij GGD'en een rol hebben gespeeld, is te zien in tabel 3.1 (naar de genoemde redenen is expliciet in de vragenlijst gevraagd, andere redenen zijn denkbaar).

Tabel 3.1 Percentage GGD'en dat onderstaande redenen heeft aangekruist om expliciet aan kwaliteitsbewaking/-verbetering te (willen) gaan werken (N=45)

Redenen	speelde niet mee	speelde enigszins mee	speelde in grote mate mee
Toenemende concurrentie	24	32	44
Naderende kwaliteitswet	32	56	12
Verwachte eisen financier	19	45	36
Klachten van klanten	49	46	5
Gestimuleerd door initiatieven vanuit de koepel	15	46	39
Gestimuleerd door ontwikkelingen in andere instellingen	26	55	19
Gestimuleerd door congressen, cursussen en/of literatuur	19	53	28

Bijna de helft van de GGD'en heeft aangegeven dat de druk van de concurrentie groter wordt en dat dit voor hen in grote mate meegespeeld heeft bij het opzetten van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Dit is begrijpelijk omdat de GGD naast het vervullen van wettelijke taken in het kader van de WCPV[1] ook markttaken uitvoert. Een voorbeeld hiervan is de bedrijfsgezondheidszorg waarin in de laatste jaren veel nieuwe particuliere arbo-diensten zijn opgericht die rechtstreeks concurreren met de diensten van GGD'en. In andere zorgsectoren hebben maar half zo veel instellingen (20%) aangegeven dat concurrentie een belangrijke drijfveer is geweest.
In meer dan drie kwart van de gevallen probeert de GGD in te spelen op de verwachte eisen van financiers. De relatie tussen GGD en gemeente is aan het verschuiven doordat het nieuwe gezondheidsbeleid met de WCPV is gedecentraliseerd naar de gemeenten. Hiermee hebben gemeenten en GGD een eigen verantwoordelijkheid gekregen voor integraal lokaal gezondheidsbeleid. Veel GGD'en hebben daarnaast met meerdere gemeenten te maken. Een goed functionerend kwaliteitssysteem geeft de GGD de mogelijkheid beter aan de behoefte van gemeenten te voldoen en zichtbaar te maken wat de GGD doet en hoe zij dit doet. Indien de groep GGD'en die het verst gevorderd is met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem wordt vergeleken met de overige GGD'en blijkt dat vergevorderde GGD'en vooral aan systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering werken om in te spelen op de eisen van financiers, de naderende kwaliteitswet en de ontwikkelingen in andere instellingen. Vergevorderd betekent in dit geval dat de GGD organisatiebreed en systematisch activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering heeft ontplooid. Tot nu toe is dit een kleine groep van 6 GGD'en.
Opvallend is dat initiatieven van de LVGGD veel GGD'en hebben gestimuleerd om aan kwaliteitszorg te gaan werken. Vergevorderde GGD'en hebben c.q. nemen relatief vaker deel aan de initiatieven van de LVGGD (niet in de tabel). Bij andere typen zorginstellingen speelde de desbetreffende koepelorganisatie een minder grote rol (bij 39% van de GGD'en t.o.v. 26% bij andere instellingen). De klachten van klanten en de naderende kwaliteitswet hebben daarentegen weinig GGD'en beïnvloed in hun keuze om aan kwaliteitszorg te gaan werken.

[1] WCPV: Wet collectieve preventie volksgezondheid

3.2 Verwachte en bereikte effecten als stimulans

Naast de druk vanuit de omgeving om aan kwaliteitszorg te werken, heeft 29% van de GGD'en aangegeven dat vooral interne redenen, zoals verwachtingen over de mogelijk te bereiken effecten, een rol hebben gespeeld. Dit percentage komt overeen met de percentages in andere zorgsectoren. Zowel management als medewerkers hebben specifieke verwachtingen op het moment dat zij aan kwaliteitsbewaking en -verbetering gaan werken. Hierbij moet worden gedacht aan de behoefte van medewerkers om verder te professionaliseren, een betere controle over het primaire proces in verband met de toenemende complexiteit van het werk, het verbeteren van de samenwerking tussen afdelingen, en de marktgerichtheid verbeteren om minder afhankelijk te worden van gemeentelijke financiën. Door kwaliteitstheorieën worden deze verwachtingen ondersteund en wordt er tevens van uitgegaan dat een kwaliteitssysteem leidt tot betere resultaten. Voortdurende verbetering van de processen moet leiden tot betere produkten en vooral ook tot meer tevreden klanten. Omdat de zorg voor kwaliteit staat of valt met de inzet van het personeel wordt daarnaast veel belang gehecht aan de tevredenheid van het personeel. In hoeverre dergelijke effecten door directies worden verwacht en hierdoor aanleiding kunnen zijn voor het opzetten van een kwaliteitssysteem is in tabel 3.2 te zien. Omdat sommige GGD'en al verder zijn in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem is in de tabel onderscheid gemaakt tussen effecten die worden verwacht en effecten die inmiddels gerealiseerd of bereikt zijn. Gerealiseerde positieve effecten zijn bij veranderingsprocessen zoals het invoeren van een kwaliteitssysteem een stimulans voor alle betrokkenen omdat zichtbaar wordt dat de gewenste doelen kunnen worden bereikt. Eveneens kunnen negatieve effecten op deze manier belemmerend werken voor de verdere ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Hierop komen wij later terug.

Tabel 3.2 Percentage GGD'en dat onderstaande effecten van systematische kwaliteitsbewaking/-verbetering verwacht(N=45)

Effecten	wordt niet verwacht	wordt verwacht	reeds bereikt
Tevredenheid klanten en gebruikers			
Toename klantgerichtheid	2	83	14
Toename tevredenheid gebruikers	12	81	7
Tevredenheid medewerkers			
Toename tevredenheid personeel	15	80	5
Toename inzet en flexibiliteit van het personeel	26	67	7
Functioneren van de instelling			
Betere profilering van de GGD	7	81	12
Toename beheersbaarheid organisatie door management	10	71	19
Financiële resultaten			
Kostenbesparing op lange termijn	54	46	-

Uit tabel 3.2 blijkt dat men hoge verwachtingen heeft van systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering. Bij meer dan 80% van de GGD'en wordt verwacht dat met kwaliteitszorg een toename van de klantgerichtheid, een betere profilering en een toename van de tevredenheid van personeel en gebruikers kan worden bereikt. Bij gemiddeld één op de tien GGD'en is volgens de directie een grotere tevredenheid ook zichtbaar geworden. Het meest geven directies aan dat de beheersbaarheid van de organisatie is toegenomen.

Van alle mogelijke positieve effecten wordt kostenbesparing het minst vaak genoemd: hoewel 46% van de GGD'en op de lange termijn wel kostenbesparingen verwacht, heeft nog geen van de GGD'en dit inmiddels bereikt.
Indien we weer de groep GGD'en die het verst gevorderd is met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem vergelijken met de overige GGD'en dan blijkt dat vergevorderde GGD'en gemiddeld vaker positieve effecten rapporteren over de klantgerichtheid, de tevredenheid van het personeel en de profilering van de instelling. Vergelijkbare verschillen zijn ook gevonden in het landelijke onderzoek naar ontwikkelingsfasen van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Dit betekent dat eerst een aantal jaren in kwaliteitszorg geïnvesteerd moet worden alvorens zichtbare effecten voor de organisatie als geheel optreden.
Afhankelijk van de verwachte effecten kunnen directies activiteiten stimuleren op verschillende terreinen zoals het personeelsbeleid, op het gebied van procesbeheersing of het betrekken van klanten. In het volgende hoofdstuk zullen deze activiteiten nader worden beschreven.

Naast positieve effecten rapporteren GGD'en die met activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering zijn begonnen dat het aantal en de aard van de regelingen in de organisatie zijn veranderd. Tegenstanders van kwaliteitssystemen waarschuwen voor ongewenste neveneffecten als extra kosten, een toename van de werkdruk, en regels die kunnen leiden tot demotivatie van het personeel. Dit zou voor het management een reden kunnen zijn om niet aan kwaliteitszorg te gaan werken. In hoeverre de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking en -verbetering daadwerkelijk van invloed is op de regelgeving in de organisatie en ongewenste neveneffecten optreden, is te zien in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Percentage GGD'en waarbij aantal en aard van de regels onder invloed van kwaliteitsactiviteiten is veranderd en negatieve effecten zijn opgetreden (N=45)

	% GGD'en *
Regelingen en procedures	
Toename van regels en procedures	60
Bewaking van regel en procedures	53
Formalisering van regels en procedures	40
Verwijdering van regels en procedures	23
Ongewenste neveneffecten	
Toename werkdruk	32
Toename van de kosten	10
Demotivatie en ontevredenheid van medewerkers	7
Verstarring en gebrek aan flexibiliteit van medewerkers	5

* GGD'en hebben meerdere antwoorden aangekruist

Bij ruim de helft van de GGD'en hebben de kwaliteitsactiviteiten geleid tot een toename van het aantal regels en procedures in de GGD. Bij de helft van de GGD'en worden bestaande regels en procedures beter bewaakt. Bijvoorbeeld: Zijn de begeleidingsplannen volledig ingevuld? Wordt de klachtenregistratie periodiek geanalyseerd? Rapporteren commissies en werkgroepen regelmatig over hun bevindingen? Worden voorgenomen (werk)plannen gerealiseerd? In zijn algemeenheid kan men zeggen dat ad-hoc activiteiten worden gesystematiseerd. De deelsystemen die in het volgende hoofdstuk uitvoerig aan de orde komen, zijn daar een voorbeeld van. Bij bijna de helft van de GGD'en zijn informele regels geformaliseerd. Dit kan betekenen dat impliciete afspraken op schrift worden gesteld of dat routinehandelingen worden geëxpliciteerd of geprotocolleerd (bijvoorbeeld de voorlichting aan specifieke klantencategorieën, de samenwerking bij opsporingsonderzoek, de rapportage naar verwijzers enzovoorts).

Door een kwart van de GGD'en wordt gemeld dat inmiddels overbodige regels en procedures zijn verwijderd. Onbekend is of dit gebeurd is omdat het 'papieren' procedures waren of dat de verwijdering gebaseerd was op onderzoek naar de effectiviteit van de procedures. Door slechts 12% van de GGD'en wordt gemeld dat er niets aan de regelgeving is veranderd.

3.3 Maatregelen om de implementatie van kwaliteitssystemen te bevorderen

Veel GGD'en hebben in de vragenlijst aangegeven dat zij ook in de komende jaren van plan zijn door te gaan met het ontwikkelen en implementeren van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Zowel GGD'en die nog aan het begin van het ontwikkeltraject staan als GGD'en die al verder zijn gevorderd, hebben aangegeven dat er behoefte bestaat aan ondersteuning.
De afgelopen jaren heeft met name de overheid een aantal projecten gesubsidieerd om de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te stimuleren. Een extra impuls zou daarnaast kunnen uitgaan van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin een systematische bewaking van de kwaliteit wettelijk verplicht wordt gesteld. Voor 68% van de GGD'en was de kwaliteitswet, zoals we in tabel 3.1 zagen, één van de redenen om aan systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering te gaan werken. De vraag is nu, zijn deze maatregelen afdoende om de in gang gezette ontwikkelingen te continueren of vraagt dat andersoortige maatregelen? Daarom is in de enquête letterlijk de volgende open vraag aan de directies gesteld: "Hoe kunnen volgens u de overheid, koepels en financiers de zorginstellingen stimuleren om blijvend systematische aandacht aan kwaliteit te besteden?" De antwoorden zijn in tabel 3.4 weergegeven.

Tabel 3.4 Maatregelen die volgens de directies van GGD'en nodig zijn om de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te bevorderen *

Maatregelen m.b.t.:	aantal	%
Externe beoordeling (toetsing, visitatie, certificering, etc.)	21	33%
Deskundigheidsbevordering en ondersteuning	15	23%
Financiering van (ontwikkelings)kosten	9	14%
Stabiliteit en duidelijkheid	8	13%
Wetgeving en regelgeving	6	9%
Arbeidsomstandigheden en werkdruk	1	2%
Overig	4	6%
Totaal	64	100%

* meerdere maatregelen per instelling genoemd

Uit de tabel blijkt dat de meeste GGD'en van mening zijn dat externe beoordeling de ontwikkeling van kwaliteitssystemen kan bevorderen. Van de 21 GGD'en, die voorstander zijn van externe beoordeling, acht eenderde (7 GGD'en) certificering gewenst, terwijl tweederde (14 GGD'en) voorstander is van visitatie, interinstitutionele toetsing of beoordeling door de koepelorganisatie.
In de vragenlijst is ook direct gevraagd of GGD'en zich binnen de komende drie jaar willen laten beoordelen. Op deze vraag heeft 56% van de GGD'en positief geantwoord. De volgende vormen van beoordeling zijn aangekruist:

- certificerende instelling 23%
- visitatie door de koepelorganisatie 19%
- interinstitutionele toetsing 5%
- beoordeling door patiëntenorganisatie 0%
- overige vormen van beoordeling 30%

Bijna een kwart van de GGD'en is voornemens het kwaliteitssysteem te laten beoordelen door een certificerende instelling. Een op de vijf GGD'en hebben plannen zich te laten beoordelen door de koepelorganisatie en 5% via interinstitutionele toetsing (doorgaans ook vanuit de koepel georganiseerd). Geen van de GGD'en wil zich laten beoordelen door patiëntenorganisaties. Gezien de taken van de GGD (reizigersvaccinatie, vangnetfunctie voor daklozen of verslaafden) ligt dit ook niet voor de hand. De andere helft van de GGD'en heeft geen voornemens om het systeem te laten beoordelen. Let wel, het gaat hier om toekomstplannen in de komende drie jaar (zoals in de enquête was gevraagd).
Daarnaast hebben GGD'en behoefte aan hulp bij de verdere ontwikkeling en invoering van de kwaliteitssystemen (15 maal genoemd) in de vorm van deskundigheidsbevordering, een goed scholingsaanbod, en hulpmiddelen en instrumenten voor kwaliteitsverbetering. Dat de LVGGD daarin een rol kan vervullen wordt door 5 GGD'en expliciet vermeld. De overigen doen hierover geen uitspraken. Het belang dat aan scholing, instrumenten en ondersteuning wordt gehecht valt te begrijpen uit het feit dat de meerderheid van de GGD'en nog bezig is met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Voor de continuering lijkt men vooral behoefte te hebben aan effectieve methoden om de kwaliteitsbewaking en -verbetering te realiseren.
In tabel 3.4 worden als derde voorwaarde voor bevordering van implementatie de financiering genoemd. Het gaat hier zowel om de financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten als om het opnemen van de extra kwaliteitskosten in de tariefopbouw. Dit valt te begrijpen uit het feit dat de kosten niet zo snel terug worden verdiend als algemeen wordt aangenomen; nog geen van de GGD'en heeft tot nu toe een kostenbesparing kunnen realiseren (zie tabel 3.2).
Ten aanzien van de wet- en regelgeving wordt zowel gewezen op de wenselijkheid dat de kwaliteitswet wordt ingevoerd als op de noodzaak kwaliteitsactiviteiten op te nemen in contracten met financiers. Ongeveer 6 GGD'en achten het introduceren van het marktmechanisme en dus vermindering van regelgeving door de overheid een goede manier om de kwaliteitssysteemontwikkeling te stimuleren.
Van een iets andere orde, tot slot, is de behoefte aan stabiliteit en aan duidelijkheid omtrent de eisen die met name door de financiers aan de kwaliteitsbewaking (zullen) worden gesteld.

3.4 Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat uiteenlopende redenen een rol spelen bij de keuze om wel of niet aan systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering te beginnen. Voor elke organisatie zullen afhankelijk van de omgeving en de houding van de medewerkers andere factoren van doorslaggevend belang zijn. Desalniettemin worden de toenemende concurrentie, de verwachte eisen van de financiers en de initiatieven van de LVGGD het meest genoemd.
De meeste GGD'en verwachten dat door kwaliteitsbewaking en -verbetering zowel klanten als personeel meer tevreden zullen zijn. Daarnaast werkt de mogelijkheid de eigen organisatie beter te profileren stimulerend. GGD'en die reeds verder zijn in de ontwikkeling van hun kwaliteitssysteem melden vaker dat de klantgerichtheid en de tevredenheid van het personeel is toegenomen, en de profilering van de organisatie is verbeterd dan de overige GGD'en.
Naast deze positieve effecten is in dit hoofdstuk gebleken dat GGD'en die voor de keuze staan om systematisch aan kwaliteitszorg te gaan werken ook rekening moeten houden met ongewenste neveneffecten en invloeden op de regelgeving in de organisatie. Vooral aan het begin moet extra geld en tijd worden uitgetrokken om een andere manier van denken en werken aan te leren. Dit leidt tot een toename van de werkdruk en de kosten. Indien de organisatie na verloop van tijd er niet in slaagt de werkdruk terug te brengen zal dit kunnen omslaan in demotivatie en ontevredenheid bij medewerkers. De invloed op de regelgeving is tweeledig: enerzijds leiden kwaliteitsactiviteiten tot een toename en formalisering van de regelgeving in de organisatie, anderzijds tot het afschaffen van (wellicht ineffectieve) regelgeving.

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat naarmate het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is, meer positieve effecten zichtbaar worden, maar dat de kosten niet dalen.

Ten aanzien van de verdere implementatie van kwaliteitssystemen bij GGD'en valt op dat een meerderheid het stimulerend vindt als het kwaliteitssysteem zou worden beoordeeld. Hierbij wordt zowel aan een certificerende instelling gedacht als aan vormen van interinstitutionele toetsing of visitatie.

4. ACTIVITEITEN VAN GGD'en IN HET KADER VAN KWALITEITSZORG

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsactiviteiten die door GGD'en worden uitgevoerd. Deze activiteiten kunnen worden beschouwd als de bouwstenen van het kwaliteitssysteem. Bij het beschrijven maken wij onderscheid in activiteiten die door het management worden ondernomen, activiteiten van professionals en activiteiten gericht op klanten. Deze indeling is gekozen omdat management en professionals verschillende activiteiten ontplooien op het gebied van kwaliteitszorg. Beide groepen hebben hun eigen belangen en verantwoordelijkheden die terug te vinden zijn in de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. In het volgende hoofdstuk worden deze activiteiten ingedeeld volgens de in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem en vergeleken met de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg.

Paragraaf 4.1 geeft een overzicht van de activiteiten van het management. Hierbij wordt ingegaan op het kwaliteitsbeleid van de GGD'en en de strategie die men hanteert om het kwaliteitssysteem in te voeren. Daarnaast wordt beschreven welke extra voorzieningen directies ter beschikking stellen om kwaliteitsactiviteiten in te voeren en te onderhouden en hoe zij zelf de betrokkenheid van medewerkers stimuleren. In paragraaf 4.2 staat de professionele normering centraal, en dan met name de ontwikkeling van protocollen, standaarden of richtlijnen. Tevens worden enkele kwaliteitsdeelsystemen belicht die tot doel hebben de zorgverlening te bewaken en te verbeteren. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 beschreven in welke mate klanten worden betrokken bij kwaliteitsbewaking. Tevens wordt ingegaan op de samenwerking tussen GGD'en en andere zorgaanbieders in de regio om afstemming en continuïteit te bewerkstelligen.
In elke paragraaf worden naast een overzicht van de stand van zaken over alle GGD'en enkele kenmerkende ontwikkelingen uitgelicht en verduidelijkt met voorbeelden uit de bij de teruggestuurde enquête gevoegde jaarverslagen. De voorbeelden zijn willekeurig gekozen en hebben tot doel de algemeen omschreven activiteiten te concretiseren. Uiteraard zijn er veel verschillende mogelijkheden om vorm te geven aan de uiteenlopende activiteiten.

4.1 Activiteiten van het management

De activiteiten van het management zijn onderverdeeld in de gebieden beleid en strategie, randvoorwaarden en personeelsbeleid. Alle gebieden behoren tot de reguliere managementfunctie maar vragen in het kader van kwaliteitszorg nieuwe activiteiten.

Beleid en strategie
De mate waarin de GGD'en expliciet aandacht aan kwaliteitszorg besteden komt tot uiting in het kwaliteitsbeleid van de GGD'en. De eerste vraag is dan ook hoeveel GGD'en een kwaliteitsbeleid hebben geformuleerd en schriftelijk hebben vastgelegd. Bij het formuleren van het kwaliteitsbeleid dient zich altijd de vraag aan: "Wat willen we als GGD'en bereiken; wat zijn eigenlijk onze 'produkten' en welke eisen worden daaraan gesteld, kortom, wat is onze visie op de dienstverlening?". De beantwoording van dergelijke vragen geeft richting aan het kwaliteitsbeleid.
Een volgende stap is de uitvoering van dit beleid. Het kwaliteitsbeleid wordt vertaald in concrete maatregelen die in werkplannen worden vastgelegd. Aan de hand van dergelijke werkplannen wordt het beleid uitgevoerd en geëvalueerd.

Tenslotte zullen GGD'en de aandacht voor kwaliteit zichtbaar willen maken, enerzijds om het vertrouwen in en het imago van de GGD'en te vergroten, anderzijds om verantwoording aan derden af te leggen. Via een kwaliteitshandboek maakt men zichtbaar dat de GGD'en het overzicht hebben over alle gangbare procedures, en via een kwaliteitsjaarverslag kan men aantonen op welke wijze men het afgelopen jaar aan kwaliteitsverbetering heeft gewerkt.
In tabel 4.1 is te zien hoeveel GGD'en reeds over dergelijke documenten beschikken en hoeveel GGD'en bezig zijn met de ontwikkeling ervan. De aantallen zijn uitgedrukt in percentages.

Tabel 4.1 Percentage GGD'en dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=45)

Documenten	nee	in ontwikkeling	ja
Missie of visie op schrift	9	13	78
Produktomschrijvingen	11	40	49
Kwaliteitsprofielen	56	31	13
Kwaliteitsbeleid op schrift	58	33	9
Kwaliteitswerkplan voor de GGD	68	25	7
Kwaliteitswerkplan voor sommige afdelingen	45	23	32
Kwaliteitswerkplan voor alle afdelingen	82	18	-
Kwaliteitsjaarverslag	87	11	2
Kwaliteitshandboek	75	21	4

De tabel moet als volgt gelezen worden: 9% van de GGD'en heeft geen missie op schrift, bij 13% van de GGD'en wordt gewerkt aan het ontwikkelen ervan en 78% van de GGD'en heeft een missie op schrift gesteld. Een algemeen voorbeeld van een missie is:

> 'De missie van de GGD laat zich vertalen tot de drie B's als kernfuncties: Bewaken, Beschermen en Bevorderen van de volksgezondheid in de regio.'

Een missie kan ook worden geformuleerd als doelstelling van de organisatie, zoals:

> 'De GGD heeft als doel het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de bevolking in haar regio, voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter, alsmede het bieden van een vangnet voor groepen en individuen die niet of onvoldoende geholpen worden door de reguliere hulp- en dienstverlenende instellingen'.

Bijna de helft van de GGD'en (ruim 49%) heeft de zorg of diensten die geleverd worden geëxpliciteerd (produktomschrijvingen). Nog eens 40% van de GGD'en is met de ontwikkeling hiervan bezig. Het aantal en type produkten zal per GGD verschillen door de sterke gerichtheid op de lokale bevolking en de daarin voorkomende gezondheidsproblemen. Desondanks zijn de activiteiten van veel GGD'en geclusterd in een aantal afdelingen: algemene gezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bedrijfsgezondheidszorg, ambulancevervoer en beleidsondersteuning. De afdeling algemene gezondheidszorg biedt dan bijvoorbeeld produkten aan als infectieziektebestrijding, reizigersvaccinatie, hygiënebegeleiding of sociaal medische advisering. Een concrete omschrijving van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de dienstverlening moet voldoen (kwaliteitsprofiel) heeft daarentegen pas 13% van de GGD'en opgesteld. Bij het systematisch beschrijven van processen kunnen onduidelijkheden aan het licht komen of variëteiten in de uitvoering zichtbaar worden die vervolgens op elkaar kunnen worden afgestemd of gestandaardiseerd.

Bij eveneens bijna de helft van de GGD'en (ruim 42%) wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid en de vertaling daarvan in kwaliteitswerkplannen. Bij één op de tien GGD'en is dit inmiddels voltooid. Wanneer we aan deze groep vragen sinds wanneer het kwaliteitsbeleid op schrift is gesteld, blijkt dat vier van de zes GGD'en sinds 1994 hierover beschikt.
Een GGD heeft bijvoorbeeld de volgende uitgangspunten en doelstellingen van het kwaliteitsbeleid geformuleerd:

Uitgangspunten van het kwaliteitsbeleid
- de GGD is één organisatie, die als zodanig herkenbaar naar buiten treedt.
- het kwaliteitsbeleid vraagt aandacht van alle medewerkers en een actieve inzet van velen daarvan
- de GGD voert een dienstbreed kwaliteitsbeleid, dat voldoet aan de externe verplichtingen van elk van de onderdelen van de dienst

Doelstelling van het kwaliteitsbeleid
De doelstelling van het kwaliteitsbeleid van de GGD is enerzijds te bewerkstelligen dat de kwaliteit voldoet aan de formele criteria van de organisatie als geheel en van onderdelen daarvan, en anderzijds dat een gestructureerd en permanent proces bestaat van analyse, verbetering, evaluatie en borging, dat wordt gedragen door alle medewerkers. De klantenkring wordt betrokken bij de ontwikkeling van de produkten. Klanten moeten inzicht hebben in deze produkten en hun specificaties.'

In het kwaliteitswerkplan van de afdeling jeugdgezondheidszorg kan ten aanzien van het produkt 'bewaken van de gezondheid van jeugdigen' staan:

> 'Het doel van de afdeling JGZ is het systematisch bevorderen van een zo groot mogelijke deelname van jeugdigen aan de tandzorg. Men wil 90% van de jeugdigen in de regio bereiken en om dit te bereiken moeten de contacten met scholen worden versterkt en moet extra voorlichting worden gegeven tijdens specifieke lesuren. Aan het eind van het jaar zal worden geëvalueerd hoeveel kinderen men op deze manier heeft bereikt.'

Slechts een klein deel van de GGD'en is aangeland bij de volgende stap, het afleggen van verantwoording via een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitshandboek (respectievelijk 2% en 4%). Wel is te zien dat bijna een kwart van de GGD'en (21%) eraan werkt alle procedures en afspraken die betrekking hebben op een afdeling, een sector of de organisatie als geheel vast te leggen. Aangezien procedures kunnen veranderen, worden in sommige GGD'en medewerkers aangesteld als beheerders van de handboeken.

> 'In een kwaliteitsjaarverslag kan worden opgenomen hoeveel klachten er het afgelopen jaar zijn geweest en hoeveel klanten er alsnog tevredengesteld konden worden. Motiverend is het als ook het aantal positieve opmerkingen en dankbrieven wordt vermeld'.

In de enquête is aan het management gevraagd welke strategie zij volgen om een kwaliteitssysteem voor de GGD te ontwikkelen en in te voeren. Uit de antwoorden op deze open vraag blijkt dat ongeveer de helft van de GGD'en een bewuste strategie volgt en de kwaliteitsactiviteiten niet laat afhangen van ad hoc initiatieven. Een derde van de GGD'en heeft voor een top-down aanpak gekozen wat betekent dat het management eerst een visie op kwaliteit en een werkplan ontwikkelt en deze daarna uitdraagt naar de medewerkers. Op centraal niveau worden de witte plekken van de organisatie bepaald en worden stappen geformuleerd om deze in te vullen.
Een op de vijf GGD'en heeft gekozen voor een bottom-up aanpak; op kleine schaal invoeren van verbeterprojecten die door medewerkers zelf zijn aangedragen. De medewerkers worden begeleid door een kerngroep met vertegenwoordigers uit alle afdelingen. De verantwoordelijkheid wordt bij de medewerkers en het afdelingshoofd gelegd. GGD'en die zowel top-down als bottom-up werken (32%) geven aan dat zij de taken en verantwoordelijkheden hebben verdeeld.

De inhoud, wat verbeterd moet worden, wordt door de afdelingen aangegeven met een duidelijk accent op de professionele inbreng. De coördinatie en zorg voor een planmatige aanpak ligt bij het managementteam terwijl verbeteringen van de bedrijfsvoering als geheel ontwikkeld en aangestuurd wordt door de directie. De opvattingen over de beste manier om een kwaliteitssysteem in te voeren verschillen in de praktijk. De kans is groot dat organisaties die vooral top-down of bottom-up werken op een gegeven moment vastlopen omdat delen van de organisatie zich niet betrokken voelen bij het proces en zich niet verplicht voelen eraan mee te werken (Buis en Maarleveld, 1995).

Randvoorwaarden
Veel GGD'en hebben te maken met een hoge werkdruk door een toenemende vraag of onderbezette afdelingen. In deze situatie is het vaak moeilijk om extra inzet en inspanningen van medewerkers te vragen voor het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking of -verbetering. Bijna alle directies van GGD'en (93%) hebben dan ook één of meer extra voorzieningen getroffen voor het bevorderen van kwaliteitsbewaking. In onderstaande tabel wordt hiervan een overzicht gegeven.

Tabel 4.2 Percentage GGD'en dat de volgende voorzieningen heeft getroffen om activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering te ondersteunen (N=45)

Aanstellen kwaliteitscoördinator	38
Gebruik maken van externe ondersteuning	36
Instellen werkgroepen	24
Instellen stuurgroep	20
Apart gereserveerd budget	9

Ruim een derde van de GGD'en heeft een kwaliteitsmedewerker of -coördinator aangesteld. Niet in alle gevallen gaat het hierbij om een nieuwe medewerker maar is een beleidsmedewerker vrijgesteld voor het opzetten van verbeterprojecten, het begeleiden van intercollegiale toetsing of het opzetten van een werkplan. In sommige GGD'en is ervoor gekozen om op iedere afdeling een kwaliteitscoördinator aan te wijzen; niet zijnde het afdelingshoofd. Een andere mogelijkheid is het instellen van een stuurgroep (20%) of kwaliteitswerkgroepen (24%). Hiervan maakt een kwart van de GGD'en gebruik.

> Bij een GGD is een 'Werkgroep kwaliteit afdeling JGZ' opgericht die tot taak heeft met het kwaliteitsbeleid te starten, de processen binnen de afdeling in kaart te brengen, de overdraagbaarheid van werkzaamheden en de uniformiteit van werken te bevorderen.
>
> Een andere mogelijkheid is een 'GGD-brede stuurgroep kwaliteit'. De stuurgroep bestaat uit de directeur, het waarnemend hoofd van de ambulance-dienst, een sociaal verpleegkundige, een GVO-functionaris, een jeugdarts en de beleidsmedewerker. De stuurgroep komt regelmatig bij elkaar en belicht elke keer stapsgewijs een bepaald onderwerp.

Eveneens wordt vaak gebruik gemaakt van externe ondersteuning door een adviesbureau of de LVGGD. Een minderheid van de GGD'en (9%) heeft een deel van het budget gereserveerd voor kwaliteitszorg. Deze extra voorzieningen worden gezien als tijdelijke investering. In kwaliteitstheorieën wordt ervan uitgegaan dat deze investering zich terugverdient omdat een betere procesbeheersing op den duur leidt tot een beter produkt, tevreden klanten en meer doelmatigheid. In hoeverre dit laatste gerealiseerd wordt bij GGD'en wanneer de systemen onderdeel uitmaken van de normale bedrijfsvoering, zal de toekomst moeten uitwijzen.

Personeelsbeleid
Het zijn de medewerkers en de professionals in de GGD die kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de diensten die zij verlenen als in de samenwerking met elkaar. Dat is de reden dat in kwaliteitstheorieën veel nadruk wordt gelegd op personeelsbeleid en leiderschap. Uitgangspunt is daarbij de vraag: wat doen directie en management om medewerkers en professionals te stimuleren tot zorg voor kwaliteit? Vervullen zij een voorbeeldrol en waarderen zij de inspanningen die medewerkers zich getroosten?
Het belang dat de leiding aan kwaliteit hecht komt tot uiting in de wijze waarop de leiding het werk van medewerkers en professionals ondersteunt en de voorwaarden daarvoor creëert. In het personeelsbeleid kan dat zichtbaar worden in bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering en scholing, of het inruimen van extra tijd voor kwaliteitsactiviteiten. Wanneer directie en management de zorg voor kwaliteit serieus nemen, zal dat ook tot uiting komen in de leiding en sturing die daaraan wordt gegeven. Maatregelen die GGD'en nemen om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid zijn in tabel 4.3 te zien.

Tabel 4.3 Percentage GGD'en dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=45)

Stimulering en selectie	
Medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	79
Scholing van medewerkers/professionals in kwaliteitszorg	76
Scholing van management in kwaliteitszorg	64
Deelname aan kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd	60
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	33
Selectie van nieuwe medewerkers met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	30
Deelname aan kwaliteitsprojecten is verplicht	14
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	12
Sturing	
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	56
Directie**) geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de GGD'en	44
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	20
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	13
Via incentives	11
Via sancties	2

*) Medewerkers staat ook voor professionals
**) Directie staat ook voor leiding en management

In ruim tweederde van de GGD'en melden de directies dat zij de medewerkers en professionals stimuleren om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen en dat kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd mogen geschieden. In eveneens tweederde van de instellingen worden zowel medewerkers als leiding geschoold in kwaliteitszorg. Scholing in kwaliteitszorg betekent doorgaans dat methoden geleerd worden om de kwaliteitsbewaking en -verbetering op een systematische wijze aan te pakken, en dat de mentaliteit wordt bijgebracht om kritisch naar eigen werk te kijken. Een vorm van scholing die door sommige GGD'en wordt georganiseerd, is het regelmatig houden van workshops waarin verschillende onderwerpen aan de orde komen zoals het beschrijven van primaire processen, projectmatig werken, beleidsrapportage, enzovoorts.

Naast inhoudelijke effecten resulteren deze workshops in een gemeenschappelijke aandacht voor mogelijke verbeterpunten.
Minder vaak vindt scholing en selectie plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid. Het minst vaak melden GGD'en (12%) dat ook nieuwe medewerkers systematisch worden geschoold. Dit kan worden veroorzaakt doordat GGD'en weinig personeelsverloop kennen. In situaties waarin wel veel personeelswisselingen plaatsvinden kunnen ingezette veranderingen verwateren, zo hebben de voorlopers in een eerder onderzoek ervaren (Sluijs e.a., 1994).
Op welke wijze een GGD kan proberen via selectie de kwaliteit van de diensten te verhogen laat het volgende voorbeeld zien:

> 'Door het aantrekken van verpleegkundigen met relevante specialisaties voor de ambulancehulpverlening, zoals cardiologie of spoedeisende hulp, is het mogelijk meer adequate hulp ter plaatse te bieden'.

In de helft van de GGD'en geven directie en management expliciete sturing aan de kwaliteitsactiviteiten, door het bewaken van de (kwaliteits)werkplannen van de afdelingen of door aan te geven wat van medewerkers wordt verwacht aan kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Relatief weinig directies toetsen of de medewerkers zich aan de gemaakte afspraken houden. In vergelijking tot andere instellingen in de gezondheidszorg bewaken directies van GGD'en vaker de werkplannen van afdelingen (56% t.o.v. 39%), maar geven minder vaak aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van kwaliteitszorg (44% t.o.v. 59%) of toetsen of men zich aan de afspraken houdt (13% t.o.v. 38%).
Een meer indirecte manier van aansturen is het geven van systematische feedback aan medewerkers over bereikte en niet bereikte resultaten en doelstellingen. Hiervan maakt een op de vijf GGD'en gebruik. In hoeverre directie en management zelf een stimulerende voorbeeldrol vervullen is niet gevraagd (het is moeilijk voorstelbaar dat directies zelf zo'n vraag met 'nee' zouden beantwoorden). Andere door GGD'en gebruikte manieren om medewerkers bij systematische kwaliteitszorg te betrekken zijn:

- Personeelsbijeenkomsten waarop over de voortgang wordt gerapporteerd.
- Nieuwsbrief voor medewerkers en externen waarin alle ontwikkelingen worden beschreven.
- GGD-brede stafconferentie.
- Afdelingsgewijs medewerkers vragen kritisch naar de beschreven processen te kijken. Hieruit worden onderwerpen geselecteerd voor protocollen en verbeteractiviteiten.

Deelsystemen gericht op de organisatie
In een kwaliteitssysteem staat de bewaking, beheersing en verbetering van processen centraal. In een professionele organisatie als de GGD is het management vaak verantwoordelijk voor de ondersteunende processen en de afstemming tussen de diverse processen terwijl de professionals meer verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van het primaire proces. Zodra de procesbeheersing plaatsvindt volgens een kringloop van normeren, meten, evalueren en verbeteren spreekt men van een 'deelsysteem'. Dit betekent dat systematisch gemeten wordt of het dienstverleningsproces aan de gestelde eisen voldoet en dat op basis van deze gegevens verbeteringen worden aangebracht. Deelsystemen die in het verlengde liggen van de eerder genoemde taken van het management zijn in tabel 4.4 weergegeven. In de tabel is te lezen hoeveel GGD'en inmiddels deelsystemen gericht op de hele organisatie ontwikkeld hebben en in hoeverre deze deelsystemen cyclisch verlopen. In de laatste kolom staat het percentage instellingen dat de vraag niet heeft beantwoord.

Tabel 4.4 Percentage GGD'en dat onderstaande deelsystemen ontwikkeld heeft of waarbij het deelsysteem cyclisch volgens de kwaliteitskringloop functioneert (N=45)

Deelsystemen	ja	cyclisch	nee	miss
Functionerings/beoordelingsgesprek	38	58	4	-
Klachtenregistratie/behandeling	51	20	29	-
Management informatiesysteem	44	6	47	2
Interne audits	16	-	80	4
Interinstitutionele toetsing/visitatie	11	-	87	2

In een ruime meerderheid van de GGD'en (58%) worden regelmatig functionerings- of beoordelingsgesprekken met de medewerkers gehouden. Dit betekent dat in de functioneringsgesprekken bijvoorbeeld expliciet wordt gekeken naar de bijdrage die de medewerker levert aan de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Een klachtenregistratie gecombineerd met een helder klachtenreglement voor de klant en een duidelijke klachtenprocedure voor medewerkers kan veel verborgen onvrede boven tafel halen. Elke klacht moet dan worden gezien als mogelijkheid om de dienstverlening te verbeteren. Van een 'deelsysteem' is sprake indien de klachten periodiek en systematisch worden geanalyseerd en indien op basis van deze gegevens structurele verbeteringen worden aangebracht. Door driekwart van de GGD'en wordt een klachtenregistratie bijgehouden. Bij één op de vijf GGD'en (20%) wordt deze registratie geanalyseerd voor verbeteringen of is onderdeel van het kwaliteitssysteem.

Kwaliteitsbewaking met behulp van een management-informatiesysteem komt bij ongeveer de helft van de GGD'en voor. Een management-informatiesysteem is in de vragenlijst omschreven als: een systeem dat gegevens bevat over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan, zodat evaluatie en bijsturing van de kwaliteit van zorg op basis van gegevens kan geschieden. Op dit moment wordt in veel GGD'en informatie verzameld maar wordt deze nog niet regelmatig gebruikt voor evaluatie en bijsturing (20%).

Het bestaande registratiesysteem bleek niet flexibel genoeg voor een snelle en inzichtelijke aanlevering van managementinformatie. De GGD startte een project met als doel dat ten alle tijde gewenste managementinformatie voor management en professionals beschikbaar moet zijn. Gezamenlijk is gekeken wie aan welke informatie behoefte heeft; bijvoorbeeld een overzicht van het aantal verrichtingen, de bepaling van de piekmaanden, gezondheidsprofielen voor risicogroepen, budgetbewaking, controle op doorlooptijd van aanvragen en bewaken van percentage follow-up onderzoeken. De resultaten worden gebruikt bij intercollegiale toetsing, planning en beleidsvorming.

Kwaliteitsbewaking kan ook op een hoger niveau plaatsvinden door middel van interne audits of door visitatie of interinstitutionele toetsing. Met interne audit wordt bedoeld dat het management periodiek (jaarlijks of tweejaarlijks) onderzoekt of de kwaliteitsbewaking resultaat heeft: het management beoordeelt de kwaliteitsbewakende activiteiten of deelsystemen op hun effectiviteit en op basis van deze gegevens worden procedures of deelsystemen aangepast en verbeterd.
Bij visitatie of interinstitutionele toetsing gebeurt in feite hetzelfde, maar dan niet door het management zelf maar door externen, tot nu toe meestal door beroepsgenoten. In een externe audit zijn dit beoordelaars van een onafhankelijke stichting of certificerende instelling.

Ook bij visitatie of interinstitutionele toetsing worden suggesties voor verbetering gedaan. Ondanks de omschrijving van de deelsystemen in de vragenlijst is bij een beperkt validatie-onderzoek gebleken dat de begrippen interne audit, interinstitutionele toetsing/visitatie en management-informatiesysteem verschillend zijn geïnterpreteerd.
Bij een minderheid van de GGD'en vindt deze interne of externe toetsing plaats. Bij geen van de GGD'en wordt regelmatig of systematisch gekeken of de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering functioneren zoals ze zijn bedoeld, of wordt het kwaliteitssysteem van collega GGD'en beoordeeld.

Met een 'Handboek administratieve organisatie' waarin alle protocollen, afspraken en administratieve processen binnen de GGD zijn vastgelegd, en een omschrijving van de taakverdeling en verantwoordelijkheidsstructuur kan de GGD zijn administratieve organisatie laten visiteren. Bij een interne audit kan door een vergelijk van handboek en dagelijkse praktijk een evaluatie plaatsvinden

De hiervoor beschreven deelsystemen en de daaruit voortkomende informatie wordt in de meeste GGD'en alleen gebruikt door direct betrokkenen. Pas een klein aantal GGD'en is zo ver dat geprobeerd wordt samenhang aan te brengen tussen de deelsystemen; bijvoorbeeld door het kwaliteitsbeleid of het personeelsbeleid bij te stellen op grond van informatie die uit de functioneringsgesprekken naar voren komt (11% van de GGD'en). Bij de klachtenregeling kan men zich voorstellen dat de klachten niet alleen worden teruggekoppeld naar de individuele medewerker maar dat op basis van deze gegevens aanpassingen plaatsvinden in bijvoorbeeld de overdracht, de organisatie van de dienstverlening of het nascholingsbeleid (9%). Pas als deze samenhang tussen de afzonderlijke activiteiten is aangebracht kan sprake zijn van een functionerend kwaliteitssysteem dat een meerwaarde heeft voor de organisatie en de klant.

4.2 Activiteiten van professionals

In het kader van kwaliteit is het voor professionals kenmerkend dat zij zelf zeggenschap hebben over het uitvoeren van hun werkzaamheden en daar ook zelf controle op uitoefenen. Op grond van deze autonomie zijn professionals in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor hun eigen handelen. Aanvullend op de activiteiten van het management, zoals paragraaf 4.1 liet zien, ontwikkelen veel professionals binnen hun beroepsvereniging of in de eigen organisatie protocollen en richtlijnen. Naast protocollen wordt via het doorlopen van een cyclisch proces van evaluatie en verbetering geprobeerd knelpunten op te lossen en de dienstverlening te verbeteren.

Gebruik van protocollen
Zoals het management de diensten van de GGD, het (eind)produkt omschrijft, zo beschrijven professionals het dienstverleningsproces met behulp van protocollen, dat wil zeggen de wijze waarop en de volgorde waarin de dienstverlening tot stand komt. Doel van een protocol waarin het ideale verloop van het proces wordt vastgelegd, is te zorgen dat de processen van constante kwaliteit zijn. Aan de hand van het protocol kunnen processen bewaakt en dus beheerst worden.

De mate waarin GGD'en op één of meerdere afdelingen protocollen, richtlijnen of standaarden hanteren, voor onderdelen van het dienstverleningsproces of voor het gehele proces is in tabel 4.5 te zien. Het is belangrijk bij de interpretatie van de cijfers eraan te denken dat maar 16% van de GGD'en protocollen in de hele organisatie hanteert. Overwegend beperkt zich het gebruik van onderstaande protocollen dus op één of twee afdelingen van de GGD. Daarnaast is de onderstaande lijst niet uitputtend maar gaat het om de meest gebruikte protocollen, waarnaar in de vragenlijst expliciet is gevraagd.

Tabel 4.5 Percentage GGD'en dat onderstaande protocollen of standaarden hanteert (N=45)

Protocollen/standaarden m.b.t.	
Specifieke behandeling/verrichting/begeleiding	98
Voorbehouden handelingen	66
Samenwerking met andere GGD'en en zorgverleners	57
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	50
Routing van de klant van eerste contact tot afsluiting	48
Voorlichting aan klant	41
Medische hulpmiddelen	39
Kritische momenten in het dienstverleningsproces	25

In bijna alle GGD'en worden protocollen of standaarden gehanteerd voor specifieke verrichtingen. Ook voorbehouden handelingen en de samenwerking met andere GGD'en of organisaties zijn in tweederde van de GGD'en protocollair geregeld. Door de helft van de GGD'en wordt gemeld dat protocollen zijn ontwikkeld voor de hele routing van de klant vanaf het eerste contact tot afsluiting en specifieke doelgroepen. De term 'routing' moet breed worden geïnterpreteerd; bij de sociaal medische advisering betekent 'routing' de doorlooptijd van de aanvraag totdat het advies is gegeven.
Relatief weinig GGD'en hebben afspraken gemaakt voor de kritische momenten in het dienstverleningsproces. Voorbeelden van een aantal protocollen zijn:

Protocol 'contactonderzoek' (specifieke verrichting)
Richtlijnen voor hygiëne in logementen (specifieke doelgroep)
Protocol 'voorlichting aan ouders over adequate bedplasbegeleiding van hun kinderen'
Protocol 'afstemming groepsonderzoek in het kader van bronopsporingsonderzoek'
(samenwerking andere dienstverleners)
Protocol 'afstemming jeugdarts en sociaal verpleegkundige JGZ over wie, wanneer, welke begeleiding doet bij bedplassen'
(kritische momenten)

Bovenstaande cijfers moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd: aan de ene kant werkt maar een kleine groep GGD'en in de gehele organisatie volgens dergelijke protocollen of standaarden; bij de andere GGD'en is dit beperkt tot een of meerdere afdelingen van de organisatie, terwijl het aan de andere kant gezien de uiteenlopende taken van de verschillende GGD-afdelingen niet noodzakelijk is dat alle afdelingen de genoemde protocollen hanteren. De afdeling beleidsondersteuning heeft bijvoorbeeld geen baat bij een protocol gericht op voorbehouden handelingen of medische hulpmiddelen, terwijl dit voor de ambulancedienst wel van belang is.

Deelsystemen gericht op de dienstverlening
Beschrijven protocollen en richtlijnen vooral het ideale dienstverleningsproces en geven daarmee aan wat in de ogen van de professie de norm is, zo wordt bij procesbeheersing via deelsystemen geprobeerd door continue te meten en te evalueren het proces te verbeteren. Het meest bekende op de dienstverlening gerichte deelsysteem is waarschijnlijk intercollegiale toetsing. Maar ook registraties van infecties en calamiteiten kunnen systematisch worden gebruikt voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit.
Zoals eerder opgemerkt ontstaat een kwaliteitssysteem als alle deelsystemen een samenhangend geheel vormen en er een wisselwerking tussen dienstverleningsprocessen enerzijds en beleid en organisatorische voorwaarden anderzijds tot stand is gebracht. De deelsystemen zijn dan als het ware ingebed in het totale kwaliteitssysteem. In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van de deelsystemen die door professionals worden gehanteerd.

Tabel 4.6 Percentage GGD'en dat onderstaande deelsystemen voor de dienstverlening ontwikkeld heeft of waarbij het deelsysteem cyclisch volgens de kwaliteitskringloop functioneert (N=45)

Deelsystemen	ja	cyclisch	nee	miss
Zorg- of begeleidingsplannen	27	9	51	13
Commissies	29	4	58	9
Intercollegiale toetsing monodisc.	62	13	22	2
Intercollegiale toetsing multidisc.	22	11	60	7

Bij 27% van de GGD'en zijn zorg- of begeleidingsplannen ontwikkeld en bij 9% van de GGD'en worden deze ook regelmatig geëvalueerd. Een van de afdelingen waar begeleidingsplannen worden gebruikt, is de bedrijfsgezondheidszorg. Individuele werknemers worden in het kader van de ARBO-wet of de wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ) begeleid. Hulp- of begeleidingsplannen worden gebruikt voor het bewaken van de individuele dienstverlening: de doelen en de daadwerkelijk verleende diensten worden in een dergelijk plan vastgelegd en er wordt geëvalueerd in hoeverre de gestelde doelen zijn bereikt. Het gebruik van dergelijke plannen komt binnen GGD'en minder voor dan in andere zorginstellingen. Dit is te verklaren door de bijzondere plaats die GGD'en innemen als gezondheidszorginstelling; er is geen sprake van medische behandeling of verzorging. Daarentegen worden onder andere diensten verleend waar een individuele burger doorgaans zelf niet om vraagt (collectieve preventie).
Eveneens een sectorspecifieke activiteit is het instellen van speciale commissies zoals bijvoorbeeld een klachtencommissie en de indicatie-commissie voor verzorgings- en verpleeghuizen. Andere sectoren beschikken over bijvoorbeeld infectie- en FONA-commissies. In de vragenlijst is specifiek gevraagd naar de manier waarop dergelijke commissies worden gebruikt. In veel organisaties blijven de uitkomsten van deze commissies onbenut. De mate waarin deze commissies werken aan verbeteringen op basis van registratiegegevens valt af te leiden uit de volgende cijfers: 29% van de GGD'en beschikt over dergelijke commissies, waarvan bij 4% van de GGD'en de gegevens worden gebruikt om de dienstverlening te evalueren.

In tweederde van de GGD'en vinden vormen van monodisciplinaire-intercollegiale toetsing plaats. In bijna een kwart van de GGD'en is sprake van multidisciplinaire toetsingsactiviteiten. Dit aantal is relatief gering aangezien veel afdelingen binnen GGD'en een multidisciplinair karakter hebben. Mono- en multidisciplinaire toetsing zijn per definitie activiteiten van professionals. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze vormen van toetsing zelden ingebed zijn in het kwaliteitssysteem van de instelling. In één op de vijf gevallen waar toetsing op cyclische wijze plaatsvindt, vindt eveneens terugkoppeling plaats naar het management.

Sinds anderhalf jaar nemen artsen van de AGZ, BGZ, JGZ deel aan het LVSG-project "Intercollegiale Toetsing in de Sociale Geneeskunde" waarin vooral inhoudelijke vraagstukken van het werk aan de orde komen.
In de komende jaren wordt aan beide vormen van intercollegiale toetsing meer aandacht geschonken in het project "GGD-verpleegkundigen en kwaliteitszorg collectieve preventie".

Samengevat kan worden gesteld dat professionals in GGD'en veel gebruik maken van protocollen, maar nog weinig deelsystemen hanteren om diensten continue te meten en te evalueren. De activiteiten vinden op dit moment veelal incidenteel plaats. De volledige kwaliteitskringloop wordt nog bij weinig GGD'en doorlopen, en bij nagenoeg geen van de GGD'en zijn de procedures ingebed in het kwaliteitssysteem van de organisatie. Een consequentie hiervan is dat de verbinding tussen professionele toetsingsactiviteiten en het kwaliteitsbeleid van de instelling vooralsnog afwezig is.

4.3 Activiteiten gericht op klanten

De GGD kent naast interne klanten, de GGD-medewerkers, ook diverse externe klanten. Dit zijn individuele burgers, organisaties en beroepsgroepen, gemeenten en de regionale bevolking als geheel. De klanten kunnen op meerdere manieren worden betrokken bij kwaliteitsbewaking en -verbetering. Ten eerste kan klanten worden gevraagd hun oordeel te geven over de ontvangen diensten, ten tweede kunnen klanten participeren bij het opstellen van protocollen en het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en ten derde kan potentiële klanten worden gevraagd naar hun wensen en behoeften. In de volgende twee alinea's worden eerst de deelsystemen die zich richten op de behoeften en de tevredenheid van klanten beschreven, en wordt daarna ingegaan op mogelijkheden van participatie.

Deelsystemen gericht op klanten
De meningen van klanten kunnen worden gebruikt voor systematische kwaliteitsverbetering, onder meer via tevredenheidsonderzoek en behoeftepeilingen. In welke mate dit tot nu toe in GGD'en gebeurt is in onderstaande tabel te zien.

Tabel 4.7 Percentage GGD'en dat onderstaande deelsystemen gericht op klanten ontwikkeld heeft of waarbij het deelsysteem cyclisch volgens de kwaliteitskringloop functioneert (N=45)

Deelsystemen	ja	cyclisch	nee	miss
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	42	2	49	7
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	27	4	69	-
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	7	2	89	2
Behoefte-onderzoek gebruikers	42	2	51	4
Behoefte-onderzoek verwijzers	24	-	73	2

In kwaliteitstheorieën wordt de tevredenheid van zowel gebruiker als medewerker beschouwd als een belangrijke richtinggevende factor in het kwaliteitsbeleid. Ook in de zorgsector komen tevredenheidsmetingen regelmatig voor, zoals uit tabel 4.7 blijkt. Ongeveer de helft van de GGD'en meldt dat onderzoek wordt gedaan naar de tevredenheid van gebruikers. Tot nu toe gebeurt dit doorgaans incidenteel of op ad hoc basis. Weinig GGD'en melden dat dit periodiek wordt herhaald als onderdeel van het kwaliteitssysteem. Onderzoek naar tevredenheid van verwijzers of degenen naar wie verwezen wordt komt minder vaak voor (9%). Dit is begrijpelijk omdat GGD'en veel minder dan andere zorginstellingen te maken hebben met verwijzers. Op kleine schaal verwijst de huisarts reizigers voor vaccinaties of worden patiënten verwezen voor logopedie.

Opvallend is dat de resultaten van de meningspeilingen vrijwel niet worden gebruikt om bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid aan te passen of het scholingsbeleid hierop af te stemmen. Hetzelfde geldt voor behoefte- of marktonderzoek waar meer onderzoek wordt gedaan naar de behoeften van gebruikers dan naar de behoeften van verwijzers, zoals tabel 4.7 laat zien.

> In het kader van het project "De GGD op weg naar 2000" wordt een klantenmonitor ontwikkeld waarmee de mening van de verschillende klanten (burger, instelling, overheid) in kaart kan worden gebracht. Dit instrumentarium wordt in eerste instantie ontwikkeld voor de jeugdgezondheidszorg.

Participatie van klanten

In de vorige alinea ging het o.a. om systematische raadpleging van klanten (cliënten, opdrachtgevers, financiers). In deze alinea wordt gekeken in hoeverre klanten ook op een andere wijze bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken.

Cliënten zijn in de gezondheidszorg fysiek betrokken bij het dienstverleningsproces dit in tegenstelling tot het produktieproces in de industrie; denk hierbij aan de bedrijfsgezondheidszorg en het periodiek geneeskundig onderzoek in de jeugdgezondheidszorg. De cliënt heeft door deze fysieke betrokkenheid invloed op het resultaat van het dienstverleningsproces. Om die reden verdient binnen de kwaliteitssystemen in de zorgsector de participatie van klanten aparte aandacht. In tabel 4.8 is te zien hoeveel GGD'en de klant betrekken bij activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.

Tabel 4.8 Percentage GGD'en waar externe klanten bij de kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=45)

Kwaliteitsactiviteiten	nee/nvt	ja	miss.
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	60	40	-
Ontwikkelen van normen of criteria	67	31	2
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek enz.	69	29	2
Opstellen van protocollen of standaarden	76	22	2
Participatie in (kwaliteits)commissies	84	15	-
Participatie in verbeterprojecten	87	13	-

Bij ruim eenderde van de GGD'en wordt aan klanten gevraagd in hoeverre de vooraf afgesproken (kwaliteits)doelen zijn gehaald of worden klanten betrokken bij het ontwikkelen van normen en criteria. Door 29% van de GGD'en wordt gemeld dat de uitkomsten van klachtenregistraties of satisfactie-onderzoeken met klanten worden besproken. Iets minder GGD'en betrekken klanten bij het opstellen van protocollen en standaarden. Participatie in verbeterprojecten en kwaliteitscommissies is daarentegen nog niet gebruikelijk bij GGD'en.

Vergeleken met andere sectoren in de gezondheidszorg maken GGD'en minder vaak gebruik van het oordeel, de kennis en de wensen van klanten om activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering op te zetten. GGD'en zijn vooral intern georiënteerd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het betrekken van cliënten in de praktijk wordt bemoeilijkt doordat GGD'en zich voor een deel richten op groepen burgers en niet op individuele burgers. Ouderen zijn als groep via belangenorganisaties te bereiken maar voor risicogroepen als verslaafden en daklozen ligt dit moeilijker. De dienstverlening van de GGD richt zich bij deze groepen niet alleen op de individuele behoefte (die soms volstrekt afwezig is) maar ook op het belang van de openbare gezondheid. Daarnaast heeft de GGD met sommige groepen cliënten maar zeer kortdurend contact, soms is het contact éénmalig.

4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we laten zien welke activiteiten GGD'en hebben ontplooid in het kader van kwaliteitszorg. De gedeeltelijk hoge percentages suggereren dat alle GGD'en zijn begonnen systematisch de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. In hoeverre dit daadwerkelijk het geval is, wordt in het volgende hoofdstuk nader beschreven.
De activiteiten lopen wat betreft aard en intensiteit sterk uiteen. Zo worden op verschillende gebieden activiteiten door het management of de medewerkers ontwikkeld. Het management stelt bijvoorbeeld de missie op schrift, omschrijft de produkten, stimuleert medewerkers door een gericht scholingsaanbod of het scheppen van de juiste randvoorwaarden door extra tijd en geld ter beschikking te stellen. Andere meer omvangrijke activiteiten die de hele organisatie omvatten, zijn bijvoorbeeld een management-informatiesysteem of interne audits. Deze activiteiten zijn dan ook pas bij een kleine groep GGD'en ontwikkeld.
Naast het management zijn de medewerkers actief bezig hun eigen professioneel handelen te bewaken en te verbeteren. Hiervoor wordt op de verschillende afdelingen van de GGD gebruik gemaakt van protocollen die het handelen kunnen sturen en op elkaar afstemmen. Een protocol geeft tevens de wenselijke situatie aan, waarvan alleen afgeweken mag worden als de situatie dit vereist.
Een laatste groep activiteiten richt zich op de klant. Deze activiteiten, zoals behoefte-onderzoek, tevredenheidsonderzoek of klanten laten participeren in verbeterprojecten komen het minst vaak voor bij GGD'en. Een verklaring hiervoor wordt gezocht in het veelkoppig en daardoor onduidelijke klantbegrip bij GGD'en. Een tweede verklaring is het veelal kortdurende contact van de cliënt met de GGD en het feit dat sommige doelgroepen, zoals daklozen en verslaafden, moeilijk zijn te bereiken.

5. KWALITEITSSYSTEMEN BIJ GGD'en EN AANVERWANTE SECTOREN

In de eerdere hoofdstukken zijn we ingegaan op de vraag waarom GGD'en aan kwaliteitszorg werken en welke activiteiten zij concreet hebben ontplooid. In dit hoofdstuk zullen de hoofdvragen van het onderzoek worden beantwoord, namelijk:
- In welke ontwikkelingsfase verkeren kwaliteitssystemen bij GGD'en?
- Hoe verhouden zich de ontwikkelingen bij GGD'en tot de ontwikkelingen in de thuiszorg, het maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn de afzonderlijke kwaliteitsactiviteiten, die in hoofdstuk vier zijn besproken, ingedeeld in de vijf organisatie-gebieden en de ontwikkelingsfasen van het evaluatiemodel. Tevens is een nulfase toegevoegd om ook rekening te kunnen houden met GGD'en die nog aan het begin van het ontwikkelingsproces staan. Aangezien in de praktijk de ontwikkeling op de verschillende aandachtsgebieden niet gelijk oploopt, zullen wij in paragraaf 5.1 eerst ingaan op de ontwikkelingsfasen van de afzonderlijke aandachtsgebieden om vervolgens in paragraaf 5.2 een gemiddelde score te berekenen die het mogelijk maakt GGD'en in te delen in een ontwikkelingsfase voor kwaliteitssystemen als geheel; dat wil zeggen voor alle aandachtsgebieden. In beide paragrafen wordt eerst ingegaan op de kenmerken van het aandachtsgebied respectievelijk de ontwikkelingsfase zelf en daarna op enkele verschillen tussen GGD'en en aanverwante sectoren. Het hoofdstuk besluit met conclusies.

5.1 De activiteiten per ontwikkelingsfase

In hoofdstuk 1 is beschreven dat de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem globaal verloopt in vijf fasen (fase vijf is nog niet van toepassing op de gezondheidszorg en wordt om deze reden niet verder uitgewerkt):
0. Startfase
1. Activiteiten-georiënteerd
2. Proces-georiënteerd
3. Systeem-georiënteerd
4. Keten-georiënteerd
5. Total Quality Management

Deze ontwikkelingsfasen kunnen worden doorlopen voor de aandachtsgebieden leiderschap, beleid en strategie, personeelsbeleid, middelenbeleid en management van processen. Door te kijken naar de activiteiten die instellingen met betrekking tot kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbeheersing ontplooien, kan worden bepaald in welke ontwikkelingsfase een instelling zich op de verschillende aandachtsgebieden bevindt (zie ook bijlage 2). De activiteiten kunnen worden gezien als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase. Maar pas als een GGD aan alle indicatoren voor een ontwikkelingsfase voldoet, kan worden gesteld dat de betreffende fase is gehaald. Bij het interpreteren van de ontwikkelingsfase is het van belang met de volgende twee punten rekening te houden. Ten eerste kunnen sommige indicatoren bij meerdere aandachtsgebieden worden ingedeeld, zoals de indicator 'de directie geeft aan wat van de medewerkers in het kader van kwaliteitszorg wordt verwacht'. Deze indicator zegt zowel iets over de manier waarop de directie leiding geeft als over de strategie bij het invoeren van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering; namelijk hoofdzakelijk top down. Ten tweede gaat het niet alleen om **wat** er aan activiteiten is, maar om **hoe** het functioneert. Dit verschil komt duidelijk naar voren bij de overgang van fase twee naar fase drie.

In fase twee, proces-georiënteerde activiteiten, verlopen deelsystemen cyclisch volgens de kwaliteitskringloop van normeren, meten, evalueren, en verbeteren van de geconstateerde afwijking. In fase drie, systeem-georiënteerde activiteiten, wordt deze kringloop ook doorlopen. Het cruciale verschil is dat het evalueren niet alleen leidt tot verbeteringen bij de direct betrokkenen maar ook tot aanpassingen in het organisatiebeleid, het scholingsbeleid of andere afspraken met ondersteunende diensten. Het gaat dus niet meer alleen om het primaire proces maar tevens om de invloed van de ondersteunende diensten en de mogelijkheid op deze manier problemen te voorkomen. Wij spreken in dit geval niet meer van 'cyclisch' maar van een feedbacksysteem, van 'systematische kwaliteitsverbetering'.

In de volgende vijf tabellen is per aandachtsgebied en ontwikkelingsfase te zien hoeveel GGD'en en instellingen van de andere drie sectoren een bepaalde activiteit hebben ontwikkeld.

Leiderschap
Bij het gebied 'leiderschap' gaat het om het gedrag van managers bij het introduceren en continueren van kwaliteitsmanagement. In de gezondheidszorg vervult het management een voornamelijk voorwaardescheppende rol omdat professionals primair verantwoordelijk zijn voor de hulpverlening aan de cliënt en hun gedrag bepalend is voor de uiteindelijk geleverde kwaliteit.
Uit tabel 5.1 blijkt dat het management aan het begin van de kwaliteitssysteem-ontwikkeling de medewerkers vooral stimuleert om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Vervolgens geeft in fase twee het management aan wat van de medewerkers wordt verwacht in het kader van kwaliteitszorg en wordt getoetst in hoeverre medewerkers zich aan de gemaakte afspraken houden. De inzet en bereidheid van de medewerker om aan kwaliteitszorg mee te werken, wordt besproken tijdens functioneringsgesprekken. Tenslotte wordt in fase drie het management zelf ook geschoold in kwaliteitszorg. Medewerkers die zich bijzonder inzetten bij kwaliteitsactiviteiten krijgen extra waardering; zij worden in het zonnetje gezet of krijgen extra geld. Een apart budget voor kwaliteitszorg maakt het mogelijk om bijvoorbeeld regelmatig het oordeel van de klanten te achterhalen. Op het moment dat een GGD keten-georiënteerd is, treedt de directie bewust naar buiten, voert overleg met andere zorgaanbieders en probeert projecten op te zetten om de samenwerking tussen instellingen te verbeteren. Niet alle GGD'en zullen de activiteiten in de beschreven volgorde ontplooien, maar in de praktijk blijkt dat de externe oriëntatie pas echt zinvol is als de organisatie intern goed is georganiseerd. In de genoemde activiteiten kan de voorbeeldfunctie van het management tot uiting komen; het kwaliteitsbeleid wordt actief ondersteund.

Tabel 5.1 Percentage instellingen dat aan de indicatoren voor de verschillende ontwikkelingsfasen op het aandachtsgebied **leiderschap** voldoet

Leiderschap	GGD AMW N=45	LVT N=106	NeVIV N=114	N=30
Activiteiten-georiënteerd				
* stimuleren vakinhoudelijke ontwikkeling	79	69	59	73
Proces-georiënteerd				
* directie geeft aan wat er wordt verwacht	44	64	67	67
* regelmatig functioneringsgesprekken	47	12	24	32
* directie toetst	13	47	33	40
Systeem-georiënteerd				
* scholing van het management	64	63	53	67
* geven van incentives	11	2	3	10

Leiderschap	GGD AMW N=45	LVT N=106	NeVIV N=114	N=30
Keten-georiënteerd				
* overleg met directies van andere instellingen	68	84	86	93
* projecten met andere instellingen	73	72	81	93

Aan de hand van tabel 5.1 kunnen GGD'en worden vergeleken met het algemeen maatschappelijk werk, en de instellingen voor thuiszorg en verslaafdenzorg. Hieruit blijkt dat medewerkers in GGD'en vaker worden gestimuleerd om zich op hun vakgebied verder te ontwikkelen. Bij activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering geeft het management in minder dan de helft van de GGD'en aan wat van medewerkers wordt verwacht, terwijl dat in de andere sectoren bij tweederde van de instellingen het geval is. Eveneens wordt in minder GGD'en getoetst of men zich aan de afspraken houdt. Het is wel mogelijk dat tijdens de functioneringsgesprekken hiernaar wordt gekeken. Verder is het opvallend dat dubbel zo veel instellingen in de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg over een apart budget beschikken voor kwaliteitszorg. In alle sectoren wordt in meer dan tweederde van de instellingen samengewerkt met andere zorgaanbieders. Samengevat betekent dit dat GGD'en gemiddeld meer dan andere sectoren aandacht besteden aan vakinhoudelijke scholing, functioneringsgesprekken en scholing van het management. Aangenomen wordt dat deze activiteiten worden betaald uit het budget van de afdeling, gezien het kleine aantal GGD'en dat een apart budget voor kwaliteitszorg heeft.

Beleid en strategie

Bij het gebied beleid en strategie gaat het om de waarden, visies en strategische richting van de GGD. Vragen over de mate waarin uitvoeringstaken geprivatiseerd moeten worden of in hoeverre men zich moet richten op markttaken of juist op beleidsondersteuning; kortom het verkennen van nieuwe markten en de positiebepaling ten opzichte van gemeente en mogelijke concurrenten of samenwerkingspartners. Activiteiten op dit gebied zijn bijvoorbeeld het formuleren van een missie, het opstellen van een kwaliteitsbeleid dat geoperationaliseerd wordt in kwaliteitswerkplannen op instellings- en afdelingsniveau. Uiteindelijk wordt met behulp van een kwaliteitsjaarverslag verantwoording afgelegd over de ondernomen activiteiten in het kader van kwaliteitszorg.

Net als bij andere aandachtsgebieden wordt beleid en strategie bepaald op basis van relevante informatie en moet regelmatig worden getoetst en verbeterd. GGD'en verzamelen de hiervoor benodigde gegevens door de tevredenheid van gebruikers, medewerkers of verwijzers te onderzoeken. Afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin de GGD zich bevindt, gebeurt dit incidenteel naar aanleiding van problemen of meer systematisch door de resultaten terug te koppelen naar verschillende niveaus in de organisatie.

Tabel 5.2 Percentage instellingen dat aan de indicatoren voor de verschillende ontwikkelingsfasen op het aandachtsgebied **beleid en strategie** voldoet

Beleid en strategie	GGD AMW N=45	LVT N=106	NeVIV N=114	N=30
Activiteiten-georiënteerd				
* missie	78	64	69	80
* ad hoc klachtenregistratie	51	52	54	61
* incidenteel tevredenheidsonderzoek verwijzers	7	16	15	30
* incidenteel tevredenheidsonderzoek gebruikers	45	25	39	41
* produktomschrijving	49	40	53	37
* directie geeft aan wat er wordt verwacht	44	64	67	67
Proces-georiënteerd				
* cyclisch tevredenheidsonderzoek verwijzers	2	-	1	-
* cyclisch tevredenheidsonderzoek gebruikers	2	3	8	7
* cyclisch tevredenheidsonderzoek medewerkers	4	4	6	25
* werkplannen op instellingsniveau	7	21	25	7
* kwaliteitsbeleid op schrift	9	26	23	17
Systeem-georiënteerd				
* kwaliteitsprofielen op schrift	13	22	9	7
* systematisch tevredenheidsonderzoek medewerkers	-	9	5	-
* systematisch gebruik management-informatiesysteem	5	8	11	14
* systematische interne audit	-	5	5	7
* kwaliteitswerkplan op sommige afdelingen	32	21	26	21
* kwaliteitswerkgroepen	24	28	48	13
Keten-georiënteerd				
* systematisch behoefte-onderzoek onder gebruikers	-	-	2	3
* systematisch behoefte-onderzoek onder verwijzers	-	1	2	-
* systematisch tevredenheidsonderzoek gebruikers	-	9	14	3
* systematisch tevredenheidsonderzoek verwijzers	-	2	2	-
* kwaliteitswerkplannen op alle afdelingen	-	6	3	3
* kwaliteitsjaarverslag	2	12	5	10
* systematische interinstitutionele toetsing	-	-	1	3

Uit tabel 5.2 blijkt dat alle sectoren zijn begonnen met het op schrift zetten van de missie en het opzetten van een klachtenregistratie. Ruim tweederde van de GGD'en en de instellingen in de verslaafdenzorg heeft een missie en meer dan de helft heeft een klachtenregistratie. Ongeveer de helft van de GGD'en en thuiszorginstellingen hebben hun produkten omschreven. Veel minder vaak heeft de GGD, vergeleken met het algemeen maatschappelijk werk en de thuiszorg, een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld en de kwaliteitsdoelen vertaald naar een kwaliteitswerkplan op instellingsniveau. Opvallend is dat bij eenderde van de GGD'en sommige afdelingen wel beschikken over een kwaliteitswerkplan, terwijl dit in de andere sectoren bij een kwart van de instellingen het geval is. Dit kan betekenen dat in GGD'en afdelingen vaker zelf het initiatief nemen systematisch aan kwaliteitszorg te gaan werken.
Als het gaat om het verzamelen van informatie voor het beleidsproces dan wordt door GGD'en, het algemeen maatschappelijk werk en de thuiszorginstellingen weinig gebruik gemaakt van de mening van medewerkers, gebruikers en verwijzers; alleen in de verslaafdenzorg vraagt een kwart van de instellingen zijn medewerkers om een oordeel. Samengevat kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de instellingen uit de vier sectoren wel is begonnen met activiteiten op het gebied van beleid en strategie.

In het algemeen zijn GGD'en en in iets mindere mate de andere sectoren sterk intern georiënteerd. Er wordt nauwelijks systematisch gebruik gemaakt van de deskundigheid van externe klanten (behoefte- en tevredenheidsonderzoek onder gebruikers en verwijzers) of collega instellingen (interinstitutionele toetsing).

Personeelsbeleid
Voor het bereiken van de gestelde doelen is naast leiderschap en beleid en strategie het personeelsbeleid van groot belang. Een organisatie is in eerste instantie een samenwerkingsverband van mensen die voor hun functioneren afhankelijk zijn van elkaar en van de voorwaarden waaronder zij werken. Via gericht personeelsbeleid kunnen medewerkers worden gemotiveerd om aan kwaliteitszorg te gaan werken. Professionals zijn gewend zelfstandig te werken en verantwoording af te leggen naar de eigen beroepsgenoten. Voor hun is kwaliteitsverbetering nauw verbonden met de eigen professionele ontwikkeling. Het management van de GGD kan deze drijfveer benutten bij het invoeren van kwaliteitszorg.
GGD'en en andere instellingen doen dit door de vakinhoudelijke ontwikkeling van medewerkers te stimuleren, door zowel het management als alle (nieuwe) medewerkers in kwaliteitszorg te scholen, maar ook door functioneringsgesprekken te houden waarin een verband wordt gelegd tussen bijvoorbeeld promoties of salarisverhogingen en de bijdrage aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Op het moment dat elke medewerker duidelijk weet wat van hem wordt verwacht in het kader van kwaliteitszorg, zij naar eigen inzicht protocollen en richtlijnen hanteren, dan kan als volgende stap ook worden gevraagd rekening en verantwoording over het eigen handelen af te leggen.

Tabel 5.3 Percentage GGD'en dat aan de indicatoren voor de verschillende ontwikkelingsfasen op het aandachtsgebied **personeelsbeleid** voldoet

Personeelsmanagement	GGD AMW N=45	LVT N=106	NeVIV N=114	N=30
Activiteiten-georiënteerd				
* incidenteel functioneringsgesprekken	38	41	38	28
* stimuleren vakinhoudelijke ontwikkeling	79	69	59	73
* directie geeft aan wat er wordt verwacht	44	64	67	67
Proces-georiënteerd				
* selectie personeel met specifieke attitude	30	44	29	53
* cyclisch functioneringsgesprekken	47	12	24	32
* scholen nieuwe medewerkers	12	21	16	13
* scholen medewerkers	76	73	54	70
* scholen management	64	63	53	67
* kwaliteitswerkplan op (sommige) afdelingen	32	21	26	21
Systeem-georiënteerd				
* systematisch tevredenheidsonderzoek onder medewerkers	-	9	5	-
* systematisch functioneringsgesprekken	11	20	17	20
* deskundigheidsbevordering o.g.v. kwaliteitsbeleid	33	56	46	50
Keten-georiënteerd				
* projecten om samenwerking tussen org. te verbeteren	73	72	81	93
* aanbieden van produkten met andere organisaties	76	55	66	69

Zoals we al eerder zagen bij het aandachtsgebied leiderschap geeft de directie van GGD'en, vergeleken met de directies van andere instellingen, minder vaak aan wat van de medewerkers wordt verwacht ten aanzien van kwaliteitszorg maar legt meer de nadruk op vakinhoudelijke bijscholing en functioneringsgesprekken.
Verder is in tabel 5.3 te zien dat in ruim tweederde van de GGD'en, de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, en de verslaafdenzorg medewerkers en management worden geschoold in kwaliteitszorg. In de thuiszorg wordt dit bij de helft van de instellingen gedaan. Nieuw personeel wordt daarentegen maar in een op de tien GGD'en geschoold. In de andere sectoren gebeurt dit iets vaker. Dit verschil zou veroorzaakt kunnen zijn door een geringer verloop onder medewerkers in GGD'en. Van belang is in ieder geval dat er afspraken bestaan over de wijze waarop nieuwe medewerkers worden ingewerkt in het kwaliteitsdenken van de organisatie. Eveneens vindt in eenderde van de GGD'en deskundigheidsbevordering plaats naar aanleiding van geconstateerde lacunes, terwijl dit in de andere sectoren bij ongeveer de helft van de instellingen gebeurt. Dat het personeelsbeleid in GGD'en steeds minder een geïsoleerde, op zichzelf staande functie is, blijkt uit het feit dat 47% van de GGD'en regelmatig functioneringsgesprekken houden waarin het functioneren van de medewerker wordt geëvalueerd en nieuwe afspraken voor de komende periode worden gemaakt. De informatie uit de functioneringsgesprekken wordt bij een op de tien GGD'en gebruikt om het beleid bij te stellen of dienstverleningsprocessen aan te passen (11%). In de andere sectoren gebeurt dit minder vaak.

Middelenmanagement
Bij het management van middelen gaat het om het optimaal benutten van de beschikbare middelen. Het gaat hierbij om de inzet van de financiële middelen, het gebruik van informatie en technologie (ook in de vorm van kennis en ervaring), en de inkoop van materialen. Bij de GGD gaat het o.a. om het verdelen van het budget over de verschillende afdelingen, maar ook om het zo efficiënt mogelijk gebruiken van de via registraties beschikbare informatie. Omdat in de gezondheidszorg het middelenmanagement in veel gevallen nog in de kinderschoenen staat, is in dit onderzoek alleen gevraagd naar het gebruik van de diverse informatiebronnen. Hierbij kan worden gedacht aan verzamelde epidemiologische gegevens, infectieregistraties, produktiecijfers, oordelen van klanten, enzovoorts. Daarnaast kan informatie worden verkregen door contacten te onderhouden met andere zorgaanbieders en informatie uit te wisselen over diensten en doelgroepen. De analyse van al deze gegevens en het systematisch verbeteren van de tevredenheid van gebruikers en opdrachtgevers kost geld; een apart budget is hiervoor veelal nodig.

Tabel 5.4 Percentage instellingen dat bij het **middelenmanagement** aan de indicatoren voor de verschillende ontwikkelingsfasen voldoet

Middelenmanagement	GGD AMW N=45	LVT N=106	NeVIV N=114	N=30
Activiteiten-georiënteerd				
* commissies	32	6	18	27
* management-informatiesysteem	46	41	40	25
* begeleidingsplannen	31	38	51	36
* externe ondersteuning	36	28	24	33
Proces-georiënteerd				
* produktomschrijvingen	49	40	53	37
* cyclisch gebruik management-informatiesysteem	2	6	9	7
* cyclisch gebruik begeleidingsplannen	10	21	23	29
* commissies worden geëvalueerd	5	1	3	23
Systeem-georiënteerd				
* systematisch gebruik management-informatiesysteem	4	8	11	14
* interne audit	-	5	5	7
Keten-georiënteerd				
* bespreken uitkomst satisfactie-onderzoek	30	26	45	44
* schriftelijke afspraken met andere organisaties omtrent overdracht	46	56	68	58
* geregeld overleg op directieniveau met andere organisaties	68	84	86	93
* apart budget voor kwaliteitszorg	9	23	21	17

Uit bovenstaande tabel wordt duidelijk dat bijna de helft van de GGD'en en de andere instellingen informatie verzamelt over de dienstverlening en verwerkt in een management-informatie-systeem. Een veel kleinere groep GGD'en (minder dan 10%) gebruikt deze informatie op systematische wijze, om te beoordelen of gestelde doelen zijn gehaald; of aan de normen en criteria, opgesteld in kwaliteitsprofielen en produktomschrijvingen, wordt voldaan.
Eveneens bijna de helft van de GGD'en en de thuiszorginstellingen gebruikt de informatie uit produktomschrijvingen om te beoordelen of de gewenste doelgroepen zijn bereikt of eventueel het produkt moet worden aangepast.
De effectiviteit van de dienstverlenende activiteiten en de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering wordt in GGD'en (nog) niet systematisch beoordeeld met behulp van een management-informatie-systeem en interne audits. Een aantal instellingen (5%-7%) van het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg en de verslaafdenzorg is hiermee begonnen. Iets minder dan de andere sectoren maken GGD'en gebruik van de informatie die zij van andere zorgaanbieders ontvangen (68% t.o.v. 84%-93%).

Management van processen
Om een antwoord te kunnen geven op de vraag "Doen we de goede dingen goed?" moet de GGD weten hoe de dienstverleningsprocessen verlopen, wat de kritische momenten zijn en hoe zij kunnen worden beheerst en verbeterd. De vier aandachtsgebieden die tot nu toe zijn behandeld, zijn direct van invloed op het verloop van de processen. Een nieuwe dienst kan alleen worden aangeboden als de benodigde deskundigheid beschikbaar is, in hoeverre het de goede dingen zijn die de GGD doet kan alleen worden beoordeeld als de doelgroepen en doelstellingen van de GGD duidelijk zijn, en medewerkers functioneren beter als zij worden betrokken bij beslissingen die van invloed zijn op het werk.

Een belangrijk punt van aandacht bij procesbeheersing is de afstemming tussen de verschillende afdelingen binnen de GGD en tussen GGD-afdelingen en andere zorgaanbieders. In tabel 5.5 is te zien in welke mate de GGD'en, het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorginstellingen en de instellingen van de verslaafdenzorg van protocollen en deelsystemen gebruik maken om de processen te bewaken en te verbeteren.

Tabel 5.5 Percentage instellingen dat onderstaande activiteiten heeft ontplooid om de dienstverleningsprocessen te beheersen

Management van processen	GGD N=45	AMW N=106	LVT N=114	NeVIV N=30
Activiteiten-georiënteerd				
* stuurgroep	20	19	33	13
* klachtenregistraties	51	52	54	61
* commissies	32	6	18	27
* intercollegiale toetsing monodisciplinair	23	47	53	38
* intercollegiale toetsing multidisciplinair	24	13	15	46
* werken volgens protocollen op één afdeling	9	14	6	-
Proces-georiënteerd				
* kwaliteitsprofielen	13	22	9	7
* werken volgens protocollen op meer dan één afdeling	71	29	55	30
* medewerkers hebben veel autonomie	34	8	16	32
* kwaliteitsfunctionaris	38	32	63	37
* gebruik management-informatie-systeem voor verbeteringen	2	6	9	7
* meten en evalueren i.h. kader van monodisciplinaire intercollegiale toetsing	11	15	13	31
* meten/evalueren i.h. kader van multidisciplinaire intercollegiale toetsing	9	4	4	25
* incentives	11	2	3	10
Systeem-georiënteerd				
* protocol voor routing klant	48	56	40	75
* kwaliteitshandboek	4	5	3	10
* betrekken ondersteunende afdelingen bij kwaliteit	66	56	55	65
* systematische interne audit	-	5	5	7
* systematisch gebruik begeleidingsplannen	-	10	13	18
* monodisciplinaire toetsing als feedback-systeem	2	12	5	3
* multidisciplinaire toetsing als feedback-systeem	2	3	1	3
* werken volgens protocollen in gehele organisatie	16	14	13	30
Keten-georiënteerd				
* schrift. afspraken met andere organisaties omtrent overdracht	46	56	68	59
* protocol samenwerking met andere instellingen	57	53	54	55
* systematisch behoefte-onderzoek gebruiker	-	1	2	3
* systematisch behoefte-onderzoek verwijzer	-	1	2	-
* betrekken klanten bij beoordelen	40	27	60	44
* tevredenheidsonderzoek gebruikers	-	9	14	3
* tevredenheidsonderzoek verwijzers	-	2	2	-
* gezamenlijke zorgprogramma's met andere instellingen	76	55	66	69

Aan de activiteiten die in tabel 5.5 staan vermeld, is te zien dat de processen in GGD'en en de andere instellingen op een aantal manieren worden beheerst en verbeterd: onder andere via protocollen, mono- en multidisciplinaire toetsing en tevredenheidsonderzoek onder klanten. Daarnaast worden in tweederde van de GGD'en ook ondersteunende diensten betrokken bij de procesbeheersing. Het gaat dan om afdelingsoverschrijdende processen.
In een kwart van de GGD'en zijn medewerkers begonnen met intercollegiale toetsing (23% en 24%). Deze vindt in GGD'en en instellingen voor verslaafden vaker multidisciplinair plaats dan in de thuiszorg of het algemeen maatschappelijk werk. In laatstgenoemde sectoren vindt daarentegen weer vaker monodisciplinaire toetsing plaats. Een kleinere groep GGD'en, een op de tien, past bij intercollegiale toetsing niet alleen delen van de kwaliteitskringloop toe, maar doorloopt de hele kringloop van normeren, meten, evalueren en verbeteren. Een nog kleinere groep (2%) gebruikt intercollegiale toetsing als feedback-systeem, wat betekent dat de resultaten uit de toetsing worden teruggekoppeld naar het management van de GGD waarop vervolgens het beleid kan worden bijgestuurd. In de andere sectoren is dezelfde ontwikkeling te zien; alleen in de verslaafdenzorg gebruikt een kwart van de instellingen intercollegiale toetsing op cyclische wijze.
In meer dan tweederde van de GGD'en worden op een of meer afdelingen protocollen gebruikt. In de andere sectoren is dit percentage geringer (respectievelijk 29%, 55%, 30%). Minder gebruikelijk bij GGD'en dan bij het algemeen maatschappelijk werk of de verslaafdenzorg is het hanteren van een protocol voor de routing van de cliënt. Dit is begrijpelijk omdat het bij cliënten van de GGD'en veelal gaat om een éénmalig contact. Bij protocollen is de aanwezigheid ervan niet voldoende voor een effectieve procesbeheersing. Even belangrijk is de vraag of iemand in de organisatie ervoor zorgt dat de afspraken in de protocollen ook worden nageleefd; dit is bij 80% van de GGD'en het geval. Wie verantwoordelijk is voor de naleving verschilt per GGD: bij 7% van de GGD'en is dit de directie, bij 18% het hoofd van de afdeling, bij 25% van de GGD'en zijn dit de medewerkers en in 27% van de GGD'en is sprake van een gezamenlijke verantwoordelijkheid (23% van de GGD'en heeft een ander vorm gekozen).
Een andere manier om de processen te beheersen is het gebruiken van informatie van klanten. De helft van de GGD'en en instellingen uit de andere sectoren heeft een klachtenregistratie opgezet om op deze manier een indruk te krijgen van de kwaliteit van de geleverde diensten. Minder frequent worden oordeel en wensen van klanten gemeten via tevredenheids- en behoefte-onderzoek. Aan de hand van de percentages bij de keten-georiënteerde activiteiten wordt duidelijk dat het betrekken van het oordeel van de klant nog geen gemeengoed is bij GGD'en en de andere sectoren. Indien dit wel gebeurt is er veelal sprake van een project waarvan de resultaten niet worden teruggekoppeld naar de verschillende niveaus in de GGD. Een positieve uitzondering hierop is het betrekken van de individuele cliënt bij het beoordelen of de doelen ten aanzien van kwaliteit zijn gehaald. Bij de GGD'en gebeurt dit in 40% van de gevallen en bij de thuiszorg bij 60% van de instellingen.

Samengevat kan op het eerste oog worden gesteld dat geen van de sectoren bijzonder voor of achterloopt met het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Veel activiteiten hebben nog een eenmalig, projectmatig karakter. Zij worden nog niet benut om het beleid of de dienstverleningsprocessen bij te stellen. De samenhang tussen de verschillende aandachtsgebieden lijkt vooralsnog zowel bij de GGD'en als bij de andere drie sectoren afwezig.

5.2 De fase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden

Op de afgelopen pagina's hebben we laten zien welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering de instellingen in de verschillende ontwikkelingsfasen hebben ontplooid. Hierbij zijn op een aantal punten de ontwikkelingen binnen GGD'en afgezet tegen de ontwikkelingen in de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg.

Zoals in hoofdstuk twee is beschreven, kunnen instellingen aan de hand van de ontwikkelde activiteiten op de vijf aandachtsgebieden worden ingedeeld in vier ontwikkelingsfasen. De resultaten van de toedeling van de responderende GGD'en aan de ontwikkelingsfasen per aandachtsgebied zijn weergegeven in tabel 5.6. De resultaten van de toedeling bij de andere sectoren is terug te vinden in bijlage drie.

Uit de tabel blijkt dat GGD'en niet op alle gebieden even ver gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Het percentage GGD'en dat zich in een bepaalde ontwikkelingsfase bevindt, verschilt sterk per aandachtsgebied.

Tabel 5.6 Percentage GGD'en per aandachtsgebied en ontwikkelingsfase

	leiderschap	beleid en strategie	personeels-beleid	middelen-management	management van processen
startfase	2	20	11	98	-
activiteiten-georiënteerd	27	67	47	2	20
proces-georiënteerd	29	13	35	-	62
systeem-georiënteerd	42	-	7	-	18
keten-georiënteerd	-	-	-	-	-
Totaal	100	100	100	100	100

Het aandachtsgebied leiderschap lijkt veruit het meest ontwikkeld te zijn in GGD'en: in 42% van de GGD'en probeert men de medewerkers te motiveren en te betrekken bij kwaliteitszorg door het ontplooien van een of meer van de volgende maatregelen: vakinhoudelijke bijscholing, aangeven wat er wordt verwacht en incentives.
Eveneens relatief ver ontwikkeld is de procesbeheersing met protocollen van de dienstverlening en deelsystemen: door 18% van de GGD'en wordt gemeld dat zij ook ondersteunende afdelingen betrekken bij kwaliteitsbewaking en dat de ontwikkelde procedures en richtlijnen zijn vastgelegd in een kwaliteitshandboek.
Op de derde plaats komt het personeelsbeleid waarbij systeem-georiënteerde GGD'en hun deskundigheidsbevordering baseren op prioriteiten in het kwaliteitsbeleid, tevredenheidsonderzoek uitvoeren onder medewerkers en tijdens functioneringsgesprekken de inzet van medewerkers ten aanzien van kwaliteitsactiviteiten wordt beoordeeld.
Het middelenmanagement is het minst ver ontwikkeld. Dat wil zeggen dat veel GGD'en (98%) lang niet alle informatie voor kwaliteitsverbetering benutten die in de organisatie wordt verzameld.
Ten aanzien van beleid en strategie zijn de meeste GGD'en (80%) begonnen met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid maar zijn er relatief weinig GGD'en die reeds structureel verantwoording afleggen via een kwaliteitsjaarverslag.
Men kan concluderen dat de instellingen vooralsnog meer gericht zijn op interne zaken dan op externe partijen of gebruikers, en dat als een GGD op één aandachtsgebied ver is dit nog niet wil zeggen dat men op de andere aandachtsgebieden ook in een vergevorderde ontwikkelingsfase is.

Om toch uitspraken te kunnen doen over de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem van de instellingen als geheel zich bevindt, is een 'gemiddelde score' berekend over de scores op de vijf aandachtsgebieden. Deze score loopt van 0 (een instelling zit in alle aandachtsgebieden in de startfase) tot en met 4 (een GGD kijkt op alle aandachtsgebieden over de grenzen van de eigen organisatie). Door deze score af te ronden op gehele getallen ontstaat de volgende indeling in ontwikkelingsfasen voor GGD'en en de drie andere sectoren:

Tabel 5.7 Percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem

	GGD'en N=45	AMW N=106	LVT N=114	NeVIV N=30
startfase	-	2	-	-
activiteiten-georiënteerd	16	24	17	20
proces-georiënteerd	68	52	60	57
systeem-georiënteerd	16	21	21	20
keten-georiënteerd	-	1	2	3
Totaal	100	100	100	100

Uit de tabel blijkt dat alle GGD'en op een of meer gebieden zijn begonnen met expliciete activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering (score <0,5). Hetzelfde geldt voor de instellingen in de thuiszorg en de verslaafdenzorg. Bij het algemeen maatschappelijk werk daarentegen bevindt zich 2% in de startfase.
Van de GGD'en is 16% voornamelijk bezig met losse, incidentele activiteiten en het creëren van voorwaarden; men bevindt zich gemiddeld in de activiteiten-georiënteerde fase (score ≥0,5 maar <1,5). In de andere sectoren ligt dit percentage iets hoger.
In fase 2, de procesgerichte kwaliteitsbewaking, bevindt zich 68% van de GGD'en. Dit is veruit de grootste groep wat betekent dat veel GGD'en even ver zijn met de ontwikkeling van hun kwaliteitssysteem. In deze fase richten zich de instellingen in toenemende mate op hele processen in plaats van afzonderlijke diensten; men is projectgewijs bezig met het systematiseren van kwaliteitsbewakende activiteiten (score ≥1,5 maar < 2,5). Bij deze fase blijkt dat de spreiding over de ontwikkelingsfasen in de thuiszorg, de verslaafdenzorg en het algemeen maatschappelijk werk groter is.
De systeem-georiënteerde fase heeft 16% van de GGD'en bereikt, dit aantal is geringer dan in de andere sectoren. In deze fase is men bezig met een systematische aanpak van kwaliteitsbewaking, of inbedding van deze activiteiten in de bedrijfsvoering. (Gemiddeld in fase 3, score ≥2,5 en < 3,5).
Tenslotte is geen van de GGD'en op meer dan drie gebieden zo ver gevorderd met het systematiseren van de interne kwaliteitsactiviteiten dat zij de volgende stap kunnen zetten; systematische kwaliteitsbewaking over de grenzen van de eigen organisatie heen (≥3,5). Bij de andere sectoren is dit percentage eveneens zeer gering.

Dit is, zoals gezegd, een zeer globale indicatie omdat zowel de GGD'en als de andere instellingen op het ene aandachtsgebied (bijvoorbeeld beleid) veel verder kunnen zijn dan op een ander aandachtsgebied (middelenbeleid), zoals in tabel 5.6 te zien was.

5.3 Conclusie

Het in het vorige hoofdstuk geuite vermoeden dat alle GGD'en zijn begonnen met expliciete kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten kan worden bevestigd. Alle GGD'en hebben de startfase gepasseerd en zijn op zijn minst bezig met incidentele kwaliteitsactiviteiten en het scheppen van voorwaarden om meer gestructureerd aan kwaliteitsverbetering te kunnen werken. De grootste groep GGD'en (68%) bevindt zich in fase 2, waarin vooral aandacht wordt besteed aan het stroomlijnen van de dienstverleningsprocessen van de afzonderlijke afdelingen en incidenteel afdelingsoverschrijdend.

Dit betekent dat bij GGD'en sprake is van een kleine voor- en achterhoede, en een grote middengroep. Deze ontwikkeling komt overeen met hetgeen in innovatie-theorieën wordt beschreven over de verspreiding van vernieuwingen. Dit betekent tevens dat veel GGD'en de komende jaren de volgende stap zullen gaan zetten naar een systeem-gerichte kwaliteitsbewaking. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied kan verschillen.
Vergeleken met de thuiszorg, de verslaafdenzorg en het algemeen maatschappelijk werk valt op dat de verschillen vooral terug te vinden zijn bij het type activiteiten die in een sector worden ontwikkeld en minder in de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied. Heel globaal kan worden gesteld dat alle sectoren weinig aandacht besteden aan het middelenmanagement en nog maar weinig instellingen fase drie hebben bereikt op het aandachtsgebied beleid en strategie. Relatief veel aandacht besteden GGD'en aan het stimuleren en betrekken van de medewerkers, en in iets mindere mate aan de procesbeheersing.
Tot slot valt op dat de spreiding over de vier ontwikkelingsfasen bij de andere sectoren iets groter is. In het algemeen kan worden gesteld dat de verschillen binnen de sectoren groter zijn dan tussen de sectoren.

6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

6.1 Inleiding

Naast een samenvatting van de meest relevante resultaten wordt in dit laatste hoofdstuk een aantal conclusies geformuleerd.
In zijn algemeenheid laten de gegevens in dit rapport zien dat alle GGD'en expliciet aandacht schenken aan kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Hiervoor zijn uiteenlopende redenen aan te wijzen en spelen diverse verwachtingen een rol zoals in paragraaf 6.2 wordt beschreven. De wijze waarop GGD'en werken aan kwaliteitsbewaking en -verbetering laat paragraaf 6.3 zien. In paragraaf 6.4 blijkt dat deze activiteiten bij de meeste GGD'en nog geen samenhangend systeem vormen. De ontwikkelingen bij GGD'en worden afgezet tegen de ontwikkelingen in drie aangrenzende sectoren; de thuiszorg, het algemeen maatschappelijk werk en de verslaafdenzorg. In paragraaf 6.5 worden de voornaamste conclusies op een rij gezet en bediscussieerd.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op 295 vragenlijsten, waaronder 45 GGD'en, 114 thuiszorginstellingen, 106 instellingen van het algemeen maatschappelijk werk en 30 instellingen uit de verslaafdenzorg. Door de goede respons (gemiddeld 72,5%) kan worden aangenomen dat de gegevens een representatief beeld geven, echter uitsluitend vanuit het perspectief van het management. De medewerkers zijn niet geënquêteerd.

6.2 Waarom werken GGD'en aan kwaliteitszorg en hoe kan de implementatie worden bevorderd?

Bij GGD'en hebben uiteenlopende redenen en motivaties een rol gespeeld om expliciet en systematisch aan kwaliteitszorg te gaan werken. Ten eerste geven veel GGD'en aan dat invloeden vanuit de omgeving in grote mate hebben meegespeeld. Genoemd worden bijvoorbeeld de toenemende concurrentie, de verwachte eisen van de financiers en de initiatieven van de LVGGD. Opvallend is dat vergevorderde GGD'en vaker deel hebben genomen aan de initiatieven van de LVGGD. Tegen de verwachting in speelde de naderende kwaliteitswet bij veel GGD'en een ondergeschikte rol. Naast deze externe druk geeft het management van GGD'en aan dat zij een aantal positieve effecten verwacht van het werken aan kwaliteitsbewaking en -verbetering. Meer dan 80% van de GGD'en verwacht een toename van de klantgerichtheid, een betere profilering van de GGD, en een toename van de tevredenheid van zowel medewerkers als gebruikers. Daarentegen verwacht ruim de helft van de GGD'en geen kostenbesparing op de lange termijn. GGD'en die nog aan systematische kwaliteitszorg willen beginnen, moeten naast de positieve effecten, zo blijkt uit de gegevens, ook rekening houden met negatieve neveneffecten en veranderingen van het aantal en de aard van de regels en procedures van de organisatie. In het algemeen zijn bij minder dan één op de tien GGD'en ongewenste neveneffecten opgetreden zoals een toename van de kosten of demotivatie en verstarring van de medewerkers. Een uitzondering is de werkdruk, deze is bij eenderde van de GGD'en toegenomen. Tenslotte is de invloed van kwaliteitsbewaking en -verbetering op de regelgeving in de organisatie per GGD verschillend. Naast het beter bewaken van de bestaande regels worden impliciete regels geformaliseerd en neemt het aantal regels zowel toe als af (eventueel worden overbodige regels verwijderd).

In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat naarmate het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is, meer positieve effecten zichtbaar worden.
Ten aanzien van de verdere implementatie van kwaliteitssystemen bij GGD'en valt op dat een meerderheid het stimulerend vindt als het kwaliteitssysteem zou worden beoordeeld. Hierbij wordt zowel aan een certificerende instelling gedacht als aan vormen van interinstitutionele toetsing of visitatie.

6.3 Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering

Een ruime meerderheid van de GGD'en heeft in een missie de uitgangspunten voor de dienstverlening geformuleerd en omschreven welke diensten worden geleverd. Ongeveer een op de tien GGD'en heeft deze visie vertaald in een expliciet kwaliteitsbeleid en nog eens eenderde is hiermee bezig. Kwaliteitswerkplannen voor de gehele GGD komen opvallend weinig voor terwijl deze op afdelingsniveau bij eenderde van de GGD'en aanwezig zijn. Dit is waarschijnlijk te verklaren door de grote verschillen die tussen afdelingen bestaan wat betreft doelgroep en dienstenaanbod. Wellicht mede doordat GGD'en zich nog middenin deze ontwikkelingen bevinden is nog maar 2% van de GGD'en zo ver dat zij verantwoording afleggen over de activiteiten in een kwaliteitsjaarverslag.

Inmiddels komt het kwaliteitsbeleid bij veel instellingen wel tot uiting in het personeelsbeleid, bijvoorbeeld bij de selectie of nascholing van medewerkers. In tweederde van de GGD'en is het management en in driekwart van de GGD'en zijn de medewerkers inmiddels geschoold in kwaliteitszorg. Het management stimuleert de medewerkers zich vakinhoudelijk te scholen, maar oefent minder vaak expliciete sturing uit: 44% van de directies geeft aan wat er van de medewerkers wordt verwacht en één op de tien directies toetst de gemaakte afspraken. Stimulering, maar vooral ook sturing blijkt nodig om de in gang gezette ontwikkelingen te continueren, zo heeft een aantal 'voorlopers' ervaren (Sluijs e.a., 1994).
Op een aantal manieren probeert het management van GGD'en randvoorwaarden te creëren die het makkelijker maken om aan kwaliteitsbewaking en -verbetering te werken. Eenderde heeft hiervoor een kwaliteitscoördinator aangesteld en nog eens 44% van de GGD'en heeft een werkgroep of stuurgroep ingesteld.

In toenemende mate worden onderdelen van het dienstverleningsproces systematisch bewaakt en verbeterd via deelsystemen c.q. feedbackprocedures. De essentie hiervan is dat systematisch gemeten wordt of de zorg aan de gestelde eisen voldoet op basis waarvan zonodig bijstelling plaatsvindt. Dit is ook de kerngedachte in het begrip 'kwaliteitssysteem'. Het management van GGD'en gebruikt hiervoor vooral functionerings- en beoordelingsgesprekken (58%) en in mindere mate klachtenregistraties of een management-informatie-systeem. Het bewaken en eventueel verbeteren van de kwaliteitsactiviteiten zelf met behulp van interne audits of interinstitutionele toetsing/visitatie komt nog nauwelijks voor.

Naast het management zijn de medewerkers van GGD'en actief betrokken bij kwaliteitsbewaking en -verbetering. Om kwaliteitsbewaking te kunnen doen zijn normen noodzakelijk. Dat GGD'en de normontwikkeling ter hand hebben genomen blijkt uit de protocollen, standaarden en richtlijnen die op grote schaal voor de eigen discipline ontwikkeld zijn. Bijna alle GGD'en hanteren protocollen voor specifieke verrichtingen. Daarnaast is in meer dan de helft van de GGD'en het handelen bij specifieke doelgroepen of de samenwerking met andere instellingen protocollair geregeld. Opvallend weinig zijn de kritische momenten in het dienstverleningsproces in een protocol vastgelegd. Gezien het grote aantal protocollen kan worden geconcludeerd dat aan het stroomlijnen van het dienstverleningsproces wordt gewerkt.

Naast protocolontwikkeling hebben medewerkers van GGD'en een begin gemaakt met kwaliteitsbewaking en -beheersing van het primaire proces. Het vaakst doet men dit door middel van intercollegiale toetsing die zowel mono- als multidisciplinair plaatsvindt. Lang niet altijd functioneert deze toetsing als feedbacksysteem, in de zin dat de procedures periodiek worden herhaald en dat de gegevens systematisch worden gebruikt voor bijstelling van beleidsmaatregelen en dienstverleningsprocessen.

Het systematisch raadplegen van cliënten via behoefte- of tevredenheidsonderzoek is nog geen gemeengoed in GGD'en. Deze activiteiten vinden in 40% van de GGD'en wel incidenteel plaats. Eveneens relatief weinig worden cliënten betrokken bij het formuleren van kwaliteitseisen of het ontwikkelen van protocollen of richtlijnen. Als dit gebeurt is dat afhankelijk van het onderwerp dat aan de orde is, zo melden de directies. Een mogelijke verklaring is dat het betrekken van cliënten in de praktijk wordt bemoeilijkt doordat GGD'en zich voor een deel richten op groepen burgers en niet op individuele burgers. Ouderen zijn als groep via belangenorganisaties te bereiken maar voor risicogroepen als verslaafden en daklozen ligt dit moeilijker. Daarnaast heeft de GGD met sommige groepen cliënten maar zeer kortdurend contact, soms is het contact éénmalig. Ondanks deze beperkingen is het aan te bevelen de komende jaren meer aandacht te schenken aan de participatie van klanten, waaronder cliënten en gemeente. Via deze weg is het mogelijk de eigen diensten af te stemmen op de behoeften van de klant en keuzen in het dienstenaanbod te legitimeren.

6.4 De ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij GGD'en

Aan de invoering van en kwaliteitssysteem gaan doorgaans twee fasen vooraf, zo laat dit rapport zien. In de eerste fase worden voorwaarden gecreëerd voor kwaliteitsbewaking en verbetering (bijvoorbeeld scholing) en in de tweede fase volgt de invoering daarvan, doorgaans op experimentele wijze of in de vorm van projecten. In de derde fase ontstaat het kwaliteitssysteem doordat de kwaliteitsbewaking en verbetering regulier onderdeel wordt van de bedrijfsvoering, alle gebieden in de organisatie omvat en een samenhangend geheel vormt. In fase vier tenslotte richt de organisatie zich naar buiten om het eigen kwaliteitsbeleid af te stemmen op het beleid van andere instellingen. Op basis van deze indeling is de stand van zaken bij GGD'en als volgt te typeren:

Alle GGD'en zijn op één of meer gebieden in de organisatie begonnen met activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Bij 16% van de GGD'en bevindt de kwaliteitszorg zich in de voorbereidende fase (fase 1). De meeste GGD'en (68%) bevinden zich in fase twee en zijn bezig de processen te stroomlijnen en te bewaken. Zij zullen de komende jaren de volgende stap zetten door samenhang aan te brengen tussen de uiteenlopende activiteiten. Een kleine groep GGD'en (16%) heeft deze fase reeds bereikt; bij hen omvat de kwaliteitszorg alle gebieden van de organisatie en is onderdeel van de bedrijfsvoering. Nog geen van de GGD'en heeft fase vier bereikt.

In vergelijking tot het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg en de verslaafdenzorg is bij de GGD'en de middengroep van instellingen in de proces-georiënteerde fase relatief groot. Zowel de voorhoede als de achterhoede zijn kleiner dan bij de andere sectoren. Overigens zijn de verschillen binnen de sectoren over het algemeen groter dan tussen de sectoren. De activiteiten die per aandachtsgebied worden ontplooid verschillen per sector, samenhangend met de specifieke aard van die sector. Er zijn echter geen grote verschillen in de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied.

Uit de resultaten blijkt dat de ontwikkelingsfase waarin een GGD zich bevindt per aandachtsgebied verschilt. Sommige GGD'en richten zich vooral op het schriftelijk vastleggen van beleidsdocumenten, zoals de missie, produktomschrijvingen, kwaliteitswerkplannen en tot slot een kwaliteitsjaarverslag en handboek. Andere GGD'en leggen de nadruk op het beheersen van de processen. In dit geval wordt gewerkt aan intercollegiale toetsing, het gebruik van een management-informatiesysteem, en behoefte- en tevredenheidsonderzoek onder cliënten. De ontwikkelingsgang is vooral terug te zien in de mate waarin de activiteit groeit van een incidenteel project tot een volledig kwaliteitsdeelsysteem (c.q. feedback-systeem), waarvan de informatie wordt gebruikt om op verschillende niveaus het beleid bij te stellen.

6.5 Conclusie

De algemene conclusie is dat in alle GGD'en het management en de professionals een scala aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering heeft ontplooid. Bij de meerderheid vormen deze activiteiten nog geen samenhangend systeem. Vergeleken met de uitkomsten van de inventarisatie in 1993 (Buis, 1993) wordt duidelijk dat het onderwerp kwaliteit bij GGD'en is gaan leven; er wordt meer expliciete aandacht aan het onderwerp besteed en de bereidheid het eigen handelen kritisch te onderzoeken is toegenomen. Vergeleken met de andere drie sectoren verkeert de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in GGD'en in een vergelijkbaar stadium.

Tot nu toe schenken weinig GGD'en aandacht aan het middelenmanagement. De in de organisatie aanwezige informatie wordt nog weinig gebruikt om de processen of het beleid aan te sturen. Binnen de LVGGD zou overwogen kunnen worden dit de komende jaren te stimuleren. Het is te verwachten dat aandacht aan het gebruik van informatie een positieve invloed heeft op de ontwikkelingen in andere organisatiegebieden. Uit het landelijke onderzoek naar de ontwikkelingen van kwaliteitssystemen in de zorgsector bleek dat het tegelijkertijd betrekken van alle aandachtsgebieden vaker positieve effecten oplevert ten aanzien van klantgerichtheid, profilering van de instelling en tevredenheid van medewerkers en klanten (Wagner e.a., 1995).

Een volgende conclusie is dat relatief veel GGD'en zich in fase 2 bevinden. Voor deze groep kan de ontwikkeling van het middelenmanagement de overstap naar volgende fase ondersteunen. Het gaat hierbij om de overgang van proces-gerichtheid naar systeem-gerichtheid waarmee veel GGD'en de komende tijd te maken zullen krijgen. Bij het stroomlijnen en beheersen van de processen is men gewend geraakt aan het formaliseren en vastleggen van de afspraken en procedures van de eigen afdeling. In de volgende fase wordt verwacht dat medewerkers over de grenzen van de eigen afdeling heen kijken en andere afdelingen of ondersteunende diensten bij de activiteiten betrekken. Op het moment dat verschillende afdelingen met verschillende culturen en gewoontes met elkaar samen moeten werken, gaat dit veelal gepaard met wrijving en weerstand. Het ter beschikking hebben van informatie over het dienstverleningsproces kan het samenwerken vergemakkelijken.

Evenals in andere sectoren is er nog weinig afstemming tussen activiteiten van professionals en management. Dat de afstemming van de activiteiten ontwikkeld door medewerkers op de activiteiten van het management kan worden verbeterd, blijkt uit het feit dat de resultaten van onderlinge toetsing (een activiteit van professionals) nauwelijks worden gebruikt voor het beleid van de GGD.

De GGD'en geven aan dat de LVGGD in de afgelopen periode een stimulerende rol heeft gespeeld bij het ontplooien van activiteiten op kwaliteitsgebied. Men wil in de toekomst op de ingeslagen weg doorgaan en zich uiteindelijk laten certificeren. Hierbij is vooral behoefte aan ondersteuning in de vorm van directe begeleiding en het ter beschikking komen van instrumenten - de LVGGD kan hierin een belangrijke rol vervullen.

LITERATUUR

Buis M. Maarleveld A. Solide diensten, tevreden klanten. Utrecht, LVGGD, 1995

Buis M. Kwaliteitszorg door GGD'en anno 1993. Utrecht, LIGGD, 1993

EFQM, FQM. The European Model for Self-Apraisal. Brussel EFQM, 1992

Groot R de (red.). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1995. Utrecht, De Tijdstroom, 1995

Handleiding 'Positiebepaling en Verbeteren (1994), Nederlandse Kwaliteit, Haarlem

Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer, Kluwer, Kwaliteitskunde, 1993

Nabitz UW, Wiersema MI. Nederlandse Kwaliteit, zelfevaluatiemodel en prijs. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Casparie e.a. (red.). Utrecht, De Tijdstroom, 1994

Wiersema MI. Hobbels en hefbomen in kwaliteitsmanagement. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Casparie e.a. (red.). Utrecht, De Tijdstroom, 1994

NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon 030 319946

Vragenlijst inventarisatie kwaliteitssystemen

HET KWALITEITSBELEID

1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Documenten	nee	in ont-* wikkeling	ja
Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling			
'Produkt'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg die aan verschillende doelgroepen wordt verleend			
Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg moet voldoen			
Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden			
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren			
Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **sommige** afdelingen/voorzieningen			
Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **alle** afdelingen/voorzieningen			
Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan			
Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen èn de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan			

TOELICHTING *:
in ontwikkeling: één of meerdere personen zijn bezig met de ontwikkeling van het document

1.1 Indien aanwezig, sinds wanneer beschikt uw instelling over een kwaliteitsbeleid op schrift?

Sinds 19.....

2. In hoeverre zijn de volgende uitspraken op uw instelling van toepassing?

	niet van toepassing				geheel van toepassing
Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering vinden in onze instelling vooral **binnen** afdelingen/voorzieningen plaats.	1	2	3	4	5
Kwaliteitsbewaking/-verbetering vindt plaats over grenzen van afdelingen/voorzieningen heen.	1	2	3	4	5
Kwaliteitsbewaking/-verbetering omvat het gehele proces van opname/intake tot ontslag.	1	2	3	4	5

In onze instelling worden ook ondersteunende afdelingen in de kwaliteitsbewakende/-verbeterende activiteiten betrokken.	1	2	3	4	5
Met hulpverleners buiten de instelling wordt nauw samengewerkt op het terrein van kwaliteit.	1	2	3	4	5

2.1 Als de activiteiten in uw instelling gericht zijn op kwaliteitsbewaking/-verbetering over de grenzen van afdelingen/voorzieningen heen, hoe pakt u dat dan aan?

2.2 Als in uw instelling een bewuste strategie wordt gevolgd voor het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem in de gehele instelling, wilt u deze dan omschrijven?
(U kunt hierbij denken aan punten als: top down of bottum up, op kleine schaal invoeren of meteen in de gehele organisatie, verantwoordelijkheid bij de lijn of bij een aparte afdeling/stuurgroep, via verbeterprojecten, etc.)

REDENEN VOOR KWALITEITSZORG

3. In hoeverre speelden (spelen) in uw instelling onderstaande redenen een rol bij de keuze om expliciet aan kwaliteitsbewaking/-verbetering te (willen) gaan werken?

Redenen	speelde niet mee	speelde enigszins mee	speelde in grote mate mee
toenemende/verwachte concurrentie			
de naderende kwaliteitswet			
verwachte eisen van verzekeraars/financiers/inspectie			
klachten van patiënten/cliënten/bewoners/klanten			
naar aanleiding van/gestimuleerd door initiatieven vanuit de koepel			
naar aanleiding van/gestimuleerd door ontwikkelingen in andere instellingen			
naar aanleiding van/gestimuleerd door congressen, cursussen en/of literatuur			
interne redenen, namelijk:			
anders, namelijk:			

RANDVOORWAARDEN EN PERSONEELSMANAGEMENT

4. Welke extra voorzieningen zijn in uw instelling getroffen voor het kunnen invoeren en onderhouden van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ geen extra voorzieningen
☐ scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management
☐ scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals
☐ medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering
☐ aanstellen kwaliteitscoördinator/-functionaris/aandachtsfunctionaris
☐ instellen van een stuurgroep
☐ instellen van kwaliteitscommissie/werkgroepen
☐ een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg
☐ externe ondersteuning (subsidie overheid/financier, adviesbureau, koepelorganisatie)
☐ anders, namelijk .....

5. In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ niet van toepassing
☐ selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg
☐ nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering
☐ deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
☐ medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen
☐ deelname aan kwaliteitsprojecten is verplicht
☐ anders, namelijk .....

6. Op welke wijze stimuleert de directie de betrokkenheid van de medewerkers/professionals bij het kwaliteitsbeleid van de instelling? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ geen maatregelen/niet van toepassing
☐ stimuleren is niet nodig, medewerkers/professionals besteden zelf voldoende aandacht aan kwaliteitsbewaking/-verbetering
☐ de directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
☐ de directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
☐ geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers/professionals
☐ geven van incentives (bijv. extra beloning)
☐ bewaking van de afdelings-/voorzieningenwerkplannen
☐ sancties, namelijk .....
☐ anders, namelijk .....

WERKEN VOLGENS PROTOCOLLEN

7. Wordt in uw instelling gewerkt volgens protocollen/standaarden?

☐ nee (ga naar vraag 8)
☐ nee, maar we zijn protocollen/standaarden aan het ontwikkelen (ga naar vraag 8)
☐ ja, op/in één afdeling/voorziening
☐ ja, op/in verschillende afdelingen/voorzieningen, maar niet in de gehele organisatie
☐ ja, in de gehele organisatie
☐ anders, namelijk .....

7.1 Wat voor soort protocollen/standaarden worden in uw instelling gebruikt?
(meerdere antwoorden mogelijk)

☐ gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen
☐ voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner/klant
☐ voor voorbehouden handelingen
☐ voor het gebruik van medische hulpmiddelen
☐ voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces
☐ voor specifieke doelgroepen en diagnoses
☐ voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg
☐ voor samenwerking met/overdracht naar andere instellingen/zorgverleners
☐ anders, namelijk .....

7.2 Door wie worden de in uw instelling gebruikte protocollen/standaarden geëvalueerd?

7.3 Zorgt er iemand voor de naleving van de protocollen/standaarden?

☐ nee
☐ zo ja, wilt u omschrijven door wie en op welke wijze dit gebeurt?

KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERINGVOLGENS EEN CYCLISCH PROCES

8. Vinden in uw instelling onderstaande activiteiten plaats volgens een cyclisch proces? (bijv. volgens de kwaliteitskringloop (normeren, meten, evalueren, verbeteren), de Deming cyclus (plan, do, check, act), kwaliteitscirkels, etc.)

Activiteiten	nee*	ja*	cycl.*	syst.*
Intercollegiale toetsing monodisciplinair: beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren				
Intercollegiale toetsing multidisciplinair: idem, door zorgverleners van verschillende disciplines				
Gebruik zorg-/begeleidingsplan de zorgverlening wordt geregistreerd en geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen				
Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten): commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens en brengen op basis daarvan systematisch verbeteringen aan				
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken				
Interne audit: de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt periodiek beoordeeld				
Interinstitutionele toetsing/visitatie: de beroepsgenoten beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen				
Management-informatie-systeem: het management gebruikt een informatiesysteem voor het evalueren en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Het informatiesysteem bevat gegevens over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan				
Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers: periodiek wordt gemeten of de doelgroepen tevreden zijn over de verleende zorg				
Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt				
Tevredenheidsonderzoek medewerkers/ professionals: periodiek wordt gemeten of de medewerkers/professionals tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts				
Behoefte onderzoek onder gebruikers: de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoefte is aan de huidige of mogelijk nieuwe zorg die de instelling kan bieden				
Behoefte onderzoek onder verwijzers of andere partijen: idem, maar onder verwijzers of andere partijen				
Klachtenregistratie en -behandeling: de klachtenregistratie wordt systematisch geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht				
Cliënten-/familieraad: op basis van het periodieke overleg met de cliënten-/familieraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd				
Anders, namelijk:				

TOELICHTING *:

nee = nee/niet van toepassing
ja = de activiteit bestaat wel in de instelling maar vindt niet plaats volgens een cyclisch proces
cyclisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces
systematisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces en is ingebed in het totale kwaliteitssysteem van de instelling

8.1 Op welke gebieden hebben professionals in uw instelling op dit moment autonomie bij de kwaliteitsbewaking/-verbetering van hun werk?

	niet autonoom				wel autonoom
Het selecteren van onderwerpen voor kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het stellen van prioriteiten in hun kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het evalueren van de eigen kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het maken van afspraken over samenwerking met andere disciplines.	1	2	3	4	5
Het maken van afspraken over samenwerking met disciplines van buiten de instelling.	1	2	3	4	5
De gegevens die zij t.a.v. het zorgproces registreren.	1	2	3	4	5
Het toetsen of de door hen gehanteerde kwaliteitsbewakende/-verbeterende activiteiten aan hun doel beantwoorden.	1	2	3	4	5
Het ontplooien van activiteiten die **niet** passen binnen het kwaliteitsbeleid van de instelling	1	2	3	4	5
Anders:	1	2	3	4	5

8.2 Is de hierboven geschetste situatie naar uw mening wenselijk? Wilt u uw antwoord toelichten?

8.3 Welke concrete activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering hebben bij de directie het komende jaar prioriteit?

1) .....

2) .....

3) .....

EXTERNE ORIËNTATIE

9. Bij welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering worden patiënten/cliënten/bewoners/klanten (of hun belangenorganisaties) betrokken?

Activiteiten	nee/ niet van toepassing	afhankelijk van onderwerp	altijd
ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen			
opstellen protocollen/standaarden			
beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald			
participatie in (kwaliteit)commissies			
participatie in verbeterprojecten			
bespreken uitkomsten van satisfactie-onderzoek, klachtenregistratie, etc.			
anders:			

10. In hoeverre werkt uw instelling samen met andere zorgaanbieders in de regio om de kwaliteit van zorg te verbeteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ er is geregeld overleg op directieniveau met andere instellingen in de regio
- ☐ participeert in projecten om de samenwerking tussen instellingen te verbeteren
- ☐ instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen/zelfstandig beroepsbeoefenaar rond overdracht en verwijzing
- ☐ instelling biedt in samenwerking met anderen produkten aan (gezamenlijk zorgaanbod)
- ☐ anders, namelijk . . . . . .

EFFECTEN EN TOEKOMST VAN KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING

11. Worden in uw instelling activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering op hun effecten beoordeeld? Wilt u voorbeelden geven?

12. Is in uw instelling het aantal en aard van de regels en procedures onder invloed van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering veranderd? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ nee, geen invloed
☐ er zijn regels/procedures bijgekomen
☐ overbodige regels/procedures zijn verwijderd
☐ de regels/procedures worden beter bewaakt
☐ informele regels/procedures zijn geformaliseerd
☐ anders, namelijk . . . . . .

13. Kunt u aangeven welke positieve effecten u in uw instelling verwacht (of reeds bereikt heeft) van de systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?

Effecten:	wordt **niet** verwacht	wordt verwacht	reeds bereikt
toename tevredenheid personeel			
toename klantgerichtheid			
toename tevredenheid externe partijen (verwijzers, financiers, patiënten/cliëntenorganisaties, enz.)			
toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management			
toename inzet en flexibiliteit van het personeel			
betere profilering van de instelling			
lagere kosten/kostenbesparing op lange termijn			
anders:			

14. Kunt u aangeven of negatieve effecten in uw instelling zijn opgetreden als gevolg van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering? (meerdere antwoorden mogelijk)

☐ er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan
☐ kosten zijn gestegen
☐ verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel
☐ werkdruk is toegenomen
☐ demotivatie/ ontevredenheid personeel
☐ anders, namelijk . . . . . .

15. Streeft u ernaar uw kwaliteitssysteem binnen de komende drie jaar te laten beoordelen?

☐ nee
☐ ja, met behulp van interinstitutionele toetsing
☐ ja, met behulp van een visitatie georganiseerd door onze koepelorganisatie
☐ ja, door een patiëntenorganisatie
☐ ja, door een certificerende instelling
☐ anders, namelijk . . . . . .

16. Hoe kunnen volgens u de overheid, de koepels en de financiers de zorginstellingen stimuleren om blijvend systematische aandacht aan kwaliteit te besteden?
(bijv. goed opleidingsaanbod voor kwaliteitszorg, certificatie bevorderen, etc.)

17. Op welke termijn denkt u te kunnen voldoen aan artikel vier van de kwaliteitswet?
Artikel vier houdt in dat de instelling systematisch gegevens registreert betreffende kwaliteit van zorg, aan de hand van deze gegevens systematisch toetst of verantwoorde zorg wordt geleverd en op basis van deze toetsing zonodig veranderingen aanbrengt.

ORGANISATIEKENMERKEN

18. Kunt u aangeven in hoeverre de onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

	helemaal mee oneens				helemaal mee eens
Onze instelling ervaart steeds meer concurrentie door andere instellingen in de regio.	1	2	3	4	5
Onze instelling moet steeds vaker inspelen op nieuwe doelgroepen en produkten.	1	2	3	4	5
In de toekomst zal het voor onze instelling steeds moeilijker worden aan de toenemende vraag tegemoet te komen.	1	2	3	4	5
In onze instelling zijn de meeste handelingen vastgelegd in protocollen/standaarden.	1	2	3	4	5

19. Hoe typeert u in uw instelling de organisatiestructuur, de besluitvorming, de houding tegenover veranderingen en de onderlinge communicatie?

De organisatiestructuur	hiërarchisch	plat
De besluitvorming	centraal	decentraal
De houding tegenover veranderingen/ vernieuwingen	flexibel	behoudend
De onderlinge communicatie tussen afdelingen/voorzieningen	informeel	geformaliseerd

20. Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling in zijn geheel heeft?

..... fte's

21. Zijn in de afgelopen jaren in uw instelling ingrijpende veranderingen (fusie/reorganisatie, uitbreiding, etc.) doorgevoerd?

☐ nee
☐ zo ja, wilt u dan aangeven hoe lang de instelling in haar huidige vorm bestaat?

sinds 19.....