

Zorg om de Kwaliteit van Zorg

Redactie:
J. Dekker
J. Iping

Hoofdstuk 1

Hype of hoop: kwaliteitszorg in de zorg

Inleiding

Kwaliteitszorg is al langer een realiteit in het bedrijfsleven. Is het de moeite waard voor de gezondheidszorg om daar een voorbeeld aan te nemen? Past het jargon van het bedrijfsleven wel bij de zorg? Vanuit mijn ervaring met de vertaling van kwaliteitsconcepten van het bedrijfsleven naar de overheid zal in dit artikel de zin en onzin van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg worden aangegeven. Daarbij wordt tevens de vraag beantwoord of kwaliteitszorg een hype of een hoop is.

De huidige aandacht voor kwaliteit roept bij velen de nodige scepsis op. Het is typisch zo'n begrip waar niemand tegen is en dus iedereen voor. Dat maakt het al snel tot een leeg begrip, een open deur waar men al te makkelijk doorheen loopt en dan 'hype' roept. Het is gelukkig meer dan dat. Kijkend naar de manier waarop men binnen de overheid (en met name binnen de gezondheidszorg) de kwaliteitssystemen van het bedrijfsleven een nieuwe inhoud geeft, is er reden tot hoop. In dit artikel worden de verschillende manieren belicht waarmee men moderne kwaliteitszorg vorm en inhoud kan geven. Startend met de klant - de cliënt ofwel de patiënt in de gezondheidszorg - wordt de open deur ver achter ons gelaten.

Waar gaat het om?

Tevredenheid

Al jaren onderzoeken ze in de Verenigde Staten welk product of welke dienst klanten het meest tevreden stelt. Er worden ruim 3600 producten en diensten met elkaar vergeleken. Als beste uit dat onderzoek kwam in 1996 'Dole's Food Pineapple Slices' tevoorschijn. De meeste lezers hebben zo'n blik in de voor-

raadkast staan. Klantentevredenheid vormt de kern van kwaliteitszorg zoals het bedrijfsleven dat kent. Het hoort ook bij kwaliteitszorg om het steeds beter te willen doen en dus uiteindelijk de beste te zijn.

Van 3600 producten en diensten zijn de 'pineapple slices' dus de beste, maar waarom eigenlijk? Waarom zijn ze beter dan bijvoorbeeld een Mars of een McDonalds hamburger? En waarom veel beter dan de diensten van een bank of een verzekeringsbedrijf, om maar niet te spreken over de Amerikaanse belastingdienst die als nummer 3600, als allerlaatste eindigde?

Het blijkt, naast een aantal andere zaken, dat naarmate er minder mensen aan te pas komen de waardering voor een product of dienst toeneemt. Hoe meer 'contactmomenten' er zijn, hoe groter de kans op ontevredenheid. Er is het verhaal van een supermarkt die heel erg klantgericht wilde werken. Daarom gaven ze aan elke klant een zogenaamde 'accountmanager' mee. Die accountmanager hielp bij het boodschappen doen door spullen van het schap te pakken en het boodschappenlijstje te controleren. Tegelijk moest de accountmanager een praatje maken met de klant. Maar wat is het probleem? De verwachtingen van die klant worden steeds hoger. En als men dan vergeet om te informeren hoe het met het zieke hondje van de klant gaat, terwijl zij het er gisteren nog over heeft gehad, ja, dan is er een ontevreden klant.

Een blik ananas koopt men gedachteloos. Sommigen hebben een voorkeur voor hele schijven in het blik; anderen willen het allemaal in stukjes hebben. Men gooit het blik in de kast en het zoete goedje blijft er nog jaren onbedorven liggen. Zo is het niet met de dienstverlening en zeker niet met de dienstverlening in organisaties als die van de geestelijke gezondheidszorg. Het dagelijkse werk in de gezondheidszorg hangt van de contacten aan elkaar. De gesprekken van mens tot mens bepalen de kwaliteit van de behandeling en bepalen het beeld van de desbetreffende organisatie.

Een voorbeeld

In januari van dit jaar werd ik rondgeleid in een gesloten inrichting. In de gang naast een van de gesloten afdelingen zag ik de resten van twee kerstbomen liggen. Allemaal kale takken, de dennennaalden in een triest hoopje eronder. Ik vroeg aan de man die me begeleidde: wie ruimt deze bomen nu op? Hij vertelde mij dat de mensen van de beveiliging dat deden. Waarom niet de bewoners zelf?, zo vroeg ik. Nou, dat was een goed punt, zei hij, maar daar waren ze nog niet uit. Kan dat wel? Gaat dat niet mis? Hoe zit het met de veiligheid? Etcetera.

Uit zijn woorden rook ik voor elke oude dennennaald die daar op de grond lag even zoveel vergaderuren. Wat is een goede behandeling? Hoe zelfstandig kunnen ze zijn? Vragen we niet te veel? Lopen ze geen risico? Lopen wij geen risico? Dat soort vragen waren allemaal aan de orde geweest. Dat kon men opmaken uit zijn woorden. Toen dacht ik de enige vraag te mogen stellen die dan nog logisch was: wat vinden de patiënten er zelf van? Toen keek hij mij glazig aan. Nee, dat was bij zijn weten nooit gevraagd.

Het eerste principe van moderne kwaliteitszorg is dat die vraag wel gesteld wordt. In bovenstaand geval doorvragend werd door hem, en later door zijn collega's, geen helder antwoord gegeven op wat de patiënten zelf nu eigenlijk van hun behandeling vonden. De formulering van eventuele vragen die zij aan de patiënten zouden willen voorleggen, was vaak al erg ingewikkeld en niet op een niveau waar een willekeurige patiënt direct wat mee zou kunnen. Kwaliteitszorg gaat over cirkels, over regelkringen die op een steeds hoger niveau van plannen, doen, leren en bijstellen worden gebracht. Dat proces begint altijd bij iemand anders dan de hulpverlener. Dat begint in principe bij de klant, de cliënt ofwel de patiënt.

Botsende kwaliteitsnormen

Hoe staat het met het koken op een afdeling van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis? Worden alle maaltijden door een centrale keuken verzorgd, of wordt de cliënten geleerd zelf te koken? Vanuit de kwaliteit van de behandeling - vanuit de professionele kwaliteit dus - kan het wenselijk zijn dat de cliënten van een afdeling maximaal de gelegenheid krijgen om zelfstandig te koken. Vanuit diezelfde behandelnormen kan het daarbij zeer logisch zijn dat het koken begeleid wordt door de medewerkers van de afdeling die ook de rest van de tijd met de cliënten optrekken. Maar nu komt er opeens een ander kwaliteitsbegrip langs. Dat begrip heet afgekort HACCP. Dat staat voor Hazard Analysis of Critical Control Points. Daarmee worden vooral de gevaren van voedselvergiftiging bedoeld. Vanaf december 1996 zijn alle dienstverlenende instanties verplicht om op basis van de HACCP-normen de voedselbereiding zo professioneel te doen, dat salmonella en andere bacteriën geen kans krijgen om toe te slaan. Als men goed met die normen omgaat, mogen eigenlijk alleen nog maar gediplomeerde koks koken of op het zelfstandig koken door cliënten toezien. De situatie dat de medewerkers wel even kijken hoe het gaat, is dan uit den boze.

Uit dit eenvoudige voorbeeld uit de geestelijke gezondheidszorg blijkt dat men

Luisteren

Als het om luisteren gaat, is natuurlijk de vraag: naar wie? In de geestelijke gezondheidszorg spreekt men over bewoners, cliënten of patiënten. Dat kan nauw luisteren. Dus het is goed om te weten of men over cliënten of patiënten kan spreken. Maar zijn cliënten ook de klanten van de zorginstantie? Er is een economische definitie van het begrip klant en die luidt dat een klant diegene is waarbij bepalen, betalen en genieten zich in één hand bevinden. Is dat in de gezondheidszorg ook zo? Bepalen de cliënten, betalen de cliënten en genieten de cliënten?

Het lastige van het werken met het uit het bedrijfsleven bekende klantenbegrip is dat er in de gezondheidszorg geen echte klanten zijn. De minister is de klant, de verzekeraar is de klant en natuurlijk is de cliënt meer dan alleen een halffabrikaat en wel degelijk ook een klant. Dat klantbegrip binnen de gezondheidszorg is een moeilijk begrip. En omdat het zo moeilijk is, wordt er dus vaak maar niets aan gedaan. En bepalen de medewerkers als professionals maar zelf wat goed is of niet goed is voor onze cliënten. En dat kan nou net niet. Met alle problemen van dien is dat klantenperspectief, dat cliëntenperspectief, nodig als toetssteen voor wat men wil bereiken. Daarom is het een compliment waard als een instelling voor de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ex-clieñten vanuit het patiëntenperspectief mee laat beslissen over de invulling en vormgeving van de behandelprogramma's.

Audit

Nog iets anders over luisteren. Als men het woord luisteren vertaalt, dan krijgt men het woord 'auditor'. Binnen de kwaliteitszorg is dat woord een aparte term geworden voor allerlei bezoeken van externe deskundigen die kijken of er wel volgens de kwaliteitsnormen wordt gewerkt. Dat is een belangrijk fenomeen en men mag verwachten dat, naast de al lang bekende audits als die van de geneeskundige inspecties, er allerlei andere audits, bijvoorbeeld in het kader van de Arbeids Omstandigheden Wet en milieuzorg, zullen gaan plaatsvinden. Blijf dan in de gaten houden dat dat luisteren niet vrijblijvend mag zijn of alleen om er de auditors beter van te laten worden. Men luistert, men laat luisteren, omdat men iets wil horen waar men zijn voordeel mee kan doen. Organiseer dat dan ook zo. Gebruik audits om er beter van te worden.

Vertrouwen

Achter de twee elementen van betrouwbaarheid en luisteren gaat nog een derde begrip schuil: dat van 'vertrouwen'. Werken aan kwaliteit is werken aan

vertrouwen. Bij verschillende kwaliteitsdefinitie is het nodig om met elkaar te communiceren om tot een gezamenlijke definitie te komen. Voor communicatie is openheid nodig en daarmee komt het woord vertrouwen naar boven. Werken aan kwaliteit is werken aan vertrouwen en andersom. Bekende elementen van kwaliteitszorg als het meten en zichtbaar maken van prestaties en het op schrift stellen van afspraken zijn even zovele manieren om tegen een ieder te zeggen: "Kijk, u kunt mij vertrouwen, u kunt van mij op aan". Er is in de afgelopen jaren veel vertrouwen verloren gegaan in de zorg. Hoe hard er ook gewerkt wordt, het is nooit goed genoeg. Er zijn in de zorg en elders te veel dingen gebeurd om vertrouwen nog vanzelfsprekend te maken. Er is het gezegde: "Vertrouwen komt te voet en gaat te paard". Veel vertrouwen in de gezondheidszorg is de laatste jaren in galop vertrokken. Door het zichtbaar werken aan kwaliteit wordt dat vertrouwen hopelijk stap voor stap weer opgebouwd. Geen onbelangrijke reden om aan kwaliteitszorg te doen.

De ISO-normen

Overal is ISO

Als het om de instrumenten gaat, moet men met de zogenaamde NEN-ISO 9000 normen beginnen. De afkorting ISO staat voor International Organization of Standardization. Binnen het kader van deze organisatie worden afspraken gemaakt over normalisatie en standaardisatie in de ruimste zin van het woord. Er is een Europese afgeleide van deze organisatie met de naam Comité Europeen de Normalisation (afgekort CEN), waarbij in het kader van de Europese eenwording de normen worden vertaald. In Nederland heeft men het weer over de door Nederland aanvaarde Europese normen (afgekort NEN). Deze normen hebben in ons land in feite de kracht van een formele wet. Achter de toverformule van de NEN-ISO 9000 gaat de tot nu toe meest bekende vorm van kwaliteitszorg schuil. In een moderne congreszaal zijn de stoelen waarop men zit, de microfoons die worden gebruikt en waarschijnlijk de kieren waarin men zich heeft gehuld, allemaal voorwerpen van de zogenaamde Europese productrichtlijnen. Die richtlijnen, die normen gaan heel ver, soms tot in het belachelijke. Er is een proces geweest van een fruitimporteur tegen de Europese Gemeenschap omdat hij rechte bananen wilde importeren. En volgens Brussel is een banaan alleen maar een banaan als die krom is.

De 9000-serie

Overal gelden dus normen en richtlijnen voor en voor elk ervan geldt een nummer. Veel van de manieren waarop met milieunormen moet worden omgegaan, vindt men bijvoorbeeld in een nummering die begint met 14000. De NEN-ISO 9000-normen hebben een iets ander karakter. Zij geven normen voor hoe men een kwaliteitszorgsysteem moet inrichten. De belangrijkste elementen van die normen - het gaat met name om de cijfers 9001, 9002 en 9004 - zijn de volgende:

- de klant, de cliënt, staat centraal: die is het begin en het einde van het kwaliteitssysteem;
- het gaat om doen wat men de klant beloofd heeft te zullen doen;
- dit betekent dat het 'voortbrengingsproces' beheerst is;
- en dat is gebeurd als men kan aantonen dat men heeft gedaan wat men had beloofd te zullen doen;
- met andere woorden, het is reproduceerbaar; het gaat niet om eenmalige successen.

Om dat waar te maken vragen de normen om:

- procesbeschrijvingen, neergelegd in een handboek;
- met een systeembewaking door de directie of het managementteam;
- waarbij er door buitenstaanders, door specialisten wordt getoetst of inderdaad volgens de normen wordt gewerkt. Het is goed of het is niet goed. Zo ja, dan krijgt de organisatie een certificaat als bewijs naar de klanten toe.

Keep It Simple, Stupid!

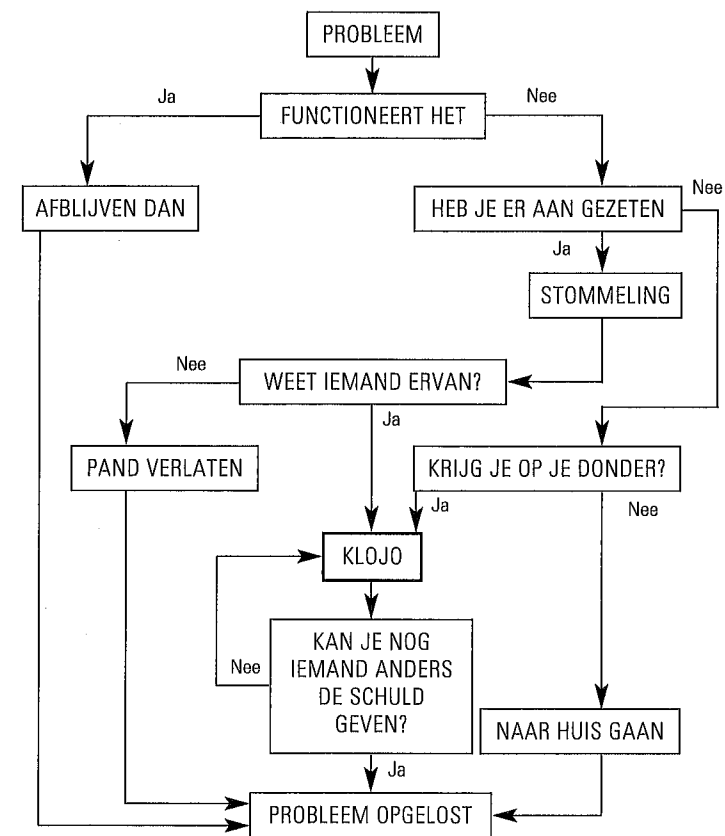
Allemaal goede zaken. De mening van de klant wordt de toetssteen voor de betrouwbaarheid van de organisatie. Het wordt duidelijk dat kwaliteit een verantwoordelijkheid van het management is.

Daarbij is het een misvatting om te denken dat al die procedures tezamen een heel dik handboek moeten vormen of dat er nooit van die procedures mag worden afgeweken. Wat dat handboek betreft, maak het alstublieft nooit dikker dan een mens onthouden kan. De beste methode is om de mensen die het werk moeten doen, zelf de procedures te laten beschrijven. Dan gaat het om niet meer dan het op hoofd- of beslispunten vastleggen van die zaken die men altijd moet doen, wil men zicht op de zaak houden en de zaken beter maken. Wie is voor wat verantwoordelijk? Daar gaat het om. Wat moet nu echt iedereen weten?

Het probleem is, dat als men eenmaal gewonnen is voor het idee om procedu-

res te gaan schrijven, men dan maar al te snel doorslaat naar de andere kant. Houd het kort, houd het simpel en laat er geen jurist aan komen, want die gaat het dichtmetselen. Er ontstaat al heel snel de misvatting dat men voor elke eventualiteit, voor alles wat mis kan gaan, iets moet regelen. Welnu, daar moet men zich vooral geen zorgen over maken. Als er wat mis kan gaan, dan zal het ook mis gaan. Mensen zijn altijd slimmer dan wat voor systeem dan ook. Bij elke invoering van een ISO-systeem zijn er altijd momenten van weerstand. Deze weerstand wordt het beste uitgebeeld in de volgende nep-procedure.

Figuur 1. Kwaliteitsprocedure: standaardformulier voor het oplossen van technische problemen.



In deze nep-procedure wordt dus gestart bij een probleem. Let op: de klant wordt als probleem gezien! Vervolgens moet men stap voor stap afwegingen maken als:

- werkt het nog?
- heb je eraan gezeten?
- weet iemand ervan?
- kan je iemand anders de schuld geven?
- krijg je op je donder?

In alle gevallen is de actie erop gericht om geruisloos naar huis te kunnen gaan. Dan is het probleem opgelost.

Met andere woorden: als een medewerker van een zorginstelling zich niet op de een of andere wijze eigenaar van een proces voelt (al dan niet in de vorm van bijvoorbeeld een procedure over het maken van werkroosters), zal men de procedure naar alle waarschijnlijkheid al snel gaan negeren. Daarom is het van belang goed stil te staan bij de vraag: wat is het belang van de medewerker? En wat is het belang van de organisatie en de cliënt? Dan is het vervolgens zaak om minimaal die zaken vast te leggen die er voor nodig zijn om de dingen goed te laten gaan. De toverformule luidt: KISS - Keep It Simple, Stupid!

Afwijken mag

Er is nog iets rondom die vermaledijde procedures. Het idee is dat men in die procedures handelingen vastlegt, zodat men ervan op aan kan dat die worden uitgevoerd. Als men hieraan begint, kan men er zeker van zijn dat er altijd iemand zegt dat het er juist om gaat om flexibeler te werken. Of dat er iemand zegt dat zijn of haar werk zo weinig regelmaat kent dat het geen, maar dan ook geen enkele zin heeft om iets te regelen. Als men hen mag geloven, kan er alleen maar de keiharde conclusie worden getrokken dat een moderne flexibele zorgorganisatie vooral niets moet vastleggen.

Eerst een technisch antwoord. Als het om de ISO 9000-normen gaat, hoeft men helemaal niet zoveel vast te leggen. Het gaat om 'doen wat men de klant heeft beloofd te zullen doen'. En als men die klant weinig heeft beloofd, dan hoeft men ook niet zoveel vast te leggen. Dat is wat gechargeerd, maar samen met de noodzaak het verhaal kort te houden, pleit dat er dus voor om vooral niets 'dicht' te regelen. Met andere woorden: er blijft meer dan genoeg flexibiliteit over als men dat wenst, ook binnen het ISO-systeem.

Daarnaast is het een mythe om met ISO-normen te werken op basis van de gedachte dat er nooit van mag worden afgeweken. Dat mag zeker. Als de klant

of de situatie er om vraagt, dan moet er juist van worden afgeweken. De echte kern van het ISO-verhaal is alleen dat een dergelijke afwijking wordt gemeld. Pas als er wordt gemeld, kan er worden geleerd en kan er worden verbeterd. En wat men bij maar al te veel ISO-systemen ziet, is dat medewerkers denken dat de procedures voor de eeuwigheid zijn geschreven en dat afwijkingen daarom per definitie illegale handelingen zijn. Dat zijn ze niet. Maar als afwijkingen consequent worden gemeld, dan kan men voorbij het incident naar het patroon kijken. Dat gebeurt in, wat dan heet, de 'management-review' vergadering, waarin alle afwijkingen (en een klacht wordt dan ook als een afwijking beschouwd) worden besproken. Daarin kunnen dan de procedures eventueel worden gewijzigd en besluiten worden genomen om tot een systematische verbetering te komen waar dat nodig is.

In feite wordt in de geestelijke gezondheidszorg, en zeker binnen de verwante TBS-sector, al veel gewerkt met zogenaamde incidentenregelingen. Er is een crisis, iemand gaat door het lint, wordt gewelddadig, vormt een bedreiging voor de omgeving. Wat doen de behandelaars? Hoe wordt het opgelost? Elk geval is uniek, maar er zijn ook altijd patronen te herkennen, lessen te leren. Het volgende voorbeeld betreft een discussie in een TBS-inrichting. Het ging over de zware druk die er zou zijn door alle veiligheidsmaatregelen. Elk incident werd gevreesd en er werd enorm veel geïnvesteerd om het te voorkomen. Uiteindelijk ging het, volgens de registratie, om vier tot vijf incidenten per jaar. Is dat veel of weinig? Wordt er te veel of te weinig geïnvesteerd? Uiteindelijk wist iemand de discussie in een heel ander daglicht te plaatsen door te melden dat het in de reguliere geestelijke gezondheidszorg niet abnormaal is dat er zich zo'n veertig tot vijftig incidenten per jaar voordoen. Is nul incidenten een doelstelling die eigenlijk het nastreven waard is?

Het model Nederlandse Kwaliteit

Tekortkomingen van ISO 9000

Binnen het bedrijfsleven is het werken op basis van de ISO 9000-normen behoorlijk populair geworden. Op dit moment is bijvoorbeeld de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector druk bezig om op basis van de ISO 9002-normen tot vormen van certificatie te komen. Veel van die belangstelling voor ISO 9000 is te danken aan een soort domino-effect. Het zijn grote bedrijven zoals Shell die op een gegeven moment van hun toeleveranciers zijn gaan eisen dat zij op basis van die normen gecertificeerd moeten

zijn. Geen certificaat, geen werk. In de loop van de jaren zag een toenemend aantal mensen binnen diezelfde grote bedrijven de beperkingen van die ISO 9000-normen in. Kortweg komen die beperkingen erop neer dat er grote gaten zitten in de systematiek van de ISO-normen, en dat een certificaat geen garantie blijkt te kunnen bieden voor kwaliteit. Kwaliteit blijkt meer dan alleen maar procesbeheersing te zijn. Kwaliteit moet een integraal karakter hebben om te werken. Daarom is er - en dan stel ik het gechargeerd voor - op een gegeven moment een aantal voorzitters van de raden van bestuur van die grote bedrijven ofwel 'Chief Executive Officers' (afgekort CEO's) bij elkaar gekomen om de ISO-methodiek te verbeteren.

Meer dan procesbeheersing

Het eerste wat zij hebben gedaan, is het opvullen van de lege plekken in de ISO-benadering. Ze hebben geconstateerd dat ISO vooral te maken heeft met het management van processen en een beetje met de waardering van klanten. Maar, zeiden zij: "het hebben van een ISO-certificaat garandeert helemaal niet dat het bedrijf kan blijven voortbestaan." Zo is het Shell een keer overkomen dat zij van een Italiaans bedrijf keurig gecertificeerde afsluitingen voor een ketel in een raffinaderij toegestuurd kreeg, maar dat het bedrijf failliet bleek op het moment dat er ringen moesten worden bijbesteld. Daarom vond men het nodig om ook iets te zeggen over de eindresultaten van een organisatie. Direct vertaald naar de gezondheidszorg: het heeft geen zin om een perfecte behandelingsmethodiek te hebben georganiseerd als het budgettair niet uitkomt.

Daarnaast wilden de CEO's binnen de ISO-systematiek veel meer aandacht hebben voor het thema beleid en strategie. Zonder een goede formulering van een doelstelling van een organisatie heeft het weinig zin om allerlei operationele processen in te richten. Daarbij werden er een paar elementen expliciet belicht. Zo moest er apart aandacht worden besteed aan het personeelsmanagement, om vervolgens te meten wat nu eigenlijk de waardering van het personeel voor de organisatie was. Men snapte heel goed dat men een product of dienst nog zo perfect kan maken, maar als die vervolgens moet worden geleverd door ontevreden personeel, zal het eindresultaat waarschijnlijk negatief zijn.

Hetzelfde is ook gezegd van de inzet van alle middelen die de organisatie gebruikt: financieel en niet-financieel. Afwijkend van de ISO-filosofie is dat de CEO's de organisatie niet alleen wilden laten beoordelen op de aspecten van de procesbeheersing, maar ook op de mate waarin de organisatie heeft geregeld dat er regelmatig innovaties plaatsvinden.

Leiding en maatschappij

Vervolgens hebben de CEO's nog twee belangrijke dingen aan de ISO-methodiek toegevoegd. Op grond van de ervaringen met ISO had men een belangrijke les geleerd: het belang van een goede leiding van het proces van kwaliteitsbeheersing. Maar al te vaak was de zorg voor kwaliteit, na een enkele speech van de directeur, gedelegeerd naar een staffunctionaris. De organisatie begrijpt in dat geval dat kwaliteit niet echt belangrijk wordt bevonden. Onderzoek wijst dan vervolgens uit dat meer dan vier op de vijf kwaliteitsprojecten mislukken door een gebrek aan leiding van de leiding. Daarom was het voor de CEO's duidelijk dat een model voor integrale kwaliteitszorg niet mogelijk is zonder uitspraken te doen over de kwaliteit van het leidinggeven.

In de gezondheidszorg moet deze vraag naar mijn idee eerst indringend aan de orde komen. Want wie zijn eigenlijk de leidinggevendenden in de zorg? De bestuurders, de medici, het ministerie of de verzekeraars? Het feit dat het moeilijk is om te zeggen wie binnen de gezondheidszorg verantwoordelijk is voor die zorg, maakt het meer en niet minder belangrijk om daar uitspraken over te doen. Wel moet men zich ervan bewust zijn dat die uitspraken situatiebepalend zijn. Binnen het kader van het model mag en moet dat zelfs.

Vervolgens realiseerden de CEO's zich nog iets anders, en dat was een echte innovatie in kwaliteits- en managementland. Ze realiseerden zich dat, al doet men het nog zo aardig in het eigen bedrijf, als men er zich geen rekenschap van geeft dat men onderdeel van de maatschappij is, dan komen er daardoor vroeg of laat problemen. Om weer het voorbeeld van Shell te gebruiken: dat is een onderneming die overal certificatie eist, die heel veel investeert om zich maar zoveel mogelijk als een kwalitatief hoogwaardig bedrijf te kunnen profileren. Maar zij liet het wel gebeuren dat haar imago werd aangetast door zaken als het afzinken van de Brent Spar en de operaties in Nigeria. Ook de waardering door de maatschappij moet daarom onderdeel worden van het systeem van kwaliteitszorg zoals dat de CEO's voor ogen kwam te staan.

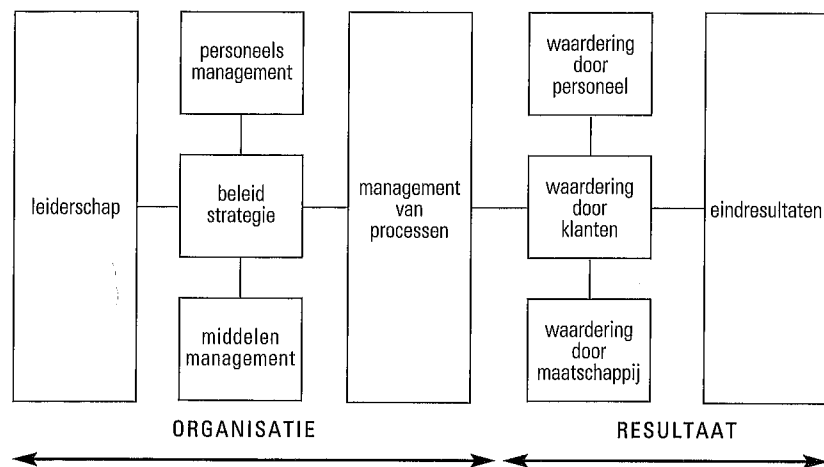
Wat dit voor de gezondheidszorg betekent? Het is niet zo extreem als in de TBS-sector, waarbij de berichten in de krant over patiënten die misbruik van hun verlof maken het hele kwaliteitsbeeld van die sector beïnvloeden. Nota bene: dan bevinden die patiënten zich dus buiten het zorgsysteem van de TBS-inrichting (over de verantwoordelijkheid voor kwaliteit gesproken!). Maar ook in de geestelijke gezondheidszorg kan één enkel incident waarbij een patiënt mishandeld of misbruikt wordt door een medewerker, het hele imago van de instelling te grabbel gooien. Ook al betreft het een instelling van harde wer-

kers, waar bijna alles goed gaat.

Negen velden

Het resultaat is een model geworden van in totaal negen velden: vijf zogenaamde 'organisatievelden' en vier 'resultaatvelden'. Zie figuur 2.

Figuur 2. Schema Evaluatiemodel Nederlandse Kwaliteitsprijs



De organisatievelden zijn voorwaardenscheppend voor de resultaatvelden. In het schema ziet het eruit als een grote blokkendoos. Het is echter beter om het te zien als een verzameling cirkels of regelkringen. Het is steeds een kwestie van plannen, van doen, van checken en vervolgens aanpassen. In de literatuur wordt dit wel de 'Deming-cirkel' genoemd, naar de belangrijkste grondlegger van de kwaliteitszorg. Elk van de negen velden vormt een regelkring. Het hele model vormt een regelkring, waarbij dat wat op de ene plek wordt bedacht en ingezet, op de andere plek moet worden voortgezet en tot resultaat moet worden gebracht. Het grote effect van het werken met dit model is, dat allerlei zaken die normaal een grote kluwen zijn, nu uit elkaar worden gehaald en vervolgens in samenhang kunnen worden gezien. Men krijgt dus zicht op de samenhang.

Doorbreken van de patstelling: zelfevaluatie

Met de ontwikkeling van al die werkvelden kregen de CEO's een groot pro-

bleem. Want hoe meet men op al die negen velden? Hoe bepaalt men bijvoorbeeld wat goed leiderschap is en wat niet? Er ontstond een patstelling. Want bijvoorbeeld een CEO van Mercedes Benz laat zich niet beoordelen door een CEO van Philips, die toch geen verstand heeft van auto's. En Shell laat zich echt niet vertellen door Mercedes Benz hoe zij haar personeelsmanagement moet vormgeven. Het werken met allerlei statistische en semi-objectieve maatstaven werkt niet meer als het om het beoordelen van elkaars leiderschap gaat. Hoe is men erin geslaagd die patstelling te doorbreken? Men is met een zeer belangrijke innovatie gekomen. Niet langer moet kwaliteitszorg afhankelijk worden gemaakt van de inspectie door derden, zoals een certificerende instelling in het kader van de ISO 9000-normen. Er is gekozen voor een oplossing waarbij men de mensen in de organisatie tot een consensus laat komen over de kwaliteitsdefinities die men wil hanteren en om die 'zelfevaluatie' vervolgens te laten toetsen door collega's van hetzelfde niveau. Dus: eerst moet men de eigen ideeën over kwaliteit toetsen aan die van de collega's binnen de organisatie en dat vervolgens nog een keer doen met collega's buiten de organisaties.

Vijf fasen gericht op verbetering

Daarbij werden tegelijk nog twee belangrijke aspecten nader uitgewerkt. Er werd afgestapt van de gedachte dat men alleen maar goed of fout zou kunnen werken aan kwaliteitszorg. Want wie moet dat bepalen? Met betrekking tot de ISO-normen kan men zeggen: men voldoet er wel aan of men voldoet er niet aan. Voldoet men er niet aan, dan is het ook gelijk afgelopen. De makers van het model stellen dat de vraag of iets van goede of slechte kwaliteit is, erg afhankelijk is van wat men wil en van de situatie waarin de organisatie verkeert. Wat die situatie betreft onderscheidt men vijf zogenaamde 'ontwikkeelfasen'. Elke fase is een stadium op weg naar integrale kwaliteit. Per veld wordt als het ware een foto gemaakt van de eigen organisatie op basis van de vraag 'in welke fase bevindt de organisatie zich?'

Globaal genomen onderscheidt men de volgende vijf ontwikkelingsfasen voor de organisatie:

Fase I *activiteit-georiënteerd*: het resultaat staat centraal; er ligt veel nadruk op het oplossen van productproblemen;

Fase II *proces-georiënteerd*: het voortbrengingsproces en de beheersing daarvan staan centraal; op basis van metingen en kennis van processen

ISO-certificatie gaat, of om een bezoek van een inspecteur gezondheidszorg, het blijft toch steeds gaan om een meneer of mevrouw die langskomt om te vertellen of u het goed of fout doet. Binnen het kader van het model wordt u veel meer op uw eigen verantwoordelijkheid teruggeworpen. U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit, dus u bepaalt zelf wat een goede of slechte kwaliteit is. Het is vervolgens uw eigen verantwoordelijkheid om de kwaliteit te bevorderen door uw eigen denkbeelden daarover te toetsen aan die van anderen.

Handvesten

Meer dan analyse

Het model Nederlandse Kwaliteit is het beste dat ons kon overkomen. Net op het moment dat we op allerlei manieren bezig zijn met kwaliteitszorg, komt er een model langs dat tegelijk krachtig en subtiel genoeg is om ons verder te helpen, ook en juist in een omgeving die geen zuivere marktwerking kent. Maar geen voordeel zonder nadeel. Juist omdat het model zo sterk is in het beschrijven van een organisatie is het zwakker in het voorschrijven van wat een organisatie moet doen. Een organisatie kan heel druk aan de gang gaan met het model, maar het is de vraag of de buitenwereld daar veel van zal merken. Het is een realiteit dat elke organisatie in toenemende mate gevraagd zal worden zichtbaar te maken wat de organisatie nu eigenlijk kwalitatief presteert. En dan is het niet genoeg om mooie rapporten of jaarverslagen te schrijven op basis van welk model dan ook.

Het ligt voor de hand te beginnen met kwaliteitszorg op basis van een analyse van een gekozen model en om dat dan vervolgens concrete invulling te geven. Men kan echter ook aan de andere kant beginnen. Dan sluit men aan bij het veld 'waardering door klanten' (zie schema 1 van dit hoofdstuk).

Wat men doet, is naar buiten toe (naar de eigen cliënten, naar het publiek) exact duidelijk maken welke prestaties men levert. En als men zelf niet kan voldoen aan de eigen toezeggingen, dan zorgt men voor compensatie. Dus als mensen langer moeten wachten op hun behandeling dan beloofd, en het is de schuld van de organisatie, dan zorgt men ervoor dat daar wat tegenover komt te staan.

Van charters naar handvesten

Die manier van werken heet 'het werken met handvesten'. Een

(kwaliteits)handvest is een schriftelijke garantie van een organisatie dat zij zich laat aanspreken op het niveau van haar dienstverlening. Zo concreet mogelijk wordt aangegeven wat de organisatie in de richting van de cliënt kan beloven en wat er zal gebeuren als niet aan de eigen normen wordt voldaan.

Het verschijnsel komt uit Groot-Brittannië. Daar werkt men heel consequent met zogenaamde 'Citizen's Charters'. Binnen de gezondheidszorg heten deze 'Patients Charters' en in de naamgeving komt al tot uiting dat hierin de patiënt centraal staat. Wat kan en wil een ziekenhuis of inrichting beloven over de resultaten van haar dienstverlening voor de patiënt? Het maken van zo'n charter is verplicht in Groot-Brittannië. In Nederland is dat niet zo, en dat is wellicht de reden dat we er hier nog geen zien. Want het blijkt nogal afschrikwekkend te zijn om hardop in een publicatie vast te leggen waar men voor staat.

Voorbeeld van de GGD

Binnen een GGD was een pilot opgezet om tot kwaliteitshandvesten te komen. In beginsel zou binnen een jaar elk van de GGD-afdelingen publiceren wat zij aan haar klanten, haar patiënten, kon beloven. In dit traject werd dus aan de verschillende medewerkers van de GGD de vraag gesteld om op te schrijven wat ze hun klanten wilden beloven. Daarbij was (ook voor de medewerkers) opvallend dat:

- men eigenlijk heel weinig over de klant wist en hoe die de dienstverlening ervoer;
- het formuleren van spelregels en normen het makkelijkste lukte als het om zaken ging als wachttijden voor een vaccinatie of de snelheid waarmee een telefoon wordt opgenomen (de zogenaamde servicenormen); het bleek niet of nauwelijks doenlijk rondom de behandeling zelf (de inhoudelijke normen);
- het al heel snel duidelijk werd dat de medewerkers de GGD niet als één organisatie zien, ook al ziet de klant dat misschien wel zo;
- men niets naar buiten toe wilde beloven voordat men zeker wist dat iedereen meewerkte om de beloften waar te maken (lang niet altijd was het vertrouwen aanwezig dat dat ook daadwerkelijk zou gebeuren);
- het formuleren van een handvest gebruikt werd om allerlei wensen te formuleren over de kwaliteit van de organisatie in haar geheel; al snel ging het om veel meer dan wat er alleen in dat handvest zou moeten komen te staan.

Met andere woorden: het formuleren van een handvest leidt al snel tot de wens om de kwaliteit van de gehele organisatie onder de loep te nemen. Het

gaat dus niet alleen om de externe kant van de kwaliteit, maar ook om de interne kant. Het is daarom niet voor niets dat de directeuren van de verantwoordelijke pilot het werken aan een handvest ontzettend de moeite waard vonden, maar dat ze het effect ervan, zeker in het begin, onderschat hebben. Kwaliteitshandvesten zijn dus een kwaliteitsinstrument voor de sterke zielen onder ons. Daar staat tegenover dat het ook het instrument is met het grootste effect, naar buiten en naar binnen toe.

Invloed van patiënten

Er is nog een aspect van kwaliteitshandvesten dat niet ongenoemd mag blijven. Hierboven zijn handvesten beschreven als een eenzijdige verklaring van een dienst ten aanzien van de dienstverlening waar zij zich op willen laten aanspreken. Aan dat eenzijdige karakter moet men zeker vasthouden, want het maakt precies duidelijk waar de verantwoordelijkheid ligt. Tegelijk is het vormgeven van zo'n handvest wel degelijk een tweezijdig proces. Hoe meer er met betrokken partijen wordt overlegd - bestuur, financiers en vooral de patiënten zelf - hoe beter het is. In dat overleg hoort ook een belangrijke plaats te zijn ingeruimd voor het overleg met de patiëntenplatforms, zowel landelijk als regionaal. Al was het maar omdat zij over inzichten en gegevens beschikken die het invullen van een handvest makkelijker maken. Zolang de verhouding maar duidelijk blijft: de organisatie is verantwoordelijk en aanspreekbaar, de organisatie levert de prestatie, ten goede of ten kwade.

Balanceren met kwaliteit in de zorg

Hoe verder?

In dit artikel is beschreven wat er allemaal onder kwaliteit kan worden verstaan en is er een overzicht gegeven van een drietal kwaliteitsinstrumenten. Deze instrumenten bepalen veel van de discussie over kwaliteit en zijn van invloed op de toekomstige uitwerking van kwaliteit in de gezondheidszorg. In de laatste paragraaf van dit artikel is het verstandig stil te staan bij de balanceeract die iedere gezondheidsorganisatie zal moeten uitvoeren als die met kwaliteitszorg binnen de instelling aan de gang gaat. Het betreft de balanceeract tussen statische en dynamische kwaliteit. Deze balanceeract sluit aan bij hetgeen is gesteld rondom het aspect van flexibiliteit bij de ISO-normen. Vervolgens zal ingegaan worden op de slingerbeweging die binnen de overheid aan de gang is en waar elke zorginstelling nadrukkelijk mee te maken heeft.

Het gaat om een slingerbeweging tussen centraal en decentraal, die van invloed is op de mate waarin men de interne gerichtheid binnen de organisatie weet te doorbreken. Dat laatste is in de praktijk een belangrijke reden om aan een systeem van kwaliteitszorg te beginnen. Zeker binnen de gezondheidszorg zal men daarbij veel aandacht moeten hebben voor de positie van de professional in de organisatie.

Pas op voor de Zorba-organisatie

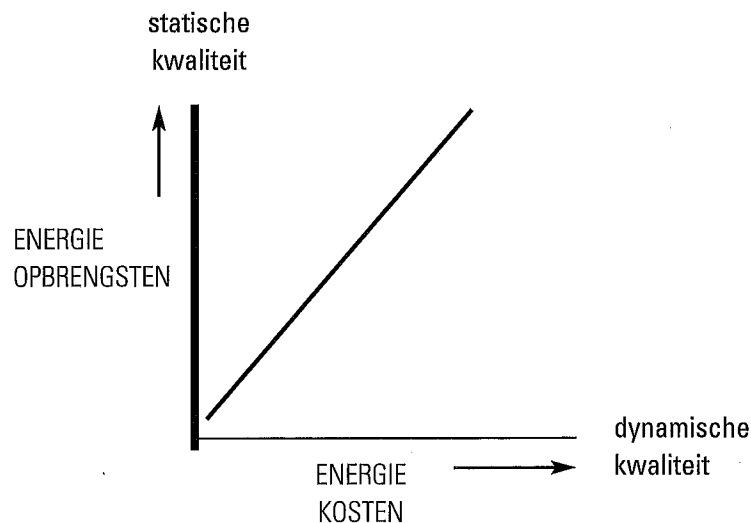
Helaas zijn er in het bedrijfsleven talloze voorbeelden van organisaties die twee jaar lang bezig zijn geweest om alles op te schrijven in het kader van hun ISO-certificaat, om dan maar met een zucht van verlichting te besluiten het te laten varen: 'om weer gewoon te kunnen gaan werken, want we moeten ook nog geld verdienen.' Dan is er iets in dat bedrijf gebeurd dat weinig met kwaliteitszorg te maken heeft gehad.

Een dergelijke organisatie kan als 'Zorba-organisatie' gekwalificeerd worden. Er wordt van alles ondernomen, de zaken lopen uit de hand, men gaat alles opschrijven en controleren, om vervolgens te merken dat men daar te veel tijd aan kwijt is, waarop men weer naar bevind van zaken gaat handelen, etcetera, etcetera. Een zwaai met het been naar links, een zwaai met het been naar rechts, maar per saldo blijft men op dezelfde plaats staan. Dat is wat ik met een Zorba-organisatie bedoel.

Hoe moet het dan wel? Het is de moeite waard om te kijken naar het leerstuk van de dynamische versus statische kwaliteit. Dat leerstuk gaat ervan uit dat een organisatie groeit door alles wat men bereikt en verdient op basis van dynamisch gedrag te behouden (statisch te maken), om vervolgens de daarmee gewonnen energie weer dynamisch te investeren. Zie figuur 3.

Processen en procedures zijn binnen dit leerstuk maar één kant van de medaille die kwaliteit heet. Iedereen die iets onderneemt, die ergens energie in steekt om er beter van te worden, zorgt voor kwaliteit, voor dynamische kwaliteit. Dat kost energie, maar het levert ook veel op. Vervolgens is het voor personen en organisaties zaak om die winst vast te houden. Dat gebeurt door, zodra ergens een routine kan ontstaan, de hele handeling zo vast te leggen - statisch te maken - dat erop kan worden vertrouwd dat het volgende keer weer net zo zal gaan.

Figuur 3. Relatie tussen statische en dynamische kwaliteit



Omdat men niet meer bang voor fouten hoeft te zijn, omdat men niet elke keer opnieuw het wiel hoeft uit te vinden, houdt men energie over. Energie die vervolgens weer dynamisch kan worden aangewend. Een persoon of organisatie die zichzelf verbetert, is bezig zichzelf omhoog cirkelend te verbeteren in een dans tussen dynamisch en statisch bezig zijn.

Binnen de zorg is er sprake van heel veel dynamische kwaliteit. Zowel medisch-inhoudelijk als wat betreft de structuren worden er ontzettend veel innovaties gepleegd. Dat kost heel veel energie, maar de prestaties zijn er ook naar. Tegelijk voelt men dat het moeilijk is om de bereikte verbeteringen vast te houden. Te vaak valt men terug in de valkuil van steeds maar plannen maken en te weinig echt uitvoeren. De kwaliteitszorg zoals die nu wordt opgestart, moet winst opleveren door het inzichtelijk en helder maken van allerlei procedures en wel op zo'n manier dat men erop kan vertrouwen dat er een stevige basis is voor de volgende vernieuwing.

Dat is niet altijd zo eenduidig als het lijkt. Om iets simpels als telefonische bereikbaarheid te nemen. Op het moment dat men die heeft verbeterd, zal men op korte termijn merken dat het eerste effect is dat er nog meer telefoontjes met problemen binnenkomen. De werkdruk lijkt hoger in plaats van lager te worden door het werken aan kwaliteit. Toch, als men de verbeteringen statisch weet te behouden, zal men op lange termijn de winst van extra tijd en minder klachten bemerken.

Centraal versus decentraal

Zelfstandigheid

Een volgende balanceeract is die tussen centraal en decentraal. Om die in beeld te brengen, moet men als het ware een stap achteruit doen om de gehele zorgsector, ja zelfs de gehele overheid, in ogenschouw te kunnen nemen.

Al heel wat jaren loopt er een discussie over de mate waarin men in staat gesteld wordt om voor zichzelf te zorgen. Hoeveel ruimte heeft men binnen de eigen organisatie om werkelijk een eigen koers te maken? Wat is de beleidsvrijheid nu echt? Met name de ruimte om keuzen te maken ten aanzien van investeringen en behandelwijze. De gezondheidszorg opereert al zo lang binnen de marges van regels en budgetten, dat zij echte vrijheid verwacht met de vrijheid om verschuivingen aan te brengen. Daarbij is het niet geheel onlogisch dat de zorgsector kort gehouden wordt. De budgetten die gemeoid zijn met de activiteiten van de gezondheidszorg zijn zo gigantisch dat er alle reden is, of het nu om de overheid of om de verzekeraars gaat, om meer dan alleen een oogje in het zeil te houden. Maar van hoe ver of van hoe dichtbij moet men een zorginstelling in de gaten houden om voldoende zeker te weten dat alles goed gaat?

Al heel lang wordt er geworsteld met het vraagstuk van centraliseren (met een directe controle) of decentraliseren (met een controle op afstand). Het lijkt er op dat de moderne kwaliteitszorg als alternatief voor het formele instrumentarium van wetten en regels daar een rol in gaat spelen.

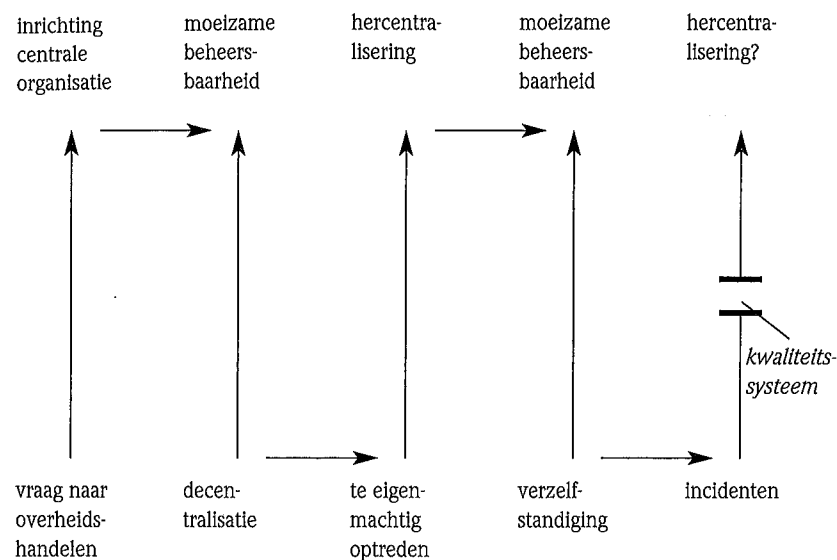
Een slingerbeweging

De geschiedenis van het decentralisatie-debat - waar privatisering en verzelfstandiging een onderdeel van uitmaken - is de geschiedenis van een slingerbeweging.

Al naar gelang de beleidsvragen zich opstapelen, of de beheersproblematiek zich aandient, wordt er gecentraliseerd of gedecentraliseerd. Misschien dat het in de gezondheidszorg anders heet, maar het komt op hetzelfde neer. Een slingerbeweging die altijd maar door zal gaan, te meer daar op elk moment een incident of een uitglijder door uitvoerige belichting van de media ervoor kan zorgen dat de touwtjes worden aangehaald of doorgeknipt. In figuur 4 is deze slingerbeweging nog eens duidelijk weergegeven.

In zekere zin zijn moeder- en dochterorganisaties - financiers en zorginstellingen - aan elkaar verslaafd.

Figuur 4. Slingerbeweging tussen centraal en decentraal



Hoezeer de taal van de markt ook in de mond wordt genomen, hoezeer iedereen ook kettert op de Haagse of Rijswijkse bemoeizucht, als het erop aankomt is die relatie de dominante relatie, en niet die met de patiënt. De cultuur van de overheid is bekend, de cultuur van de markt niet. Gechargeerd gezegd: men gaat liever om met de vijand die men kent, dan met de vrienden die men nog moet maken.

Meer controle helpt niet

Dat is een probleem voor een decentrale of te verzelfstandigen organisatie. Het is minstens zozeer een probleem voor de moederorganisatie zelf. Traditionele mechanismen voor controle werken niet. Meer inspecteurs is geen oplossing. Al die controleurs en inspecteurs maken het wezenlijke probleem alleen maar erger. Het zijn even zoveel factoren waardoor moeder en dochter niet van elkaar af komen en meer met elkaar bezig zijn, dan met het doel van de activiteiten, de verlening van zorg aan patiënten.

Kwaliteitssystemen zouden een doorbreking van dat probleem kunnen betekenen. Kwaliteitssystemen zijn geen vervanging voor de beleidsafweging of iets centraal of decentraal moet, maar ze kunnen het makkelijker maken om wat decentraal moet zijn ook decentraal te houden. Scherper gezegd: zonder kwa-

liteitssysteem zal er geen sprake van een geslaagde verzelfstandiging kunnen zijn.

Kwaliteitssystemen, in het bijzonder als daarbij publiekelijk normen worden 'verankerd' door middel van handvesten, kunnen op een aantal manieren helpen om de slingerbeweging van centraal naar decentraal te doorbreken.

Minder incidenten

De eerste reden is genoemd: vermindering van incidenten. Incidenten zijn als ongelukken. Ze zitten in een klein hoekje. Helemaal te voorkomen zijn ze niet. Maar te verminderen zijn ze wel. Dat ene incident dat de media haalt, wordt niet zelden voorafgegaan door een patroon van incidenten waar het publiek niets van merkt. Van fouten wordt niet geleerd. Een kwaliteitssysteem dwingt daar wel toe. Een recente aanscherping van de ISO 9000-normen is bijvoorbeeld specifiek gericht geweest op de 'verbeterelementen' in het systeem. Het dwingt tot een systematisch opsporen en verbeteren van fouten.

In dat verband is het overigens goed om te wijzen op het fenomeen van de kwaliteitskosten. Dat zijn de kosten die gemoeid zijn met het niet in één keer goed doen van de dingen. Incidenten zijn het topje van een grote ijsberg van dingen die misgaan, van fouten die eigenlijk vermeden hadden kunnen worden. De winst die met het 'in één keer goed doen van de dingen' valt te behalen, is genoeg reden voor de nodige inspanningen.

Ander toezicht

Een tweede reden heeft te maken met de aard van het toezicht. Meer accountants, controleurs en inspecteurs zijn dus het antwoord niet. Natuurlijk zijn er de ondergrenzen zoals de Comptabiliteitswet die bijvoorbeeld stelt, daar valt niet aan te ontkomen, maar hoeveel verder moet het gaan? Meer controleurs verhogen misschien, net als meer blauw op straat, het veiligheidsgevoel wel, maar ze garanderen niet dat er minder fouten worden gemaakt.

De invoering van kwaliteitssystemen brengt doorgaans een verschuiving teweeg van 'financiële audits' naar 'operationele audits'. De ondersteunende activiteiten die van operational auditors uitgaan, vormen een welkome aanvulling op de controlerende activiteiten van de financiële auditors. Voorwaarde is wel dat de verantwoordelijkheid volledig bij de lijn blijft berusten. De auditor als adviseur mag niet de rol van de manager overnemen. Als kwaliteitssystemen gaan leiden tot aparte kwaliteitsafdelingen, is er nogal eens reden voor ongerustheid.

Doorbreken interne gerichtheid

De dans tussen centraal en decentraal, tussen dichtbij en op afstand, is voor een groot deel een dans die de gemiddelde medewerker van een zorginstelling waarschijnlijk niet direct zal aanspreken. Ongetwijfeld is het relevant, maar voor wie nu eigenlijk?

Het antwoord is dat deze dans dichterbij is dan men denkt. De mate waarin de balans tussen dichtbij of op afstand verschuift, betekent ook dat een aantal andere zaken dichterbij of op afstand komt. Zoals al eerder werd gesteld: het is makkelijker om met de vijanden om te gaan die men kent dan met de vrienden die men nog moet maken. Het grootste probleem bij privatisering van overheidsinstellingen blijkt niet in de omgeving te schuilen, maar in het doorbreken van de interne gerichtheid. Het is zo makkelijk om door te gaan met wat men al doet, hoe ontevreden men daar ook zegt mee te zijn. Ook binnen de gezondheidszorg is de marktwerking vergroot. Ook dat is gebeurd vanuit de gedachte dat daardoor efficiënter wordt gewerkt, dat daardoor de zorginstellingen minder vanuit zichzelf redeneren. Dat is vooral ingegeven door eisen van bovenaf. Opeenvolgende kabinetten hebben hun best gedaan om de interne gerichtheid van de gezondheidszorg te veranderen door een groot aantal structuurwijzigingen. Maar structuurwijzigingen hebben altijd hun beperkingen. Uiteindelijk zijn structuurwijzigingen nooit meer dan het begin van het verhaal, ze zijn nooit het einde van het verhaal.

Een volgende stap is het in beeld brengen van de klant, van de cliënt ofwel de patiënt. Niet eens zozeer omdat die patiënt daarop zit te wachten. Welnee, die patiënt heeft doorgaans een zeer sceptisch beeld van de dienstverlening van elke organisatie. Maar die patiënt kan wel als het ware worden gebruikt om de ogen van de organisatie naar buiten te richten. Dat is de reden dat kwaliteitszorg niet toevallig als trend vlak na de trend van marktwerking en verzelfstandiging zit.

Toch valt te verwachten dat ook die trend van klantgerichtheid eindig is. Het klantconcept is, zoals wel eens wordt verwoord, 'te plat' om richting te geven aan een organisatie. Binnen de kwaliteitszorg is het klantconcept nuttig en onvermijdelijk, maar nooit alomvattend. Vroeg of laat moet er voorbij de patiënt worden gekeken en moet er een andere bron worden aangeboord om de interne gerichtheid van de organisatie te doorbreken.

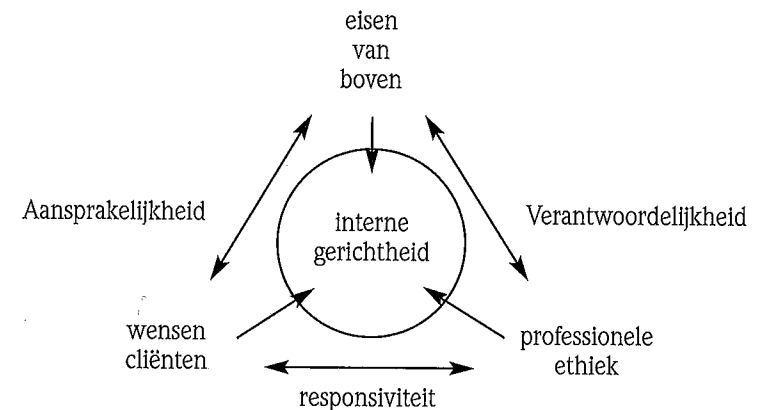
In de toekomst kijkend zal de professional waarschijnlijk de volgende focus in de discussie worden. De professional - of dat nu de medicus is, de apotheker of de softwarespecialist, dat maakt niet uit - heeft als kenmerk dat hij of zij een bijzondere autonomie claimt op basis van een deskundighedsargument. Dat

deskundighedsargument is in de ogen van de specialist niet zelden sterker dan het gezagsargument van de bestuurders of managers die formeel boven hem of haar zijn gesteld.

Die professional wordt niet zelden voorgesteld als het centrale probleem van de kwaliteitszorg. Hij is de vleesgeworden interne gerichtheid, de echte rem op de ontwikkeling van de zorg. En daar valt heel wat voor te zeggen.

Maar misschien is hij ook de hoop en de redding van de zorg. De manier waarop professionals hun positie motiveren en verdedigen, heeft niet zelden met waarden en normen te maken, met doorgaans een beroep op een bepaald mensbeeld waarin integriteit een belangrijke rol speelt. Dat zijn precies de elementen die in de discussie over kwaliteit en kwaliteitszorg langzaam maar zeker in beeld gaan komen. Kern van het verhaal is dat de waarden en normen zoals de organisatie die formuleert, de professional inspireren in diens gedrag en dat diezelfde professional beter gaat begrijpen dat hij of zij niet de norm van de organisatie is. Daar, in die verbinding van de eisen van de professe en die van het kwaliteitszorgsysteem, ligt het perspectief en de uitdaging voor de zorg. Zie figuur 5.

Figuur 5. Relatie tussen cliënt, professional en overheid



De professionele normen zijn geen muur meer waarachter de professional zich kan terugtrekken als de organisatie een beroep op hem of haar doet dat niet strookt met zijn persoonlijke doelstellingen. Expliciteren van wat we onder kwaliteit verstaan, betekent vroeg of laat ook het expliciteren van de onderliggende waarden en normen. Binnen het model Nederlandse Kwaliteit zijn die keurig in elkaars verlengde te brengen.

Tot slot

Aan het einde van dit betoog is het volgende citaat van de Franse schrijver Antoine de Saint Exupéry gepast:

"Wanneer men een schip wil bouwen, breng dan geen mensen bij elkaar om hout aan te slepen, werktekeningen te maken, taken te verdelen en het werk te verdelen, maar leer de mensen te verlangen naar de eindeloze zee."

Naast de beschrijvingen van de verschillende kwaliteitsbenaderingen en -instrumenten, maakt dit citaat hopelijk duidelijk dat het mijns inziens uiteindelijk om houding en gedrag gaat. De instrumenten zijn de middelen om houding en gedrag bespreekbaar te maken. Als kwaliteitszorg alleen maar het zoveelste project is, als het gewoon die extra klus is bovenop allerlei andere klussen die in de zorginstelling spelen, dan moet men er niet te veel van verwachten. Sterker nog, dan kan men er beter niet aan beginnen. Werken aan kwaliteitszorg op basis van bijvoorbeeld handvesten of het model Nederlandse Kwaliteit is het zetten van eerste stappen op een weg waarop niet goed terug valt te gaan.

Wat betreft de gezondheidszorg is er best reden voor een positief gevoel. De gemiddelde medewerker van een organisatie (en dat geldt waarschijnlijk meer dan in het bedrijfsleven) zal zijn of haar baan niet alleen maar beschouwen als een manier om salaris te verdienen. De directeurs van zorginstellingen mogen mijns inziens de motivatie en loyaliteit van hun medewerkers niet onderschatten. Mede het aansluiten op die motivatie is het geheim van goede kwaliteitszorg.

Peter Noordhoek

Hoofdstuk 2

Valkuilen bij de invoering van integrale kwaliteitszorg

Inleiding

In het psychiatrisch centrum Zon & Schild in Amersfoort is men al sinds 1988 bezig met de ontwikkeling van een intern kwaliteitssysteem, gebaseerd op de principes van integrale kwaliteitszorg. Zon & Schild mag gerust één van de voorlopers op dit gebied worden genoemd, zeker binnen de geestelijke gezondheidszorg. De kwaliteitsfilosofie is beschreven in het boek *'Kiezen voor kwaliteit, naar een integraal kwaliteitsbeleid voor Zon & Schild'* (1993). Daarin wordt het kwaliteitsproject van Zon & Schild, *'Kwaliteit in contact'*, inhoudelijk beschreven en de achtergronden ervan geschetst.

In dit artikel wordt slechts kort ingegaan op de inhoud van de in dit centrum voorgestane systematische kwaliteitszorg. Dit verhaal is meer bedoeld om de lezers een blik achter de schermen van zo'n kwaliteitsproject te gunnen: Hoe pakt men zoiets aan? Wat zijn de ervaringen en welke problemen doen zich voor?

Kwaliteit in de GGz

Nu er de laatste jaren zoveel aandacht aan kwaliteit en kwaliteitszorg wordt besteed, zou gemakkelijk de indruk kunnen ontstaan dat er voordien weinig of niets aan kwaliteit werd gedaan. Natuurlijk is dat niet zo. De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is internationaal gezien van een hoog niveau en dat is mede te danken aan allerlei kwaliteitsbevorderende en kwaliteitsbewakende systemen waar al sinds jaar en dag mee gewerkt wordt. Stringente opleidingseisen en beroepscode, systemen voor intervisie, supervisie en intercollegiale toetsing, registratie- en erkenningsystemen voor beroepsbeoefenaren en instellingen, meldings- en registratiesystemen voor middelen en maatregelen,