1
1997
7e jaargang

Kwaliteit in beeld

Tijdschrift over kwaliteitsmanagement in de zorgsector

nederlands instituut
voor onderzoek
gezondheid
drieharingstraat 6
postbus 15
3500 bn utrecht
tel. 030 2319
46 fax 0
290

7
Van beroep: kwaliteitsfunctionaris

12
Instelling voor thuiszorg haalt ISO-certificaat

17
ACTA Orthodontie: Slechte kwaliteit kan niet door de beugel!

20
Certiked respecteert professionele autonomie

rubrieken
- Literatuursignalement
- Medelingen
- Wetgeving en Overheidsbeleid
- Congressen & Cursussen
- Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
- Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector
- Vereniging voor Kwaliteit en Zorg
- Colofon

Een nieuw beroep

C. Wagner

De opkomst van de kwaliteits-functionaris

Vijf jaar geleden was het beroep kwaliteitsfunctionaris in de gezondheidszorg nog vrij onbekend. Een kleine groep staf- of beleidsmedewerkers rekende kwaliteit tot hun aandachtsgebied. Naarmate de aandacht voor systematische kwaliteitsbewaking in instellingen toeneemt, neemt ook het besef toe dat het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen naast veel tijd ook specifieke vaardigheden en deskundigheden vereist. Het beroep kwaliteitsfunctionaris doet zijn intrede.

Een van de taken van een kwaliteitsfunctionaris is het (mede) opzetten van een kwaliteitssysteem. Hoe het kwaliteitssysteem er uit moet zien en welke onderdelen tot een kwaliteitssysteem behoren is bij het aantreden van een kwaliteitsfunctionaris niet altijd duidelijk. Wel wordt verondersteld dat de activiteiten van een kwaliteitsfunctionaris een positieve invloed hebben op de implementatie van het kwaliteitssysteem. Tevens kan worden verondersteld dat een kwaliteitsfunctionaris die ondersteund wordt door een stuurgroep of werkgroep eerder in staat is het kwaliteitssysteem te verankeren in de dagelijkse bedrijfsvoering. Wij zullen in dit artikel nagaan in hoeverre deze veronderstellingen in de praktijk worden bevestigd.
Na een korte uitleg over het onderzoek waarop de gegevens zijn gebaseerd, zal nader worden ingegaan op de vraag waar kwaliteitsfunctionarissen werken, wat zij doen, en in hoeverre er verschillen

bestaan tussen instellingen met en zonder kwaliteitsfunctionaris wat betreft de ontwikkeling van kwaliteitssystemen.

Het onderzoek

De resultaten die in dit artikel worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op gegevens van een landelijk representatief onderzoek dat het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) eind 1994/begin 1995 heeft uitgevoerd onder directies van zorginstellingen in alle sectoren van de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg (Wagner e.a., 1995). Voor dit artikel zijn nadere analyses uitgevoerd op het bestaande materiaal.
Via koepelorganisaties zijn alle instellingen uit een sector benaderd. Alleen in de ouderenzorg is, gezien het grote aantal instellingen, een a-selecte steekproef tussen de 68% en 90%. Aan het onderzoek hebben 1182 instellingen deelgenomen; 247 instellingen uit de eerste lijn, 286 instellingen uit de gehandicaptensector, 191 instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg, 206 instellingen uit de ouderenzorg, 109 ziekenhuizen en 143 instellingen uit de welzijnszorg. De vragenlijsten zijn ingevuld door directies van instellingen. Door de goede respons kan aangenomen worden dat de gegevens een representatief beeld geven, echter uitsluitend vanuit het perspectief van het management. De medewerkers zijn niet geënquêteerd. In de schriftelijke vragenlijst is gevraagd naar concrete activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering die in de instelling zijn ontwikkeld. Deze activiteiten zijn later ingedeeld in aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen voor kwaliteitszorg.

sector	N	kwaliteitsfunctionaris
Totale groep	1182	38%
Eerste lijn		
Gezondheidscentra	88	32%
Thuiszorginstellingen	114	62%
GGD'en	45	38%
Ziekenhuizen	109	55%
Ouderenzorg		
Verzorgingshuizen	86	27%
Verpleeghuizen	120	43%
Gehandicaptenzorg		
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	33%
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	30%
Woonvormen en activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten	97	18%
GGZ		
Beschermende woonvormen	41	49%
Instellingen voor verslavingszorg		3037%
Psychiatrische instellingen		7239%
RIAGG's	48	50%
Welzijnszorg		
Algemeen maatschappelijk werk	106	32%
Sociaal-pedagogische diensten	37	24%

Tabel 1 Overzicht van het percentage instellingen per sector met een kwaliteitsfunctionaris

getrokken van verpleeghuizen (50%) en verzorgingshuizen (10%). De responspercentages variëren per sector en liggen

Waar werken kwaliteitsfunctionarissen?

Uit de gegevens blijkt dat anno 1995 38% van de instellingen in de gezondheidszorg een kwaliteitsfunctionaris/-coördinator heeft aangesteld. Niet gevraagd is naar de positie van de kwaliteitsfunctionaris binnen de instelling (lijn/staf), het aantal beschikbare uren (full-/part-time) en de achtergrond van de functionaris. Het aantal instellingen met een kwaliteitsfunctionaris verschilt per sector. Uit onderstaande tabel blijkt dat thuiszorginstellingen verhoudingsgewijs de meeste kwaliteitsfunctionarissen in dienst hebben. Maar ook in ziekenhuizen, Riagg's, beschermende woonvormen en verpleeghuizen zijn vaker dan gemiddeld kwaliteitsfunctionarissen aangesteld. De grootte van de instelling lijkt weinig invloed te hebben op het wel of niet aanstellen van kwaliteitsfunctionarissen, want ook in sectoren met kleine instellingen als beschermende woonvormen komen veel kwaliteitsfunctionarissen voor. Weinig kwaliteitsfunctionarissen zijn tot nu toe werkzaam in de gehandicaptenzorg en de verzorgingshuizen.

Van de instellingen met kwaliteitsfunctionaris heeft 67% ook een stuurgroep of werkgroep ingesteld die de kwaliteitsfunctionaris kan ondersteunen. Dit betekent dat de activiteiten van de kwaliteitsfunctionaris in een breder verband worden gedragen, wat de implementatie van kwaliteitsactiviteiten kan vergemakkelijken. Bij de resterende 33% van de instellingen werkt de kwaliteitsfunctionaris min of meer als solist.

Op welke activiteiten richten kwaliteitsfunctionarissen zich?

Systematisch werken aan kwaliteitszorg betekent dat activiteiten worden ondernomen gericht op de organisatie, de zorgverlening (processen) en de patiënt/cliënt. De keuze van de activiteiten hangt ondermeer af van de doelen die een instelling wil bereiken.
Activiteiten gericht op de organisatie kunnen betrekking hebben op de onderdelen beleid en strategie en personeelsmanagement. Bij beleid en strategie gaat het om het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid op instellingsniveau en om bewaking van zowel de uitvoering als de effectiviteit ervan. Van belang daarbij is de relatie tussen beleid en zorgverleningsprocessen, bijvoorbeeld doordat beleidsprioriteiten gebaseerd zijn op gegevens over resultaten van behandelingen, tevredenheid van patiënten, calamiteiten- of klachtenregistraties, wachtlijsten enzovoorts. De onderlinge samen-

	zonder functionaris	met functionaris
Missie of visie op schrift	73	79
Produktomschrijvingen	38	36
Kwaliteitsprofielen	13	19
Kwaliteitsbeleid op schrift	37	63
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	11	32
Kwaliteitswerkplan voor sommige afdelingen	18	33
Kwaliteitswerkplan voor alle afdelingen	5	10
Kwaliteitsjaarverslag	9	17
Kwaliteitshandboek	5	6

Tabel 2 Percentage instellingen zonder en met kwaliteitsfunctionaris waarin documenten aanwezig zijn (N=1182)

hang tussen deze activiteiten moet in veel instellingen nog worden ontwikkeld. Het kwaliteitsbeleid kan hierop gericht zijn, waarbij de aanpak uitgewerkt kan worden in een kwaliteitsplan. Verantwoording over het gevoerde beleid kan worden afgelegd in een jaarverslag.

In het onderzoek is gevraagd naar de aanwezigheid van een aantal documenten. In tabel 2 is een overzicht te zien van de documenten die instellingen met en zonder kwaliteitsfunctionaris hebben ontwikkeld.

Uit tabel 2 blijkt dat instellingen met kwaliteitsfunctionaris bijna twee keer zo vaak een kwaliteitsbeleid op schrift hebben gesteld en dat dit beleid twee tot drie keer zo vaak is uitgewerkt in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren (kwaliteitsplan op instellings/afdelingsniveau). Het vastleggen van verantwoordelijkheden en procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen komt niet vaker voor in instellingen met kwaliteitsfunctionaris.

Op twee andere aandachtsgebieden (leiderschap en personeelsmanagement) die van belang zijn voor het invoeren van kwaliteitszorg heeft de kwaliteitsfunctionaris meestal minder invloed.
Bij leiderschap gaat het om de vraag: wat doen managers zelf om de instelling te stimuleren tot zorg voor kwaliteit; vervullen zij een voorbeeldrol en dragen zij zorg voor noodzakelijke voorwaarden en adequate ondersteuning van het personeel?
De kern van personeelsmanagement is het optimaal inzetten van de kennis en kunde van medewerkers. De relatie tussen personeels- en kwaliteitsmanagement kan op verschillende manieren vorm krijgen. Zo kunnen medewerkers worden gestimuleerd tot kwaliteitszorg door hen bijvoorbeeld bevoegdheden en verantwoordelijkheden op dit gebied te geven (empowerment). In functioneringsgesprekken kan de betrokkenheid van medewerkers worden geëvalueerd; grote inzet zou kunnen worden beloond.

Op zich zijn deze aandachtsgebieden ook voor zorginstellingen niet nieuw; bij kwaliteitsmanagement gaat het vooral om de invloed van deze organisatorische maatregelen op de hulpverleningsprocessen en daarmee op de resultaten. Het gaat om doordachtheid, onderlinge afstemming, consequente toepassing en sturing.

Bij de beheersing van processen gaat het zowel om activiteiten van professionals, gericht op de hulpverleningsprocessen, als om activiteiten van het management, gericht op organisatorische processen. Zoals eerder betoogd is de samenhang daartussen essentieel.

Voor het beheersen van zorgverleningsprocessen zal ten eerste duidelijk moeten zijn uit welke deelprocessen deze zijn opgebouwd, welke disciplines daarbij betrokken zijn en hoe overgangen in dat proces geregeld zijn (overdracht, afstemming, nazorg enzovoorts). Om de kwaliteit daarvan te kunnen bewaken is overeenstemming nodig over de criteria of de eisen die daaraan worden gesteld. Normering of protocollering maakt meting mogelijk.

C. Wagner: 'Kwaliteitsfunctionarissen kunnen de vaart erin houden'

In onderstaande tabel is te zien hoeveel instellingen protocollen hanteren.

	zonder functionaris	met functionaris
Protocollen/standaarden m.b.t.		
Specifieke behandeling/verrichting/begeleiding	62	72
Routing van de patiënt/cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting	40	46
Voorbehouden handelingen	34	48
Voorlichting aan patiënt/cliënt/bewoner	37	44
Kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	30	46
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	31	45
Medische hulpmiddelen	28	34
Samenwerking rondom overdracht	38	46

Tabel 3 Percentage instellingen zonder en met kwaliteitsfunctionaris dat protocollen of standaarden hanteert (N=1182)

Uit de tabel blijkt dat een aantal protocollen duidelijk vaker (≥ 10% verschil) gebruikt worden in instellingen met kwaliteitsfunctionaris. Dit is het geval voor protocollen gericht op specifieke behandelingen of doelgroepen, kritische momenten in het zorgverleningsproces en voorbehouden handelingen. De verschillen zijn minder duidelijk bij protocollen voor de hele routing van de patiënt/cliënt, medische hulpmiddelen, patiëntenvoorlichting en samenwerking met andere instellingen.

Naast protocollering kan de kwaliteitskringloop worden gebruikt om zorgprocessen te verbeteren. Professionals zelf kunnen de kwaliteitskringloop gebruiken om hun beroepsmatig handelen te toetsen en te verbeteren, bijvoorbeeld via patiëntenbesprekingen of intercollegiale toetsing. Voor beheersing van het gehele proces zijn discipline-overstijgende activiteiten nodig, bijvoorbeeld registraties van infecties, calamiteiten, klachten, tevredenheidsmetingen enzovoorts.
De wisselwerking tussen organisatie en hulpverlening krijgt gestalte als resultaten uit discipline-overstijgende activiteiten worden teruggekoppeld en besproken op beleidsniveau. Periodiek kan worden beoordeeld of de onderdelen van het kwaliteitssysteem goed functioneren en het gewenste effect sorteren (interne audits) zodat tijdige bijstelling en verbetering mogelijk wordt.
Een overzicht van diverse activiteiten waarbij de kwaliteitskringloop kan worden gebruikt, is te zien in tabel 4. In de tabel is het percentage instellingen weergegeven dat de kwaliteitskringloop cyclisch c.q. systematisch doorloopt.

In tabel 4 is te zien dat het voorkomen van een aantal activiteiten samenhangt met de aanwezigheid van een kwaliteitsfunctionaris. Commissies voor infecties, fouten en ongevallen, of calamiteiten komen in veel instellingen van de gezondheidszorg voor. In veel gevallen leiden zij een slapend bestaan en wordt er niet optimaal gebruik gemaakt van de gegevens die deze commissies verzamelen. In ruim eenderde van de instellingen met kwaliteitsfunctionaris worden de resultaten van de commissies gebruikt voor het aanpassen van het beleid of van zorgprocessen. Instellingen zonder kwaliteitsfunctionaris maken hiervan minder gebruik (23%). Opvallende verschillen zijn ook te zien ten aanzien van de klachtenregistratie en het tevredenheidsonderzoek bij gebruikers.

Een laatste, voor de gezondheidszorg relevant aandachtsgebied voor kwaliteitszorg is de participatie van patiënten/cliënten. Zorggebruikers kunnen worden gevraagd naar hun oordeel over de zorg, maar ook worden betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria en protocollen of bij het opzetten van verbeterprojecten. Uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënten/cliënten vaker worden betrokken in instellingen die langdurige zorg aanbieden (Wagner e.a., 1995).
In de tabel is te zien dat de meeste activiteiten in beide groepen instellingen voorkomen. Alleen bij het beoordelen of de doelstellingen zijn gehaald en het ontwikkelen van criteria worden patiënten/cliënten vaker betrokken in instellingen met kwaliteitsfunctionaris.

	zonder functionaris	met functionaris
a. zorgverlening		
Zorgplannen of begeleidingsplannen	48	52
Commissies (infecties, FONA, enz.)	23	37
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	19	22
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	13	19
b. organisatie		
Functionerings/beoordelingsgesprek	52	55
Klachtenregistratie/behandeling	23	38
Management informatiesysteem	11	19
Interne audits	7	13
Interinstitutionele toetsing/visitatie	5	8
c. patiënten en gebruikers		
Cliëntenraad / familieraad	21	27
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	11	28
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	16	15
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	3	9
Behoefte-onderzoek gebruikers	4	5
Behoefte-onderzoek verwijzers	3	5

Tabel 4 Percentage instellingen zonder en met kwaliteitsfunctionaris waarin activiteiten volgens de kwaliteitskringloop worden uitgevoerd (N=1182)

	zonder functionaris	met functionaris
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	60	66
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	52	63
Ontwikkelen van normen of criteria	47	56
Opstellen van protocollen of standaarden	42	46
Participatie in (kwaliteits)commissies	43	41
Participatie in verbeterprojecten	42	48

Tabel 5 Percentage instellingen zonder en met kwaliteitsfunctionaris die patiënten/cliënten (incidenteel) betrekken bij activiteiten (N=1182)

Verschillen in ontwikkelingsfase tussen instellingen met en zonder kwaliteitsfunctionaris

Kwaliteitsfunctionarissen hebben de taak een kwaliteitssysteem in de instelling op te zetten en te implementeren. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen is een langdurig proces waarin instellingen verschillende fasen doorlopen zoals de oriëntatie en bewustwording, de voorbereidende fase, uitvoering van procesbeheersing, en systematisering en verankering. Het begeleiden van dit proces is

Instelling	N	oriëntatie-fase	voorbereidings-fase	uitvoerings-fase	fase van verankering	
zonder kwaliteitsfunctionaris	666	3	33	55	9	100%
met kwaliteitsfunctionaris	144	1	23	57	19	100%
met kwaliteitsfunctionaris en stuurgroep	286	-	12	70	18	100%

Tabel 6 Percentage instellingen per groep en ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem (N=1182)

geen gemakkelijke taak waarbij de mate van resultaat bovendien mede afhangt van een aantal randvoorwaarden zoals de betrokkenheid van het instellingsmanagement en de motivatie van medewerkers. Zoals in de inleiding reeds aangegeven veronderstellen wij dat instellingen met kwaliteitsfunctionaris verder zijn met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem dan andere instellingen.

In de volgende alinea's zullen de fasen kort worden omschreven.

Oriëntatiefase. In instellingen in de oriënterende fase worden nog geen concrete acties ondernomen om tot beheersing van de (zorgverlenings)processen te komen. Sommige disciplines bewaken hun eigen kwaliteit via intercollegiale toetsing en zij hanteren in beperkte mate protocollen voor specifieke behandelingen of verrichtingen. In het individuele contact vindt overleg met de patiënt of cliënt plaats maar verder reikt de inbreng van patiënten nog niet. In deze fase tracht de instelling allereerst te beschrijven welke produkten of diensten zij levert en welke visie aan de zorgverlening ten grondslag ligt. Kwaliteit wordt in deze fase voornamelijk gewaarborgd door de beroepskwalificatie van professionals.

Voorbereidingsfase. Instellingen in de voorbereidende fase zijn bezig met het scheppen van voorwaarden voor systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering. Zowel het management als de medewerkers worden in kwaliteitszorg geschoold. De directie heeft inmiddels een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en de medewerkers weten wat in het kader van dat beleid van hen wordt verwacht. Professionals maken een begin met het uitbreiden van hun kwaliteitsbewaking. Er worden protocollen ontwikkeld die de grenzen van disciplines of afdelingen overschrijden. Ook worden de reeds aanwezige kwaliteitsinstrumenten, bijvoorbeeld klachtenregistraties op een cyclische wijze gebruikt voor kwaliteitsbewaking. Patiënten worden bij de kwaliteitszorg betrokken bijvoorbeeld door de uitkomsten van klachtenregistraties met hen te bespreken.

Uitvoeringsfase. In de uitvoeringsfase experimenteren instellingen met nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking. Dit betekent dat op diverse afdelingen in de instelling kwaliteitsprojecten worden uitgevoerd. In de instellingen die in deze fase verkeren beschikken de afdelingen inmiddels over eigen kwaliteitswerkplannen en de uitvoering daarvan wordt (mede) door de directie bewaakt. De procesbeheersing breidt zich verder uit in die zin dat ook protocollen worden ontwikkeld voor de overdracht of nazorg aan patiënten (kritische momenten). De patiënt wordt als 'klant' serieus genomen: de instellingen doen onderzoek naar de tevredenheid van patiënten en incidenteel worden patiënten bij de kwaliteitsprojecten betrokken.

Fase van verankering. De instellingen die bezig zijn met het verankeren van de kwaliteitsactiviteiten in de reguliere bedrijfsvoering worden gekenmerkt door de systematische aanpak in de kwaliteitsbewaking en de samenhang tussen kwaliteitsactiviteiten.
Deskundigheidsbevordering vindt bijvoorbeeld plaats op basis van de prioriteiten in het kwaliteitsbeleid; de medewerkers krijgen structurele feedback over resultaten, en patiënten worden systematisch bij de kwaliteitsbewaking betrokken. Protocollen beslaan de gehele routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting van de zorgverlening en gegevens over de resultaten van de zorg zijn beschikbaar in een (management)- informatiesysteem. De kwaliteitsactiviteiten worden periodiek op hun effectiviteit beoordeeld (interne audit) en de instelling legt hierover verantwoording af in een kwaliteitsjaarverslag.

In deze fasen wordt het kwaliteitssysteem doorgaans opgebouwd tot een intern kwaliteitsbewakend systeem.

De volgende stap is de zorg voor kwaliteit die de grenzen van de eigen organisatie overstijgt en rekening houdt met de hele zorgketen. Samenwerking tussen verschillende instellingen of hulpverleners kan op twee manieren van invloed zijn op de kwaliteit. Ten eerste kunnen afspraken worden gemaakt over de continuïteit van zorg waar patiënten/cliënten baat bij kunnen hebben. Ten tweede kunnen instellingen elkaar aanspreken op de gemaakte afspraken. Hierdoor kan het kwaliteitsbeleid van een instelling indirect van invloed zijn op het beleid van een andere instelling.

Om de ontwikkelingsfase van een instelling te kunnen bepalen, zijn de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering ingedeeld in de vier ontwikkelingsfasen. Afhankelijk van welke activiteiten een instelling heeft ontwikkeld, wordt deze ingedeeld in de fasen nul tot en met drie. Op deze manier is voor elke instelling de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied en voor het kwaliteitssysteem als geheel bepaald. Een overzicht van de ontwikkelingsfase per type instelling is te zien in tabel 6.

Bovenstaande tabel moet als volgt worden gelezen: Van de deelnemende instellingen hebben 666 (62%) geen kwaliteitsfunctionaris in dienst. Van deze instellingen bevindt zich 3% in de oriëntatiefase, 33% in de voorbereidingsfase, 55% in de uitvoeringsfase en 9% in de fase van verankering.
Het aantal instellingen met een kwaliteitsfunctionaris bedraagt 430 (38%)[1].

Vervolg op pagina 14

Themanummer INK-model

Kwaliteit in Beeld van augustus 1997 zal geheel gewijd zijn aan de ervaringen met en toepassingsmogelijkheden van het INK-model. In dat nummer zal Udo Nabitz beschrijven welke voordelen het werken met het INK-model de Jellinek heeft opgeleverd. Verder in dat nummer aandacht voor de groep 'Tien voor Kwaliteit': zes ziekenhuizen, twee zorgverzekeraars, PTT Telecom en de KLM werken in juni 1997 een jaar samen in een aantal specifieke verbeterprojecten, die worden uitgevoerd op basis van het INK-model. Idee is dat dienstverlenende bedrijven en instellingen uit de profit en non-profit sector van elkaar kunnen leren en elkaar kunnen stimuleren. Verder in het augustusnummer interviews met deskundigen.

En wie er nog meer goede ideeën heeft: schrijf naar de redactie van dit blad.

Vervolg van pagina 5

Hiervan hebben 144 instellingen alleen een kwaliteitsfunctionaris in dienst, terwijl 286 instellingen daarnaast ook een kwaliteitswerkgroep of stuurgroep hebben ingesteld.
Van de instellingen met kwaliteitsfunctionaris en zonder stuurgroep bevindt een kwart zich in de voorbereidingsfase. Dit betekent dat voorbereidingen worden getroffen voor procesbeheersing. Er wordt een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en men werkt aan een infrastructuur voor kwaliteitsbewaking. Hiervoor worden de nodige voorwaarden gecreëerd (scholing, protocolontwikkeling, klachtenregistratie, enzovoorts).
Ruim de helft van de instellingen heeft de uitvoeringsfase bereikt. Via experimenten en (verbeter)projecten wordt gewerkt aan procesbeheersing. Getracht wordt discipline of afdelingsgrenzen te overschrijden. De kwaliteitsbewaking wordt systematischer aangepakt onder andere door de kwaliteitskringloop toe te passen. Het oordeel van patiënten wordt periodiek gemeten.
Tenslotte heeft een op de vijf instellingen de fase van verankering bereikt. In deze fase ontstaat de samenhang tussen de kwaliteitsbewakende activiteiten, bijvoorbeeld doordat de resultaten van verbeterprojecten ook invloed hebben op het personeelsbeleid. De effectiviteit van de deelsystemen wordt bewaakt. Er komt een wisselwerking tot stand tussen kwaliteitsactiviteiten van professionals en kwaliteitsactiviteiten op organisatorisch niveau (management). Door deze onderlinge wisselwerking en samenhang ontstaat het kwaliteits-'systeem'.
Tevens is het interessant te weten of een breed samengestelde werkgroep of stuurgroep de ontwikkeling een extra impuls kan geven. Uit de laatste rij van tabel 6 blijkt dat instellingen met een stuurgroep zich vaker in de uitvoeringsfase bevinden dan andere instellingen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat juist de stuurgroep een belangrijke rol krijgt bij het implementeren van de ontwikkelde activiteiten op de werkvloer. Zij kunnen zelf naast de kwaliteitsfunctionaris een voortrekkersrol vervullen op de afdeling of binnen het team.

Samenvatting en conclusie

In het artikel is een overzicht gegeven van het aantal kwaliteitsfunctionarissen per sector. Dit aantal blijkt te verschillen, maar kwaliteitsfunctionarissen komen zowel in kleine als in grote instellingen voor. Vervolgens hebben wij aan de hand van de vijf aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg gekeken op welke activiteiten kwaliteitsfunctionarissen zich richten, dat wil zeggen welke activiteiten vaker voorkomen in instellingen met kwaliteitsfunctionaris. Belangrijk bleek de samenhang tussen de gebieden: de wisselwerking tussen kwaliteitsbeleid en procesbeheersing èn de bijsturing gebaseerd op kennis over resultaten. Gegevens over resultaten zijn onontbeerlijk; zij worden onder andere verzameld tijdens het doorlopen van de kwaliteitskringloop. Deze gegevens vormen de basis voor zowel het bewaken of verbeteren van processen als voor het aanpassen van beleid en organisatorische voorwaarden.
Tenslotte zijn de fasen beschreven die instellingen doorlopen voordat er sprake is van een operationeel kwaliteitssysteem. Uit de praktijk is gebleken dat deze ontwikkeling jaren in beslag neemt aangezien het niet alleen gaat om een aanpassing van regels en procedures maar ook om een verandering in de houding van medewerkers en de manier van werken (cultuuromslag).

De resultaten uit het onderzoek bevestigen onze veronderstellingen; zij laten zien dat instellingen met kwaliteitsfunctionaris gemiddeld verder zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen dan andere instellingen. Op welk tijdstip kwaliteitsfunctionarissen worden betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteit is niet onderzocht. Indien de kwaliteitsfunctionaris bijgestaan wordt door een stuurgroep lijkt dit de overgang van voorbereidingsfase naar uitvoeringsfase te vergemakkelijken.
Maar niet de kwaliteitsfunctionaris alleen is verantwoordelijk voor het implementeren van kwaliteitssystemen. Hij/zij heeft niet op alle aandachtsgebieden invloed en is mede afhankelijk van de inzet van het management en de motivatie van medewerkers. Hierdoor is het mogelijk dat sectoren met weinig en instellingen zonder kwaliteitsfunctionaris toch ver gevorderd kunnen zijn met het invoeren van kwaliteitssystemen.

Literatuur

Wagner C., Bakker D.H. de , Sluijs E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1995.