

Implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

Eerste ervaringen in instellingen

E.M. Sluijs, D.H. de Bakker *

In dit artikel wordt beschreven hoe instellingen in de zorgsector kwaliteitssystemen ontwikkelen en implementeren. Interviews zijn gehouden met directies die ervaring met implementatie hebben opgedaan. Uit het onderzoek blijkt dat kwaliteitssystemen in essentie bestaan uit systematische bewakings- en verbeterprocedures die de kwaliteitskringloop weerspiegelen. Deze procedures worden periodiek herhaald zodat structurele bewaking en verbetering ontstaat. De systemen komen op drie wijzen tot stand: a) men gaat uit van bestaande procedures en vult de lacunes aan, b) men start systematisch verbeterprojecten in de gehele organisatie en c) men ontwikkelt een totaalsysteem, al dan niet volgens de ISO-systematiek. Om het systeem in te voeren wordt extra personeel

aangesteld (kwaliteitsfunctionarissen), de medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg en er worden informatiesystemen ontwikkeld. Bij de invoering van de systemen blijken zich problemen voor te doen indien medewerkers onvoldoende betrokken worden bij de ontwikkelingen, indien de noodzakelijke ondersteuning ontbreekt en indien de aandacht van het management verslapt. Omdat medewerking aan het systeem (aanvankelijk) vooral op vrijwillige basis plaatsvindt is continuering van de in gang gezette activiteiten een punt van zorg. Hoewel de invoering van een kwaliteitssysteem trager verloopt dan was gepland, zijn de ervaringen overwegend positief en ligt de meerwaarde vooral in een beter functioneren van de organisatie.

Trefwoorden: kwaliteit van zorg, kwaliteitssystemen, implementatie

De afgelopen jaren heeft het begrip kwaliteitssysteem zijn intrede gedaan in de gezondheidszorg. Door middel van kwaliteitssystemen trachten instellingen en professionals maatschappelijke verantwoording over hun activiteiten af te leggen. Dergelijke systemen dienen om te waarborgen dat zorg van goede kwaliteit wordt geleverd én dat de zorg die wordt geleverd tegemoetkomt aan de behoefte die er in de bevolking leeft.

Het begrip is overgenomen uit het bedrijfsleven, waar bij men onder een kwaliteitssysteem een stelsel van vastgelegde bedrijfskundige regels en procedures verstaat dat tot doel heeft de kwaliteit te beheersen en te garanderen dat een produkt voldoet aan de gestelde eisen. De systemen ontstonden toen men de eindcontrole van produkten ging aanvullen met de bewaking van productieprocessen om op die manier fouten in het eindprodukt te voorkomen.¹ Ook was het kwaliteitssysteem een middel voor externe profilering door de mogelijkheid een certificaat te verwerven wanneer het systeem aan bepaalde (internationale) normen voldeed. In het bedrijfsleven worden daartoe bijvoorbeeld de ISO-normen gebruikt (ISO = International Organization for Standardization).² Deze normen behelzen o.a. dat via marktorientering nagegaan wordt aan welke produkten behoefte is, dat alle productieprocessen nauwkeurig gedocumenteerd worden in een kwaliteitshandboek en dat deze regelmatig worden gecontroleerd

(geaudit) door de directie, die eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit. In de gezondheidszorg hebben beroepsbeoefenaren en instellingen een verwante maar eigen aanpak ontwikkeld.^{3,4} In opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft het NIVEL onderzocht hoe die aanpak eruit ziet. In dit artikel wordt beschreven hoe de invoering van dergelijke systemen bij instellingen verloopt.

HISTORISCHE ACHTERGROND

In 1990 werden in Leidschendam landelijke afspraken gemaakt over het lange-termijn kwaliteitsbeleid in de zorgsector.⁵ De aanleiding was enerzijds het toenmalige plan van de overheid om een aantal zaken en verantwoordelijkheden aan het veld over te dragen (stelselwijziging en deregulering) en anderzijds de behoefte van het veld zelf om de activiteiten op het gebied van kwaliteit te bundelen zodat een meer overzichtelijk geheel zou ontstaan.

De afspraken werden gemaakt door de vier betrokken partijen, patiënten-/consumentenorganisaties, de aanbieders van zorg, de financiers en de overheid. Er werd een breed samengestelde 'Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid' (VC VOK) ingesteld om de voortgang van de ontwikkelingen te volgen en te stimuleren.⁶

Aanbieders van zorg spraken onder andere af kwaliteitssystemen te ontwikkelen die externe beoordeling van de kwaliteit mogelijk maken. Verzekeraars zouden de gewenste kwaliteit dienen te contracteren en patiënten/consumenten zouden verantwoordelijkheid hebben voor

* E.M. Sluijs, D.H. de Bakker, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht

Consultatiebureau's voor Alcohol en drugs	2
Instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk	3
Instellingen voor Gehandicaptenzorg	2
Instellingen voor Thuiszorg	3
Psychiatrische Ziekenhuizen	2
RIAGG's	1
Verpleeghuizen	3
Verzorgingshuizen	1
Ziekenhuizen	3
Ziekenhuislaboratoria	2

Tabel 1 Onderzochte instellingen (N=22)

Behouden of verbeteren marktpositie c.q. voortbestaan	13
Anticiperen op externe eisen (wetgeving, verzekeraars, certificering)	11
Kwaliteit had/heeft altijd al prioriteit	10
Aansluiten bij tijdgeest c.q. maatschappelijke ontwikkelingen	9
Reorganisatie, fusie, uitbreiding	9
Doelmatiger en efficiënter werken	7
Overige redenen	24
Totaal	83

Tabel 2 Redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem (N=22)

het 'medebeoordelen van de kwaliteit van zorg'. De afspraak dat de overheid de kaders zou stellen is inmiddels nagekomen in de Nota Kwaliteit van Zorg en in de Kwaliteitswet Zorginstellingen die op 1 januari 1996 in werking dient te treden.^{7,8} In de kwaliteitswet worden instellingen en organisaties verplicht tot een 'systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg' waarover externe verantwoording moet worden afgelegd in een kwaliteitsjaarsverslag. Er wordt uitgegaan van een cyclisch proces van meten, toetsen en verbeteren aan de hand van vastgestelde normen. Dit cyclische proces komt overeen met de klassieke kwaliteitskringloop.⁹

De kwaliteitssysteemontwikkeling verloopt langzamer dan was gepland. Uit een in 1992 gehouden onderzoek onder alle koepelorganisaties in de zorgsector bleek dat op dat moment nog geen kant en klare kwaliteitssystemen ontwikkeld waren.¹⁰ Alleen de ziekenhuislaboratoria beschikten inmiddels over een kwaliteitssysteem volgens de ISO-systematiek. De overige koepelorganisaties van instellingen bleken globaal op drie fronten bezig te zijn:

a Men ontwikkelde een lijst van kwaliteitseisen of kwaliteitskenmerken waaraan de instellingen in de sector zouden moeten voldoen.

b Men ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsdeelsystemen volgens de kwaliteitskringloop, waarmee instellingen onderdelen van de zorgverlening op structurele wijze konden bewaken en/of verbeteren. Voorbeelden zijn intercollegiale toetsing, satisfactiemetingen, klachtenregistraties, kwaliteitscirkels, kwaliteitsprofielen, klachtenprocedures, informatiesystemen enzovoorts. De koepel levert zo de bouwstenen voor een kwaliteitssysteem.

c Voor zover dat nog niet gangbaar was werden door enkele koepelorganisaties methoden van visitatie en inter-institutionele toetsing ontwikkeld.

Hoewel discussies over de wenselijkheid van het toekennen van een certificaat door een onafhankelijke beoordelende instantie op gang kwamen, was dat bij de koepelorganisaties nog niet aan de orde.¹¹

In aansluiting op het onderzoek onder koepelorganisaties werd in 1993 een inventarisatie in het veld zelf gedaan om te zien op welke wijze instellingen bezig waren met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteits(deel)systemen.¹² Hiervan wordt in dit artikel verslag gedaan aan de hand van de volgende vier vragen:

- Wat waren voor de instelling de belangrijkste redenen om een kwaliteitssysteem in te voeren?
- Hoe komen deze systemen tot stand?
- Hoe is men te werk gegaan bij de implementatie van het systeem?

- Welke problemen doen zich voor bij de implementatie van het systeem?

METHODE

In het onderzoek zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met directies van instellingen die ervaring hadden opgedaan met het invoeren van een kwaliteitssysteem. Het onderzoek was beperkt tot 'voorlopers' op het gebied van kwaliteitssystemen. Aan de koepelorganisaties werd gevraagd minstens één en, indien er grote variatie binnen de sector bestaat, meerdere adressen te geven van instellingen die vergevorderd waren met de invoering van een kwaliteitssysteem. Alle sectoren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg op één na werkten aan het onderzoek mee. De Sociaal Pedagogische Diensten vonden medewerking in deze fase nog niet zinvol omdat men nog weinig ervaring met implementatie had opgedaan. De onderzochte instellingen (N=22) zijn in tabel 1 weergegeven.

De kleinste instelling omvatte 20 medewerkers (algemeen maatschappelijk werk) en de grootste meer dan 4000 (ziekenhuis). Het onderzoek is niet representatief voor een bepaalde sector, maar een verkenning van de wijze waarop instellingen tewerk gaan bij het invoeren van een kwaliteitssysteem.

De interviewgegevens zijn handmatig gerubriceerd en worden op kwalitatieve wijze beschreven. Het conceptrapport is aan alle geïnterviewden voorgelegd zodat feitelijke onjuistheden gecorrigeerd konden worden. De rapportage is anoniem.

RESULTATEN

De startfase van een expliciet kwaliteitsbeleid en daaropvolgend de invoering van een kwaliteitssysteem ligt bij 10 instellingen tussen 1989 en 1991 (de periode van de Leidschendamconferenties) en bij 9 instellingen rond 1985. Bij 3 instellingen was geen duidelijke startdatum aan te wijzen. De meerderheid volgde een stapsgewijze en geleidelijke ontwikkeling. Bij 6 instellingen stuitte men bij de invoering op problemen door een te bureaucratische opzet of, andersom, door een te grote vrijblijvendheid. De opzet van het systeem werd veranderd en men begon opnieuw. In het algemeen meldde men dat de invoering trager verliep dan was verwacht.

Redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem

Alle directies noemden een combinatie van verschillende redenen (gemiddeld 3,8) voor het invoeren van een kwaliteitssysteem (tabel 2).

Projectgewijze invoeren van 'verbeter-projecten'	9
Bundelen en uitbreiden van bestaande kwaliteitsbewakende activiteiten	7
Ontwikkelen en invoeren van een 'totaalsysteem'	6
Totaal	22

Tabel 3 Wijze waarop de kwaliteitssystemen tot stand komen

Het meest frequent werd genoemd het verbeteren of behouden van het imago en de marktpositie. Vier geïnterviewden verwezen daarbij naar de (toen nog) op handen zijnde stelselwijziging. Eveneens frequent werd gewezen op toekomstige eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking in de nieuwe kwaliteitswet en mogelijke eisen die door verzekeraars zullen worden gesteld. Vier van hen, waaronder de ziekenhuislaboratoria, anticipeerden op eventuele certificering. Naast deze strategische redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem zeiden 10 geïnterviewden dat kwaliteit altijd al prioriteit had in de instelling en dat deze ontwikkeling logisch voortvloeide uit een meer klantgerichte benadering in de huidige tijdgeest.

Hoewel slechts 4 instellingen expliciet naar certificering streefden gaven 6 geïnterviewden aan dat - hoewel het systeem niet met dat doel opgezet was - men geen bezwaar had tegen beoordeling van het systeem in het kader van eventuele certificering. Drie geïnterviewden waren expliciet tegen certificering omdat het dan alleen om de 'jacht op het papiertje' zou gaan. De meerderheid (9 maal genoemd) was in 1993 terughoudend ten aanzien van certificering. De terughoudendheid werd veroorzaakt omdat men 'nog niet zover was' en omdat kwaliteitsbewaking en -bevordering door interne drijfveren (gewenste cultuurverandering) moet ontstaan.

Totstandkoming van de kwaliteitssystemen

De kwaliteitssystemen bestaan in essentie allemaal uit een verzameling procedures ter bewaking en verbetering van de kwaliteit. Procedures voor bewaking van infecties, veiligheid, hygiëne enzovoorts waren altijd al gangbaar, maar er worden nu ook procedures aangewend om verbeteringen in zorgprocessen te realiseren. Deze procedures bevatten steeds de elementen van de kwaliteitskringloop: het zorgproces wordt geëxpliciteerd en in kaart gebracht, er worden normen opgesteld voor de wenselijke situatie, het zorgproces wordt in die zin bijgesteld waarna wordt gemeten of de nieuwe werkwijze aan de gestelde normen voldoet. Het kenmerkende is ook dat deze procedures steeds worden herhaald zodat structurele bewaking en verbetering ontstaat. Het kwaliteitssysteem dat zo ontstaat blijkt op drie wijzen tot stand te komen (tabel 3).

Ten eerste komen de systemen tot stand door een verzameling van 'verbeterprojecten'. Dit komt erop neer dat - naast de reeds gebruikelijke kwaliteitsbewaking - in de instelling systematisch en projectmatig wordt gewerkt aan het expliciteren en verbeteren van zorgprocessen. Men hanteert hiervoor termen als kwaliteitscirkels, kwaliteitsprofielen en dergelijke.^{13,14} Op die wijze wordt bijvoorbeeld de intake, de overdracht of de behandeling van een specifieke categorie patiënten verbeterd. Soms wordt ook de gehele 'routing' van de patiënt van opname tot ontslag kritisch onder de loep genomen waarbij geëxpliciteerd wordt welke bijdrage elke discipline levert en wat de meerwaarde daarvan is.

Het personeel wordt doorgaans in de methode geschoold en een kwaliteitsfunctionaris zorgt voor ondersteuning. De verbeterde procedures worden soms in een handboek verzameld om zo geleidelijk aan te komen tot een kwaliteitshandboek.

Als tweede aanpak om tot een kwaliteitssysteem te komen wordt eerst een overzicht gemaakt van alle kwaliteitsbewakende procedures die in de instelling gebruikelijk zijn. Voorbeelden zijn ongevallen- of complicatieregistraties, necrologiebesprekingen, intercollegiale toetsing, klachtenregistraties, hygiëne- en veiligheidsprocedures, enzovoorts. Getracht wordt alle procedures tot een samenhangend geheel te bundelen en eventueel 'slapende' procedures nieuw leven in te blazen. Daarna worden systematisch nieuwe kwaliteitsdeelsystemen toegevoegd. Een bekend voorbeeld zijn procedures om patiëntensatisfactie te meten. Het toevoegen van nieuwe procedures gebeurt bijvoorbeeld op basis van de lacunes die bij een visitatie of interinstitutionele toetsing zijn geconstateerd. Het is ook gangbaar om de toevoeging van deelsystemen te baseren op de kwaliteitskenmerken/eisen die de koepelorganisatie opgesteld heeft.

Als derde aanpak wordt - door een minderheid - een totaalsysteem ontworpen en ingevoerd. Enkele instellingen ontwerpen eigen systemen, maar het bekendste voorbeeld is de ISO-systematiek. Daarbij worden alle procedures goed gedocumenteerd in een kwaliteitshandboek. De procedures worden bewaakt door periodieke metingen en controles (vastgelegd in een informatiesysteem). Het gehele systeem wordt jaarlijks of tweejaarlijks gecontroleerd (geaudit) door de directie. Dit systeem is - na een inspanning van enkele jaren - voor de ziekenhuislaboratoria ontwikkeld. Enkele andere koepelorganisaties gebruiken de ISO als referentiekader; de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en de Vereniging van Nederlandse Bejaardenoordelen selecteren uit de ISO wat voor de sector relevant is.

De huidige verschillen tussen de kwaliteitssystemen liggen met name in de onderwerpen die voor bewakings- en verbeterprocedures worden gekozen. De ISO-systematiek omvat alle onderdelen van het productieproces, in de andere systemen wordt (vooral) nog een selectie gemaakt. In de meeste instellingen zijn deze onderwerpen begrensd tot een bepaalde discipline of afdeling. Bij een minderheid wordt de gehele routing van opname tot ontslag kritisch onder de loep genomen, met als doel een betere afstemming van de bijdragen van alle betrokken disciplines. Uit de interviews werd duidelijk dat dit laatste zeer ingrijpend (en soms bedreigend) is en een sterke wissel trekt op de onderlinge verhoudingen en de samenwerking in de instelling.

Werkwijze bij de implementatie van kwaliteitssystemen
Bij de beschrijving van de wijze waarop het kwaliteitssysteem wordt ingevoerd is door Rogers¹⁵ een onderscheid gemaakt in:

- de besluitvorming en introductie;
- het creëren van voorwaarden en voorzieningen;
- de maatregelen ter continuering van het systeem.

Besluitvorming en introductie: Het besluit tot het invoeren van een kwaliteitssysteem is bij 21 van de 22 onderzochte

Aanstellen kwaliteitsfunctionaris(sen)	14
Scholing/training/deskundigheidsbevordering	9
Externe ondersteuning	7
Extra budget of subsidie	6
Overige ondersteuning (administratief/automatisering)	6
Totaal	42

Tabel 4 Extra voorzieningen voor de invoering van het kwaliteitssysteem (N=17)

instellingen genomen op directieniveau. In een minderheid van de gevallen (8 maal) waren ook andere medewerkers bij de besluitvorming betrokken. Slechts in één geval is op democratische wijze besloten tot het invoeren van een kwaliteitssysteem (een instelling voor algemeen maatschappelijk werk).

Bijna alle geïnterviewden meldden dat zij vervolgens een aantal strategieën hanteerden om de medewerking van de organisatie te verkrijgen. De eerste strategie die door bijna alle geïnterviewden genoemd werd was het geven van voorlichting en informatie en het enthousiasmeren van de medewerkers. Bij 6 instellingen is, in aanvulling daarop, gekozen voor het werken met 'voorbeeldprojecten'. De uitkomsten van enkele succesvolle voorbeeldprojecten moeten bewerkstelligen dat de 'verbeterprojecten' zich als een olievlek over de organisatie verspreiden. Enkele directies hebben echter ervaren dat deze verspreiding niet vanzelf gaat. Als derde strategie wordt ook nog een duidelijke sturing door de directie uitgevoerd: de directie stuurt de richting en het tempo van de activiteiten en de medewerkers worden hierop aangesproken en ter verantwoording geroepen. Deze sturing is vooral, maar niet uitsluitend, te zien bij de totaalsystemen.

Voorwaarden en voorzieningen: Van de 22 instellingen hebben er 17 extra voorwaarden en voorzieningen gecreëerd ten behoeve van de invoering van het kwaliteitssysteem (tabel 4). De overige 5 instellingen - vooral degenen die beginnen met bundelen en uitbreiden van bestaande procedures - maken geen melding van extra voorzieningen.

De 17 instellingen maken tezamen melding van 42 extra voorzieningen. Het aanstellen van een of meer kwaliteitsfunctionarissen wordt het meest frequent genoemd. Zij hebben een ondersteunende functie, mede omdat men ervoor waakt een aparte afdeling 'kwaliteit' te creëren. Bij 9 instellingen krijgt een deel van het personeel (in enkele gevallen zelfs het gehele personeel) scholing en training in kwaliteitszorg, bijvoorbeeld in het maken van kwaliteitsplannen, het opzetten van verbeterprojecten, het werken met kwaliteitscirkels/-profielen, of volgens de kwaliteitskringloop. Een zevental instellingen heeft externe deskundigheid ingeschakeld (voor de ontwikkeling van het systeem, als adviseur, om mee te helpen bij maken van een kwaliteitshandboek, enzovoorts).

De kosten voor het invoeren van een kwaliteitssysteem worden door een grote instelling geraamd op f 100,- per medewerker per jaar, exclusief de geïnvesteerde tijd. Drie geïnterviewden noemen een extra budget van één tot vier ton op jaarbasis.

Maatregelen ter continuering van het systeem: Er worden weinig maatregelen genomen om de continuering van het systeem te waarborgen. In de meerderheid van de instel-

	Bevorderend	Belemmerend	Totaal
Factoren m.b.t.			
Het kwaliteitssysteem	29	13	42
De organisatie van de instelling	21	31	52
De invoering van het systeem	43	79	122
Totaal	93	123	216

Tabel 5 Aantal bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering van het systeem (N=22)

lingen is sprake van vrijwillige deelname aan het systeem of de verbeterprojecten. Van de 22 directies zeggen er 17 geen sancties te gebruiken tegen medewerkers die niet meewerken aan de invoering van het systeem. Bij twee instellingen dreigt ontslag als men niet meewerkt terwijl anderen de sancties beperken tot een 'goed' of 'pittig' gesprek. Maatregelen in de vorm van feedback of extra beloningen werden niet genoemd. Wel wordt opgemerkt dat de activiteiten zoveel mogelijk ingebed worden in de hiërarchische lijnen van de organisatie.

Factoren die de invoering bevorderen en belemmeren

Door 21 van de 22 geïnterviewden werden in totaal 216 factoren genoemd die bevorderend, maar vooral ook belemmerend werkten bij de invoering van kwaliteits(deel)systemen. In tabel 5 is een onderscheid gemaakt in factoren die te maken hebben met het systeem zelf, met de organisatie en cultuur van de instelling en met de invoeringsstrategieën.

Meer dan de helft van alle factoren (122) betreft de implementatie zelf. Men ontmoet daarbij meer belemmerende (79) dan bevorderende omstandigheden (43). De (deel)systemen op zich lijken - althans volgens de mening van de directies - de minste problemen te geven: slecht 13 maal werd melding gemaakt van belemmeringen die met het systeem zelf te maken hadden. Omdat de genoemde factoren zeer divers van karakter zijn beperken we ons in dit artikel tot de meest genoemde. Een gedetailleerd overzicht is in de bijlage te vinden.

■ Factoren met betrekking tot het kwaliteitssysteem

Ten aanzien van het systeem zelf werd het meest frequent genoemd (8 maal) dat de invoering soepeler verloopt als positieve effecten zichtbaar worden, zoals 'gigantische besparingen', 'minder vergissingen', 'meer efficiëntie', 'minder hokjesgeest', 'minder verschuiving van problemen naar andere afdelingen', 'betere werksfeer', 'betere onderlinge samenwerking en communicatie' en 'grotere geloofwaardigheid bij subsidiënten'.

De invoering verliep gemakkelijker bij eenvoudige en overzichtelijke (deel)systemen met een flexibel en niet-bureaucratisch karakter waarbij afdelingen zelf de normen of projecten konden ontwikkelen ('bottom-up' benadering). Daarnaast blijkt het van belang te zijn dat aan het systeem een duidelijke visie ten grondslag ligt en dat de doelen van het systeem helder zijn.

■ Factoren met betrekking tot de organisatie van de instelling

De meest frequent genoemde factor zowel in bevorderende als belemmerende zin is de organisatiestructuur van de instelling. Een platte organisatiestructuur met korte communicatielijnen vergemakkelijkt de invoering terwijl dit bemoeilijkt wordt door eilandvorming en autonomie van

Bevorderend	
Bewaking c.q. sturing door directie of leiding	9
Inspraak van of overleg met de medewerkers	8
Stimulansen via koepel, audits of afdelingen	6
Ondersteuning van de leiding	3
Haalbare en realistische doelen	3
Kiezen van onderwerpen die aanslaan	3
Belemmerend	
Traagheid waarmee de invoering verloopt	9
Te lange tijd tussen introductie en invoering	7
Medisch handelen is moeilijk te expliciteren	7
Vrijblijvendheid	7
Verslappen van sturing door directie	6
Weerstand tegen en angst voor verandering	6

Tabel 6 Meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van het systeem (N=22)

professionals en afdelingen, met name wanneer gewerkt werd aan projecten die de afdelingsgrenzen overschrijden en bijvoorbeeld de hele routing van de patiënt beslaan van opname (intake) tot ontslag. De onderlinge afstemming en samenwerking die dat vergde werd vaak als moeilijk of bedreigend ervaren.

Door de geïnterviewden werden twee typen maatregelen genoemd ter aanpassing van de organisatiestructuur: bij platte democratische organisaties (AMW, RIAGG) werd toegewerkt naar een meer hiërarchische structuur met lijnfuncties en een duidelijker toewijzing van verantwoordelijkheden. Daarentegen werd in enkele sterk hiërarchische organisaties (ziekenhuizen, verpleeghuizen) toegewerkt naar een plattere en bredere structuur omdat de afdelingsgebonden verantwoordelijkheden de invoering van afdelingsgrenzen overschrijdende activiteiten belemmeren. Deze, op het eerste oog tegenstrijdige, maatregelen komen neer op de toedeling van verantwoordelijkheden en het bevorderen van samenwerking.

Overige factoren die genoemd werden spreken min of meer voor zich: bij een stabiele instelling met gemotiveerd personeel en een goede communicatie en werksfeer verloopt de invoering van een kwaliteitssysteem soepeler dan wanneer deze voorwaarden niet vervuld zijn.

■ Factoren met betrekking tot de invoering van het systeem In tabel 6 zijn de 6 meest frequent genoemde factoren ten aanzien van de invoering weergegeven. Zie voor de details de bijlage.

Een belangrijk cluster van factoren heeft te maken met de sturing door directie en leiding. De invoering verloopt gemakkelijker als directie en leiding continue sturing en druk uitoefenen (9 maal genoemd) en moeizamer wanneer deze sturing ontbreekt (6 maal genoemd). Het bleek door de werkdruk niet mogelijk, zo vertelden enkele directies, om de tijd die zijzelf voor kwaliteitszorg gereserveerd hadden, ook daadwerkelijk daaraan te besteden.

In bijna de helft van de instellingen blijkt de invoering trager te verlopen dan aanvankelijk was verwacht. Dat ligt deels aan het ontwikkelen van het systeem en het scholen van personeel en deels aan het vrijblijvende karakter van deelname aan het systeem (7 maal genoemd). Als deelname op basis van vrijwilligheid geschiedt, doet maar een deel van de organisatie mee, zo is de ervaring van de geïnterviewden. Op basis van deze ervaring is een aantal

van hen ertoe overgegaan medewerking aan het systeem verplicht te stellen en de verantwoordelijkheid daarvoor expliciet onder te brengen in de lijnfuncties.

Tenslotte verloopt de invoering gemakkelijker naarmate medewerkers meer betrokken worden bij de invoering, inspraak krijgen en continu geïnformeerd worden (8 maal genoemd). In een aantal instellingen wordt dan ook geprobeerd om de weerstand en angst voor controle (6 maal genoemd) te verminderen door voortdurend overleg met en informatie aan de medewerkers.

DISCUSSIE

Uit het gepresenteerde onderzoek blijkt dat een aantal initiatieven tot het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen dateert van vóór de Leidschendamafspraken. Mede op basis van de ervaringen in het bedrijfsleven poogde men te komen tot integrale kwaliteitszorg waarbij de positie van de patiënt als klant centraal staat. Deze benadering vloeiende logisch voort uit maatschappelijke ontwikkelingen naar meer klantgericht werken. Zo bezien kunnen de Leidschendamafspraken worden beschouwd als een (h)erkenning van deze nieuwe ontwikkeling en de Kwaliteitswetgeving als een formalisering daarvan.

De uiteindelijke doelen van een kwaliteitssysteem zijn: waarborgen dat de zorg aan de gestelde eisen voldoet, waarborgen dat de zorg voldoet aan de wensen en behoeften van de gebruiker en externe verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg. Deze drie doelen worden hieronder kort bediscussieerd.

Aan welke eisen moet de kwaliteit van zorg voldoen? In Leidschendam is afgesproken dat de drie partijen - aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten - elk hun eigen criteria (eisen) ten aanzien van de kwaliteit van zorg dienen te ontwikkelen. Tot nu toe zijn het vooral de aanbieders zelf die de kwaliteitseisen formuleren. Externe eisen spelen nog geen rol van betekenis. Er is nog weinig bekend over de eisen die verzekeraars aan de kwaliteit van zorg stellen. Ook is niet bekend op welke wijze zij de 'gewenste kwaliteit zullen contracteren' zoals in Leidschendam is afgesproken. Wel worden hierover incidenteel op lokaal of regionaal niveau afspraken gemaakt tussen verzekeraars en aanbieders van zorg. Door velen wordt gepleit voor transparantie van dergelijke afspraken en voor duidelijkheid omtrent door verzekeraars te stellen kwaliteitseisen. Patiënten/consumenten organisaties hebben inmiddels wel een aantal eisen ten aanzien van de kwaliteit van zorg geformuleerd. Omdat dit een ontwikkeling van zeer recente datum is, is niet bekend in hoeverre de instellingen met deze eisen rekening houden bij de ontwikkeling van hun kwaliteits(deel)systemen. Geconstateerd kan worden dat de kwaliteitssysteemontwikkeling tot nu toe vooral een interne aangelegenheid van de aanbieders van zorg is.

Voldoet de zorg aan de behoeften en de wensen van de gebruikers? Het gaat daarbij enerzijds om de vraag of er behoefte is aan de producten of diensten die geleverd worden en anderzijds om de vraag of de klant tevreden is over de wijze waarop de dienst of zorg is verleend. Kortweg gezegd: 'Doen we de juiste dingen?' en 'Doen we de juiste dingen goed?'.¹⁶ In het bedrijfsleven is het gangbaar marktverkenningen te houden om te onderzoeken aan

welke producten of diensten behoefte bestaat. In de gezondheidszorg is dat tot nu toe niet gebruikelijk. Slechts enkele geïnterviewden meldden dat zij de wensen van verwijzers, verzekeraars en patiënten/consumenten inventariseerden. In de huidige kwaliteitssystemen ligt het accent op het tweede aspect. Het realiseren van een meer klantgerichte benadering blijkt voor velen één van de redenen voor het invoeren van een kwaliteitssysteem te zijn. Ook blijkt dat satisfactiemetingen onderdeel zijn van elk in dit artikel besproken kwaliteitssysteem. De tevredenheid van de patiënt wordt 'gemonitord' en in een aantal gevallen worden deze gegevens op systematische wijze gebruikt om verbeteringen aan te brengen. We kunnen concluderen dat de kwaliteitssysteemontwikkeling leidt tot een meer centrale plaats van de patiënt in de gezondheidszorg.

In hoeverre is er sprake van het afleggen van externe verantwoording en beoordeling van de kwaliteit van zorg? In Leidschendam is afgesproken dat kwaliteitssystemen zodanig dienen te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. In de nieuwe Kwaliteitswet wordt externe verantwoording gevraagd via het kwaliteitsjaarverslag. Veel sectoren kennen wel een beoordelingssysteem via de interinstitutionele toetsing of visitatie, vooral door beroepsgenoten. Van externe beoordeling door verzekeraars lijkt nog nauwelijks sprake te zijn. Incidenteel houden patiënten/consumentenorganisaties zich bezig met beoordeling van de kwaliteit van zorg. Eveneens incidenteel wordt door instellingen een kwaliteitsjaarverslag gemaakt. Externe beoordeling in het kader van certificering was in 1993 nog niet aan de orde. Inmiddels zijn er wel enkele organisaties die erkenning proberen te verwerven als certificerende instantie. De NRV heeft geadviseerd een coördinatiecommissie in te stellen om initiatieven ten aanzien van certificatie in de zorgsector te harmoniseren.¹⁷ In de kwaliteitstheorieën is certificatie het sluitstuk van de kwaliteitssysteemontwikkeling. Gezien de huidige ontwikkelingsfase van de kwaliteitssystemen in de zorgsector lijkt certificering op dit moment voorbarig.

De redenen die instellingen aanvoeren om een kwaliteitssysteem in te voeren zijn vooral strategisch van aard, namelijk enerzijds het anticiperen op externe eisen die door wetgeving, verzekeraars of in het kader van certificering zullen worden gesteld en anderzijds het verbeteren van het imago of de marktpositie. Dit artikel laat zien dat de activiteiten niet zozeer op externe profilering zijn gericht, maar veel meer op het verbeteren van het interne functioneren van de instelling. Als positieve effecten van het kwaliteitssysteem worden dan ook met name zaken genoemd als betere onderlinge afstemming, betere communicatie en werksfeer en meer efficiëntie. Deze ogenschijnlijke discrepantie tussen strategische redenen en interne organisatieverbeteringen valt te begrijpen als men ervan uitgaat dat externe profilering pas zinvol is als men intern de zaak goed op orde heeft. Omdat de kwaliteit van zorg mede bepaald wordt door de wijze waarop de zorg is georganiseerd mag men verwachten dat een verbetering van het interne functioneren van de organisatie doorwerkt in een verbetering van de kwaliteit van zorg, maar deze conclusie kan op basis van dit onderzoek niet worden getrokken.

In Leidschendam was voor het invoeren van kwaliteitssystemen een termijn van 5 jaar gepland. De ervaringen van de voorlopers laten zien dat het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem een zaak van langere adem is. Een termijn van 10 jaar voor completering van het geheel lijkt niet onrealistisch. Opvallend is dat ook de instellingen die rond 1985 begonnen zijn, geen melding maakten van een systeem dat 'af' was. Kwaliteitssystemen blijken veel meer een dynamisch geheel van kwaliteitsbewakende en kwaliteitsverbeterende procedures te zijn dat zich steeds uitbreidt en aangepast wordt aan nieuwe omstandigheden en nieuwe eisen die aan de zorg worden gesteld.

Tot slot, ondanks de in dit artikel genoemde hindernissen en problemen die zich bij de invoering van een kwaliteitssysteem aandienen blijken de ervaringen van de geïnterviewde directies overwegend positief. Blijkbaar vormt het werken aan een kwaliteitssysteem een nieuwe stimulans die tegelijk een uitdaging en inspiratiebron voor de instelling vormt. De met de invoering van een kwaliteitssysteem gepaard gaande mentaliteitsverandering en cultuurverandering werd door vele geïnterviewden een waardevol resultaat geacht.

ABSTRACT

Implementation of quality systems in health care: first experiences of health care organizations in The Netherlands

In this article 22 Dutch health care institutions' experiences with implementing a quality system are described. A minority of them are implementing a quality system that is conform to the ISO-norms; the majority are building the quality system step by step by extending the number of quality controlling and quality improving procedures. Prior to implementation, the institutions created favourable conditions by e.g. engaging a quality manager, educating personnel in quality management, developing information systems, etc. The experiences show that implementing a quality system may cause problems when employees and professionals are not involved in the decision-making process, when the system is felt as too threatening, and when support is lacking. Besides, implementing and particularly maintaining a quality system requires continuous steering by the management. Although in general the implementation-process is slower than planned, the experiences are positive. Quality systems often result in organizational improvements.

Key words: quality systems, implementation, evaluation, health care institutions

LITERATUUR

- 1 Wiersema MI. Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. In: Casparie AF, e.a., red. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1992:35-66.
- 2 Nederlands Normalisatie Instituut. Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem, deel 2: richtlijnen voor diensten. Nederlandse Norm. NEN-ISO 9004.2. Delft: Nederlands Normalisatie Instituut, 1992.
- 3 Casparie AF. Kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg: kanttekeningen bij de ISO-normen. Med Contact 1992;47:238-41.

-
- 4 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Bruikbaarheid van ISO-normen voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Zoetermeer, 1991.
 - 5 Frissen MAG. Afspraken over kwaliteitsbeleid. Med Contact 1990;45:872-5.
 - 6 Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid. Rapportage voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid. Januari 1992, anderhalfjaar na Leidschendam. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992.
 - 7 Ministerie van WVC. Nota 'Kwaliteit van zorg'. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1991.
 - 8 Ministerie van WVC. Kwaliteitswet Zorginstellingen. 's-Gravenhage: SDU Uitgeverij, 1994.
 - 9 Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, Massachusetts: Institute of Technology, 1989.
 - 10 Sluijs EM, Bakker DH de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling: een inventarisatie van de kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht/ Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1992.
 - 11 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport Certificatie van Instellingen: een verkenning van de mogelijkheden van certificatie van instellingen. Zoetermeer, 1990.
 - 12 Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1994.
 - 13 Severijns R. Een handleiding voor de methode van kwaliteitscirkels in het verzorgingshuis. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1992.
 - 14 Andriessen JHA. Handleiding voor kwaliteitsprofielen. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1989.
 - 15 Rogers EM. Diffusion of innovations. London: Collier Mac-Millan, 1983.
 - 16 Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989;320:53-6.
 - 17 Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Certificatie van kwaliteitssystemen: advies over de harmonisatie op het gebied van certificatie in de zorgsector. Zoetermeer, 1993.

CORRESPONDENTIEADRES

E.M. Sluijs, D.H. de Bakker, NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Voor publikatie aanvaard op 23 december 1994