

Implementatie van kwaliteitssystemen

12



Mw. Dr. E.M. Sluijs en Dr. D.H. de Bakker zijn werkzaam als onderzoeker bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Sinds een aantal jaren doen zij onderzoek naar de invoering van kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Het implementeren of invoeren van een kwaliteitssysteem verloopt niet zelden met vallen en opstaan. Er valt menige hindernis te nemen, zo hebben instellingen en beroepsbeoefenaren die hier al enkele jaren ervaring mee hebben opgedaan ondervonden. Toch zijn de ervaringen overwegend positief en wordt met grote betrokkenheid en enthousiasme aan kwaliteitssystemen gewerkt. De algemene conclusie is dat bij instellingen en beroepsbeoefenaren die met kwaliteitssystemen zijn gaan werken een cultuuromslag heeft plaatsgevonden. Er wordt niet meer voetstoots aangenomen dat het per definitie goed is zoals het gaat. Het eigen werk wordt kritisch onder de loupe genomen en er wordt gekeken of het anders moet en beter kan.

Dit blijkt uit het onderzoek dat het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in opdracht van de NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid) heeft verricht (Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994). Aan het onderzoek hebben 'voorlopers' op het gebied van kwaliteitssystemen meegedaan, dat wil zeggen zij die al enige jaren ervaring hebben met het invoeren van een kwaliteitssysteem. In het onderzoek zijn interviews gehouden met directies van instellingen en met lokale of regionale vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaren uit verschillende sectoren.

Hoewel een kleine steekproef omvatten de kwaliteitssystemen die zij bespraken in totaal ruim 20.000 medewerkers en hulpverleners. De adressen van deze voorlopers zijn verkregen via de koepelorganisaties. Het onderzoek is niet representatief voor een bepaalde sector.

De ervaringen laten wel zien dat het invoeren van een kwaliteitssysteem aansluit bij algemene organisatie-ontwikkelingen en professionaliseringstendenzen. Bij het invoeren van een kwaliteitssysteem kunnen drie vragen worden gesteld:

1. Waar komt het invoeren van een kwaliteitssysteem in de praktijk op neer?
2. Welke aanpak hebben de voorlopers gekozen bij de invoering?
3. Onder welke condities slaagt of mislukt de invoering?

Invoeren van een kwaliteitssysteem

Een verrassende ontdekking is dat de kwaliteitssystemen in essentie zeer op elkaar lijken. Dit ondanks de variëteit aan termen en begrippen die gebruikt worden zoals: kwaliteitskringen, kwaliteitscirkels, verbeterprojecten, intercollegiale toetsing, kwaliteitsmanage-

ment, de cirkel van Norma Lang enzovoorts.

Ondanks deze diversiteit blijkt dat wat er in essentie gebeurt in feite altijd neerkomt op de volgende stappen. Na het kiezen van een onderwerp wordt het zorgproces geëxpliciteerd, (wat doen we eigenlijk?). De ideale situatie wordt gedefinieerd (hoe zou het beter kunnen?). Er worden veranderingen doorgevoerd om die situatie te bereiken en wordt gemeten of de zorg inderdaad aan de gestelde normen voldoet. Het is de klassieke werkwijze van de kwaliteitskringloop.

Dit klinkt simpeler dan het is. Het probleem ligt al aan het begin van de kringloop, het expliciteren en normeren: "wat wordt bij bepaalde diagnoses of categorieën patiënten gedaan?" Problemen die bij deze eerste stap ervaren werden zijn bijvoorbeeld dat hulpverleners weinig gewend zijn hun handelen te expliciteren; dat soms een grote diversiteit aan benaderingen bestaat, zoals bijvoorbeeld in de GGZ en in de fysiotherapie; dat er vaak geen consensus over de behandeling bestaat omdat het ontbreekt aan wetenschappelijke onderbouwing, enzovoorts. Kortom het expliciteren en normeren van de zorgverlening is vaak al een complex proces. Dit is een belangrijk verschil met het bedrijfsleven waar het productieproces veel feitelijker en meer eenduidig beschreven kan worden.

Is het werken volgens de kwaliteitskringloop het gemeenschappelijke kenmerk van de systemen, de verschillen tussen de systemen zitten vooral in de onderwerpkeuze: welke onderwerpen worden voor verbetering en bewaking gekozen?

Het maakt nogal wat uit of men de wachtkamer van nieuwe schildertjes voorziet of dat gezamenlijk vastgesteld wordt wat de beste behandeling voor specifieke categorieën patiënten is?

Het eerste verschil bij de onderwerpkeuze heeft te maken met het verschil tussen inhoud en proces: wordt alleen gekeken naar 'hoe' de zorg wordt verleend (wordt bijvoorbeeld methodisch gewerkt, worden patiëntgegevens correct bijgehouden, zijn er zorgplannen, enzovoorts) of wordt ook de inhoud van de behandeling ter discussie gesteld, het 'wat' (welke behandeling, verpleging of verzorging is bij deze diagnose of aandoening geïndiceerd?). Dit onderscheid is beter bekend onder het motto: "Doen we de juiste dingen" en "Doen we de juiste dingen goed?"

De invoering van een kwaliteitsstelsel verloopt moeilijker als

intake tot ontslag onderwerp in het kwaliteitssysteem. Het komt erop neer dat voor elke patiëntencategorie een behandelprogramma wordt gemaakt waar alle disciplines bij betrokken zijn: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers enzovoorts. Vastgelegd wordt wat de beste behandeling is voor categorieën patiënten, én, wat de bijdrage en toegevoegde waarde van elke discipline daarbij is. Het doel is dat een afgestemd geheel van behandeling en zorg ontstaat waardoor ook overlap of doublures worden vermeden. Dit systeem is zeer ingrijpend en ondervond dan ook in het begin veel weerstand. Hierop komen we terug bij het bespreken van de condities die de invoering van een systeem bemoeilijken. Als tweede voorbeeld kunnen initiatieven in gezondheidscentra worden genoemd waarbij werkafspraken worden gemaakt die de

in aanpak betreft de functies die het systeem moet vervullen. Een tweede verschil ligt in de reikwijdte van het systeem: zijn het projecten of is het een totaalsysteem.

Beoogde functies

De systemen hebben als gemeenschappelijke functie dat zij zowel op kwaliteitsbevordering als kwaliteitsbewaking zijn gericht. Er zijn wel accentverschillen. In ziekenhuislaboratoria en apotheken ligt een accent op het bewaken van de kwaliteit, bij veel beroepsbeoefenaars ligt het accent op het verbeteren van de kwaliteit.

Dat het hier om accentverschillen gaat wordt duidelijk als we ons realiseren dat het werken volgens de kwaliteitskringloop per definitie een element van verbeteren én van bewaken in zich heeft: er worden verbeteringen aangebracht bij tekortkomingen én er wordt getoetst of de zorg aan de gestelde eisen voldoet. Het accentverschil komt dus neer op: 'bewaken en zonedig verbeteren' of 'verbeteren en zonedig bewaken'.

Bij beroepsbeoefenaars ligt daarnaast ook een accent op de strategische functie van de systemen. Het systeem moet bijdragen aan verdere professionalisering en profilering en men anticipeert op toekomstige eisen van verzekeraars. Certificering speelt bij beroepsbeoefenaars geen rol.

Ook bij directies van instellingen werd certificering niet als voorname functie van het kwaliteitssysteem gezien. Over de wenselijkheid van certificering zijn de meningen zeer verdeeld: 4 geïnterviewden streven expliciet wel naar certificering (de laboratoria, maar ook verzorgingshuizen), drie geïnterviewden zijn fel tegen certificering. De meerderheid is van mening dat de gezondheidszorg nog niet zover is. Het argument is dat er weinig te certificeren valt zolang de kwaliteitssystemen niet echt operationeel zijn. Men heeft op dit moment de handen vol aan het invoeren van de systemen. Een interessante bevinding is dat directies van instellingen vooral interne doelen met het systeem beogen. Het kwaliteitssysteem wordt gebruikt als een middel om

Schema 1. Begrenzing onderwerpkeuze

- discipline of afdelingsgebonden
- discipline- of afdelingsgrenzen overschrijdend
- gehele routing van de patiënt
- sector overstijgende onderwerpen

zowel de processen alsook de inhoud onderwerp van het systeem zijn, zo blijkt uit de ervaringen van de voorlopers.

Een tweede verschil waardoor de moeilijkheidsgraad wordt bepaald is de mate waarin de onderwerpen begrensd zijn. Er zijn in schema 1 vier varianten te zien.

De onderwerpen die gekozen worden kunnen discipline of afdelingsgebonden zijn (bijvoorbeeld bij intercollegiale of afdelingsgebonden toetsing) en zij kunnen de grenzen van disciplines overschrijden (onderwerpen die op het grensvlak van afdelingen liggen). De onderwerpen worden gecompliceerder wanneer de hele routing van de patiënt wordt bekeken, van opname of intake tot en met ontslag of wanneer de onderwerpen zelfs de sectorgrenzen overschrijden. Voorbeelden van deze laatste twee varianten zijn de volgende: In een psychiatrisch ziekenhuis is de hele routing van de patiënt van

sectorgrenzen overschrijden. Er worden werkafspraken gemaakt over categorieën patiënten (bijvoorbeeld de behandeling van demente patiënten) waar ook kruiswerk, gezinszorg en RIAGG bij betrokken zijn.

Samenvattend kan geconstateerd worden dat het gemeenschappelijke element in de kwaliteitssystemen het werken volgens de kwaliteitskringloop is. Het systeem bestaat in essentie uit een verzameling systematische verbeter- en bewakingsprocedures. De verschillen liggen vooral in de onderwerpen die binnen het systeem worden gekozen: dat wil zeggen "WAT" wordt verbeterd en bewaakt. Dit geldt zowel voor instellingen als voor beroepsbeoefenaars.

Aanpak bij de invoering

De tweede vraag is, welke aanpak hebben de voorlopers gekozen bij de invoering? Een eerste verschil

teitssysteem moeilijk van de grond te komen zonder ondersteuning. Als derde conditie lijkt de organisatiestructuur van belang. In een aantal gevallen is vóór de invoering eerst de organisatiestructuur veranderd, terwijl andersom ook organisatieveranderingen worden doorgevoerd naar aanleiding van het systeem. Er is hierin een interessante ontwikkeling te zien die ogenschijnlijk tegenstrijdig is. In platte democratische organisaties, zoals RIAGG's en AMW vaak zijn, wordt toegewerkt naar een lijnorganisatie met duidelijke toewijzing van bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De directie van een RIAGG merkt op dat "bij de ouderwetse democratie niemand ergens verantwoordelijk voor was".

In hiërarchisch georganiseerde lijnorganisaties zoals ziekenhuizen wordt daarentegen in een aantal gevallen juist toegewerkt naar plattere structuren. De strakke afdelingsgrenzen en de autonomie van afdelingen blijken het namelijk zeer moeilijk te maken om onderwerpen aan te pakken die de afdelingsgrenzen overschrijden. Dat geldt vooral als de gehele routing van de patiënt van intake tot ontslag wordt bekeken. Ter illustratie het volgende citaat: "We waren begonnen met eenvoudige kleine projecten op afdelingsni-

veau. Dat werkte goed maar dat is tegelijkertijd de valkuil geweest. Aan de grotere problemen zijn we niet toegekomen omdat de afdelingen hun grenzen angstvallig gesloten houden. We zullen opnieuw moeten beginnen". Hieruit blijkt dus dat niet alleen autonomie van professionals maar vooral ook van afdelingen een probleem kan zijn als onderwerpen gekozen worden die de discipline- en afdelingsgrenzen overschrijden. De conclusie is dat de invoering van een kwaliteitssysteem soms aanpassing van de organisatiestructuur vereist.

Continuering

De continuering van de systemen zal de komende jaren de nodige aandacht vragen, zoals uit het volgende citaat blijkt: "De continuering van het systeem is een uiterst moeizame zaak" zo meldt de directie van een ziekenhuis "als je er niet alles aan doet en niet geregeld de zaak oppept en onderdrukt houdt dan verzandt het". Er zijn meer van deze geluiden en ze klinken niet optimistisch. Als directie en management geen continue stimulering en sturing uitoefent en het aanvankelijke enthousiasme na verloop van tijd wegebt, verwatert ook het systeem. Een ziekenhuisdirecteur had zich voorgenomen een kwart van zijn tijd aan kwaliteitszorg te

besteden, zoals ook de Schiphol directie doet. In de praktijk blijkt dit niet te lukken ondanks het belang dat de directie daaraan hecht. Op dit moment worden door voorlopers twee typen maatregelen genomen om te zorgen voor continuering van de ingezette veranderingen.

Ten eerste wordt de verantwoordelijkheid voor het systeem in toenemende mate bij de lijnfuncties en afdelingshoofden gelegd. Om de voortgang beter te kunnen bewaken is kwaliteitszorg opgenomen in de normale werkplannen van de afdeling, werkplannen die periodiek door de directie worden geëvalueerd. Op die manier is kwaliteitszorg bij enkele organisaties een normaal onderdeel van de bedrijfsvoering geworden.

Als tweede type maatregel is een aantal directies ertoe overgegaan de oorspronkelijk vrijwillige deelname aan het systeem verplicht te stellen. Vrijwillige deelname werkt bevorderend bij de invoering van het systeem maar belemmerend bij de continuering. Bij vrijwillige deelname blijkt de invoering van het systeem beperkt te blijven tot een aantal enthousiaste trekkers. Het is een misvatting te denken dat het systeem zich dan vanzelf als een olievlek over de organisatie verspreidt, zo hebben de voorlopers ervaren. Die verplichtstelling werd overigens pas ingevoerd toen de organisatie daar rijp voor was; daar zijn jarenlange ontwikkelingen aan vooraf gegaan.

Samenvattend blijkt dat invoering van een kwaliteitssysteem een grote inzet vraagt van alle medewerkers en professionals en tegelijkertijd een groot beroep doet op managementcapaciteiten op alle niveau's. Het samenspel van die twee zaken heeft in de praktijk op een aantal plaatsen al tot een succesvolle invoering van een kwaliteitssysteem geleid, zoals dit onderzoek laat zien.

Literatuur:

Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.

ONDERZOEKSPOPULATIE N=36

Instellingen

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

Beroepsbeoefenaren

Apothekers	2
Fysiotherapeuten	4
Gezondheidscentra	3
Huisartsen	2
Medisch specialisten	2
Tandartsen	1
totaal	36

het interne functioneren van de instelling te verbeteren. In een aantal gevallen heeft de invoering van zo'n systeem geleid tot veranderingen in de organisatiestructuur van een ziekenhuis of verpleeghuis. Wij komen hierop terug.

Reikwijdte

Een tweede keuze bij de aanpak betreft de reikwijdte van het systeem. Een minderheid van de voorlopers heeft voor een totaalaanpak gekozen, de meerderheid kiest voor een geleidelijke ontwikkeling via een projectgewijze aanpak. Bij een totaalaanpak wordt het systeem in zijn totaliteit ontwikkeld en vervolgens in de gehele organisatie ingevoerd. Bij een projectgewijze aanpak wordt het aantal deelsystemen stap voor stap uitgebreid. Het voordeel van een totaalaanpak is dat in één keer de gehele organisatie wordt bereikt. Nadeel is dat jarenlang veel onzichtbaar werk moet worden verzet voordat het systeem klaar is. Bij een projectgewijze aanpak kan veel sneller worden begonnen en bestaat veel meer mogelijkheid de systemen al experimenterend bij te stellen. Het kan echter heel lang duren voordat de hele organisatie is bereikt. En dat is uiteindelijk het doel van elk kwaliteitssysteem. Een pasklaar recept is niet te geven.

Samenvattend worden bij de start in ieder geval strategische keuzes gemaakt over de functies die het systeem moet vervullen. Naast kwaliteitsverbetering en kwaliteitsbewaking vervullen systemen bij beroepsbeoefenaren een functie in verdere professionalisering en bij instellingen een functie in het verbeteren van de interne organisatie. De meerderheid kiest voor een projectgewijze aanpak. Certificering is voor de meerderheid nog niet aan de orde.

Optimale condities bij invoering

De derde en laatste vraag is: onder welke condities slaagt of mislukt de invoering van een kwaliteitssysteem? De conclusie is dat aan veel voorwaarden voldaan moet zijn om de invoering te laten slagen. In totaal werden bijna 300 factoren genoemd, waarvan eenderde

Schema 2. Bevorderende en belemmerende factoren bij de invoering

<i>Introductie</i>	<i>voorwaarden</i>	<i>continuering</i>
betrokkenheid medewerkers	scholing	sturing
doel en functie van het systeem	ondersteuning	bedrijfsvoering
bedreigingen wegnemen	organisatiestructuur	verplicht?

als bevorderend en tweederde als belemmerend werd ervaren. De meeste problemen doen zich niet voor bij het ontwikkelen van het systeem maar bij het invoeren ervan.

Introductie

De invoering van het systeem staat of valt al direct met de introductie of presentatie van het systeem. Bij de meerderheid van de instellingen blijkt dat het besluit tot het invoeren van een systeem op directieniveau plaatsvindt. Dit betekent dat de medewerkers daar niet per definitie achter staan. In enkele gevallen hebben de medewerkers de hakken in het zand gezet en heeft de directie meer dan een jaar moeten praten om de medewerkers mee te krijgen. Ook anderen hebben ervaren dat het van groot belang is de medewerkers vanaf het begin bij de initiatieven te betrekken.

Het blijkt dat medewerkers nauwelijks gemotiveerd zijn mee te werken als het nut en het doel van het systeem onvoldoende duidelijk is.

Tenslotte blijkt dat medewerking kan stagneren als het systeem als te controlerend of te bedreigend wordt ervaren. Een aantal directies heeft met de medewerkers openlijk besproken wat voor hen bedreigend is aan het systeem. Samenvattend lijkt voor een succesvolle invoering een eerste voorwaarde dat de medewerkers daarbij worden betrokken.

Voorwaarden

Een tweede cluster van factoren heeft betrekking op het scheppen van de noodzakelijke voorwaarden. Bij 80% van de instellingen zijn extra voorzieningen gecreëerd. De grote instellingen ramen de kosten hiervan op honderd gulden per

medewerker per jaar (exclusief de geïnvesteerde tijd). Voor een instelling met 1000 werknemers komt dat neer op een ton per jaar. Deskundigheidsbevordering en scholing worden het meest genoemd. Uit het onderzoek blijkt dat het systeem niet van de grond komt als de noodzakelijke deskundigheid bij de medewerkers ontbreekt. Als voorbeeld werd onder meer genoemd dat verpleegkundige en paramedische beroepen niet erg gewend zijn hun handelen te expliciteren en dat het enige tijd vergt voordat men daaraan gewend is. Bij de meerderheid van de instellingen zijn of worden medewerkers geschoold in kwaliteitszorg. In een groot ziekenhuis wordt zelfs het hele personeel van hoog tot laag in kwaliteitszorg geschoold. Andere instellingen trainen alleen kaderleden en mentoren die de methode vervolgens verder uit moeten dragen. Scholing in kwaliteitszorg lijkt onontbeerlijk.

Een tweede voorwaarde lijkt ondersteuning. Bij tweederde van de instellingen zijn kwaliteitsfunctionarissen aangesteld die de medewerkers maar ook de lijnfunctionarissen moeten assisteren. In een ziekenhuis bleek na twee jaar dat het geen zin heeft om lijnfunctionarissen op te dragen kwaliteitssystemen in te voeren als zij niet ook de ondersteuning en de instrumenten krijgen die daarvoor nodig zijn. Het ziekenhuis is na twee jaar opnieuw begonnen, maar toen met een goede ondersteuningsstructuur. Het is overigens opvallend dat veel directies ervoor waken een aparte afdeling kwaliteit in het leven te roepen: "de invoering van een kwaliteitssysteem moet door de mensen zelf gebeuren", zo wordt opgemerkt. Concluderend blijkt een kwali-