

**Bouwen aan een  
kwaliteitssysteem  
in de  
revalidatiezorg**

*"Come, give us a taste of your quality ...".  
Shakespeare, Hamlet*

**This thesis is part of the series RRD PROGRESS IN REHABILITATION SCIENCE.**  
This is a sequence of publications by Roessingh Research and Development B.V. The series includes reports on research in the rehabilitation field.

© Copyright 1997, Roessingh Research and Development B.V./  
W.H. van Harten.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, including photocopying and recording, without the written permission of the copyright holder.

CIP GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bouwen aan een kwaliteitssysteem in de revalidatiezorg. Een poging tot  
constructive technology assessment van een kwaliteitssysteem in een gezond-  
heidszorginstelling/ W.H. van Harten - Enschede: Roessingh Research and  
Development - (RRD Progress in Rehabilitation Science; 5)  
Thesis, Rotterdam. - With ref. - With summary in English.  
ISBN 90-75452-07-1

Trefw.: kwaliteitssysteem, constructive technology assessment, revalidatie.

**Bouwen aan een  
kwaliteitssysteem  
in de  
revalidatiezorg**

**Een poging tot constructive technology  
assessment van een kwaliteitssysteem  
in een gezondheidszorginstelling.**

**(The design and construction of a quality management  
system in rehabilitation. An attempt to constructive  
technology assesment of a quality management system.)**

**Proefschrift**

**ter verkrijging van de graad van doctor aan de  
Erasmus Universiteit Rotterdam op gezag van de  
Rector Magnificus  
Prof.Dr. P.W.C. Akkermans, M.A.  
en volgens besluit van het College voor Promoties.**

**De openbare verdediging zal plaatsvinden op  
woensdag 10 december 1997 om 11.45 uur**

**door**

**Willem Herbert van Harten  
geboren te Barneveld**

## Promotiecommissie

Promotores: Prof. dr A.F. Casparie  
Prof. dr ir O.A.M. Fisscher

Overige leden: Prof. dr T.E.D. van den Grinten  
Prof. dr M.C.H. Donker  
Prof. dr A. Rip

# INHOUDSOPGAVE

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Kwaliteitszorg als management-technologie in de gezondheidszorg</b>	<b>15</b>
2.1.	Inleiding	15
2.2.	Begripsvormen en definities	15
2.3.	Ontwikkeling van kwaliteitszorg in de industriële sector	20
2.4.	Professionals en kwaliteitszorg in de medische dienstverlening	31
2.4.1.	Kwaliteitszorg en professionele dienstverlening	31
2.4.2.	(Medische) professionals en kwaliteitszorg	36
2.5.	Kwaliteitszorg in de gezondheidszorg	41
2.5.1.	Ontwikkeling van de strategische context	41
2.5.2.	Kwaliteit en kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg	45
2.5.3.	Kwaliteitssystemen in de zorgsector in internationaal perspectief	50
2.6.	Conclusie	53
<b>3.</b>	<b>Onderzoek van een management-technologie; methodologische afwegingen</b>	<b>59</b>
3.1.	Inleiding	59
3.2.	Bedrijfskundig onderzoek naar een management-technologie in een zorginstelling	60
3.3.	Technology assessment	65
3.4.	Programma-evaluatie	71
3.5.	Onderzoek vanuit "spelersperspectief"	74
3.6.	Het revalidatiecentrum als "case"	75
3.7.	Methodologische keuzes - conclusie	76
<b>4.</b>	<b>De organisatorische setting - de revalidatiezorg en het revalidatiecentrum - en het ontwerp-kwaliteitssysteem</b>	<b>81</b>
4.1.	Inleiding	81
4.2.	Revalidatie in Nederland	81
4.2.1.	Ontwikkeling en huidige situatie	81
4.2.2.	Kenmerken van de revalidatiebehandeling	83
4.2.3.	Kwaliteitsbeleid in de revalidatiebranche	85

4.3.	Centrum voor revalidatie: Het Roessingh	86
4.4.	De keuze voor- en het ontwerp van een kwaliteitssysteem	89
4.4.1.	Kwaliteitszorg als strategische keuze	89
4.4.2.	Het ontwerp-kwaliteitssysteem	93
4.4.3.	Vorbereidingen voor de invoering van het kwaliteitssysteem	95
4.5.	Generaliseren van "Roessingh"-ervaringen	97
5.	<b>Introductie van een kwaliteitssysteem als veranderingsproces</b>	103
5.1.	Inleiding	103
5.2.	Het kader voor de beschrijving van het veranderingsproces	103
5.3.	Strategie en organisatie voor het invoeren van een kwaliteitssysteem	113
5.4.	Verloop van het project ter introductie van een kwaliteitssysteem	115
5.4.1.	Projectfase 1: Oriëntatie en voorbereiding	115
5.4.2.	Projectfase 2: Ontwikkeling van een kwaliteitsvisie en plan van aanpak	116
5.4.3.	Projectfase 3: Trainen organisatie-onderdelen en voorbereiding van de testfase	117
5.4.4.	Projectfase 4: Testfase met een aantal proefprojecten	122
5.4.5.	Projectfase 5: Evaluatie van de projectfasen en voorbereiding van de verankering van het kwaliteitssysteem	125
5.5.	Definitieve verankering van het kwaliteitssysteem in de organisatie	126
5.6.	Beschouwing en conclusies	127
6.	<b>Marktonderzoek: Informatie ten behoeve van het service-ontwerp</b>	141
6.1.	Inleiding	141
6.2.	De gezondheidszorg"markt"	142
6.3.	Marktonderzoek en service-ontwerp	144

6.4.	Behoeftenonderzoek dwarslaesiepatiënten	152
6.4.1.	Productomschrijving dwarslaesiepatiënten, relevante kenmerken	152
6.4.2.	Uitwerking van de onderzoeksmethode	153
6.4.3.	Resultaten Behoefte-onderzoek dwarslaesiepatiënten	157
6.4.4.	Conclusies en gevolgen voor het service-ontwerp	169
6.5.	Case-Onderzoekscentrum voor Motoriek en Cognitie	170
6.5.1.	Productomschrijving; relevante kenmerken	170
6.5.2.	De resultaten van marktbenadering; conclusies	172
6.6.	Case-behoefte-onderzoek pijnrevalidatie	173
6.6.1.	Productomschrijving pijnrevalidatie, relevante kenmerken	173
6.6.2.	Methode van behoefte-onderzoek onder (potentiële) verwijzers naar klinische pijnrevalidatie	174
6.6.3.	Resultaten marktonderzoek pijnrevalidatie	176
6.6.4.	Conclusies voor het service-ontwerp van de pijnrevalidatie	186
6.7.	De rol van marktonderzoek in het kwaliteitssysteem: conclusies en aanbevelingen	188
7.	<b>Protocolontwikkeling: van proces-ontwerp naar processturing</b>	201
7.1	Inleiding	201
7.2.	Protocollen: definities en gebruik	201
7.3.	Protocollen in professionele organisaties	207
7.4.	Het protocoltraject: ontwikkeling en invoering	210
7.5.	De uitgangssituatie in Het Roessingh	212
7.6.	Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het CVA-protocol	213
7.6.1.	Vorbereidingsfase	214
7.6.2.	Ontwikkeling	216
7.6.3.	Verspreidings- en implementatiefase	217
7.6.4.	Evaluatiefase	218
7.6.4.1.	Vraagstelling en methode	218
7.6.4.2.	Resultaten	221
7.7.	Conclusies en aanbevelingen	223

<b>8.</b>	<b>Resultaatmeting als feedback instrument: Exit-interviews</b>	<b>233</b>
8.1.	Inleiding	233
8.2.	Resultaatmeting en kwaliteit van zorg	234
8.2.1.	Is resultaatmeting mogelijk?	234
8.2.2.	Resultaatmeting als onderdeel van het kwaliteitssysteem	235
8.2.3.	Bruikbare vormen van resultaatmeting	237
8.2.4.	Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument	257
8.3.	Exit-interviews als vorm van resultaatmeting	239
8.3.1.	Exit-interview: wat wordt gemeten?	239
8.3.2.	Aspecten van kwaliteit van patiëntenperspectief	241
8.3.3.	Instrumenten	244
8.3.4.	Inpassing van exit-interviews en de bruikbaarheid in een kwaliteitssysteem	248
8.4.	Het bestaande systeem van exit-interviews in Het Roesingh	250
8.4.1.	Ontwikkeling van het systeem	250
8.4.2.	Inhoud van de vragenlijst	251
8.4.3.	Gebruik in de praktijk; gegevensverwerking en implementatie van de resultaten	252
8.4.4.	Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument	257
8.4.5.	Beschouwing en conclusies over het tot medio 1995 gehanteerde systeem	258
8.5.	Ontwikkeling van een nieuw instrument	259
8.5.1.	Inleiding en opzet van de instrumentontwikkeling	259
8.5.2.	Kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de revalidant	261
8.5.2.1.	Methode van item-ontwikkeling	261
8.5.2.2.	Resultaten: weging van aspecten en selectie van items	263
8.5.3.	De constructie van een nieuwe vragenlijst; de opzet van de steekproefsgewijze afname en een nieuw verwerkingssysteem	266
8.5.3.1.	Methode van operationalisatie en verwerking in een interviewlijst	266
8.5.3.2.	De inhoud van de vragenlijst	266



8.5.3.3.	Pilotstudy	269
8.5.3.4.	Het invoer- en presentatieprogramma	270
8.5.3.5.	Aanbevelingen voor een steekproefmethode voor toekomstige metingen	271
8.5.3.6.	De eerste ervaringen met het herziene systeem van exit interviews	273
8.6.	Beschouwing en conclusies	276
<b>9.</b>	<b>Meting van het zorgresultaat: De functionele gezondheidstoestand</b>	<b>285</b>
9.1.	Zorgresultaat als uitkomstindicator voor de kwaliteit van zorg	285
9.2.	Resultaatmeting in de revalidatie, een inventarisatie	287
9.3.	Ontwikkelingen van algemene en instellings specifieke keuzecriteria	293
9.3.1.	Ontwikkeling algemene keuzecriteria	293
9.3.2.	Inventarisatie resultaatmeting onder medewerkers	296
9.3.3.	Conclusies en instrumentkeuze	299
9.4.	Programma-evaluatie door middel van resultaatmeting: één pilot	302
9.4.1.	Inleiding	302
9.4.2.	Gegevensverzameling en statistische bewerking	304
9.4.3.	Resultaten van de metingen	304
9.4.4.	Discussie: Bruikbaarheid en toepassing van de gemeten resultaten	308
9.5.	Conclusie: Toepassing van resultaatmeting in het kwaliteitssysteem	310
<b>10.</b>	<b>Het ontwikkelingsstadium van kwaliteitszorg en de effecten van een kwaliteitssysteem op de organisatie</b>	<b>323</b>
10.1.	Inleiding	323
10.2.	Vraagstelling en methode	324
10.3.	Zelfevaluatie volgens het Model Nederlandse Kwaliteit	330
10.3.1.	Nadere uitwerking van de onderzoeksmethode	330
10.3.2.	Resultaten Zelfevaluatie INK	333
10.4.	Het onderzoek onder de medewerkers	339
10.4.1.	Onderzoeksopzet en verwachte uitkomsten	339
10.4.2.	Constructie van de vragenlijst voor medewer-	

kers, gericht op de organisatie-aandachts- en resultaatgebieden	340
10.4.3. Het medewerkerstevredenheidsonderzoek	344
10.4.4. De statistische bewerking van de gegevens	345
10.4.5. De uitvoering van het onderzoek onder de medewerkers	346
10.4.6. Resultaten kwaliteitsonderzoek onder de medewerkers	347
10.4.7. De resultaten medewerkerstevredenheidsonderzoek	355
10.4.8. Onderzoek naar mogelijke verbanden met behulp van correlaties en multiple regressie	362
10.5. Beschouwing over de resultaten van conclusies; aanbevelingen voor verder onderzoek	364
<b>11. Het kwaliteitssysteem, aanvullende gegevens en een afrondende beschouwing</b>	<b>381</b>
11.1. Inleiding	381
11.2. Kwaliteitszorg en organisatie-ontwikkeling, een totaaloverzicht	382
11.2.1. Overige activiteiten in het kader van kwaliteitszorg	382
11.2.2. Kwaliteitszorg en organisatie-ontwikkeling	385
11.3. Kostenanalyse	388
11.4. De belangrijkste bevindingen uit de case-studies	390
11.5. Een terugblik op de gehanteerde onderzoeksmethode	398
11.5.1. Het spelersperspectief	398
11.5.2. Constructive Technology Assessment	403
11.6. De meerwaarde van het investeren in een kwaliteitssysteem - een afrondende beschouwing	405
11.7. Aanbevelingen	416
<b>Samenvatting (Engels)</b>	<b>429</b>
Lijst van afkortingen	435
Dankwoord	437
Curriculum vitae	439

## 1. INLEIDING

In dit proefschrift staat de vraag naar de meerwaarde van (investeringen in) een kwaliteitssysteem in een revalidatiecentrum centraal. In de gezondheidszorg wordt vanaf het midden van de jaren tachtig toenemend gesproken over kwaliteit. De aandacht hiervoor groeide toen geleidelijk aan bleek dat de ontwikkeling van de zorgvraag en (met name de financiering van) het aanbod steeds minder op elkaar aansloten. Onder andere een toenemend beroep op zorgvoorzieningen door de verouderende en steeds meer eisende bevolking, én het door de overheid, met het oog op de collectieve lasten, noodzakelijk geachte kosten-beheersingsbeleid, zijn hiervoor belangrijke redenen. Binnen de sector groeit de bezorgdheid over de kwaliteit van de zorgverlening; de vanzelfsprekendheid waarmee men er vanuit ging dat een goed eindproduct geleverd zou worden, verdwijnt. In navolging van industrie en commerciële dienstverlening wordt het begrip kwaliteitszorg geïntroduceerd. In 1989 en 1990 werden - toen nog in verband met de door de commissie Dekker voorgestelde marktwerking en deregulering - door de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst) twee conferenties over een "landelijk kwaliteitsbeleid" georganiseerd; door de betrokken partijen in de gezondheidszorg werd toen, voor een periode van vijf jaar, een aantal afspraken gemaakt over uitgangspunten en gewenste ontwikkelingen. Onder andere werd vastgelegd dat de aanbieders van zorg het initiatief zouden nemen om "binnen een half jaar te komen tot het maken van afspraken over de ontwikkeling van kwaliteitssystemen" (zie bijlage 1). Op verzoek van de deelnemers is er door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid ingesteld, die de ontwikkelingen op dit terrein ging bewaken. In 1995 heeft, aangestuurd door die commissie, een evaluatie plaatsgevonden van de wijze waarop aan de eerder gemaakte afspraken vorm is gegeven en is er opnieuw een landelijke kwaliteitsconferentie geweest. Hier zijn afspraken voor de periode 1995-2000 vastgelegd over begripsverheldering, externe beoordeling, ontwikkeling van kwaliteitssystemen, informatie over de kwaliteit van zorg- en verzekeringsaanbod en prikkels en voorwaarden voor kwaliteitsbeleid. Bijvoorbeeld werd (opnieuw) afgesproken dat expliciet aandacht besteed zal gaan worden aan de organisatiebrede opbouw van kwaliteitssystemen.

Inmiddels is 1996 in Nederland de Kwaliteitswet zorginstellingen in werking getreden. In deze wet wordt geregeld dat zorgaanbieders "verantwoorde zorg" dienen te leveren. Verantwoorde zorg wordt omschreven als "zorg van goed niveau, doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt". Tevens worden eisen gesteld aan de organisatie,

waaronder systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Systematisch kwaliteitsbeleid wordt verplicht gesteld zonder nadere definiëring van de te hanteren methoden of systemen. Het gaat om een kaderwet, waarbij de verantwoordelijkheid voor de invulling bij de instelling wordt gelegd.

Evenals in Engelstalige landen neemt in Nederland de publicatiestroom toe over ontwikkelingen op dit terrein (Casparie 1989, 1993, Reerink en van Wijmen 1993, Sluys en de Bakker 1992, 1994, Wagner e.a. 1995, Klazinga 1996). Het is de vraag of over het thema "kwaliteit" niet meer gesproken, gepubliceerd en gecongresseerd wordt dan werkelijk gepraktiseerd, maar dat is niet het onderwerp van dit onderzoek. Vastgesteld kan worden dat kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen belangrijke thema's zijn geworden. Dit gebeurt, in combinatie met aandacht voor effectiviteit en doelmatigheid, in zo'n mate, dat Relman (1988) van een revolutie in de gezondheidszorg spreekt.

Uit de ervaringen van andere sectoren, zoals het bedrijfsleven, blijkt dat de invoering van kwaliteitszorg als managementfunctie en een kwaliteitssysteem als bijbehorende organisatorische uitwerking met veel inspanning gepaard gaat. Indien daadwerkelijk tot introductie van kwaliteitszorg overgegaan wordt, vraagt dit ook in de gezondheidszorg een forse investering in mensen en middelen.

Bij de introductie van nieuwe, kostbare, technologieën in de gezondheidszorg moet in Nederland een moeilijke weg worden afgelegd, alvorens tot opname in het regulier verzekerde pakket besloten wordt. Vaak via een vorm van "technology assessment". Het begrip technologie kan echter breed opgevat worden en omvat naast het hele scala van diagnostiek, therapeutische mogelijkheden, ook procedures, organisatieconcepten en besturingstechnieken. Technology assessment is het kritisch en systematisch evalueren van technologie als hulpmiddel bij het maken van verantwoorde keuzes (Habbema 1989). Dit zal in hoofdstuk drie verder worden uitgewerkt. Een kwaliteitssysteem is als een management-technologie te beschouwen. Casparie (1989) heeft er reeds eerder voor gepleit kwaliteitszorg als nieuwe technologie te benaderen en daar dan ook een assessment op toe te passen.

De vraag is waarom tot nu toe in de gezondheidszorg in het geval van introductie van een nieuwe management-technologie nauwelijks enige vorm van assessment wordt toegepast, zeker wanneer deze introductie middels wetgeving van overheidswege wordt gestimuleerd. Zowel voor het instellingsmanagement, de betrokken professionals, als beleidsmakers bij overheid en bijvoorbeeld zorgverzekeraars is adequate informatie over de toegevoegde waarde van kwaliteits-

zorg en -systemen van groot belang. Nu kan men tegenwerpen dat er reeds publicaties bestaan over de positieve effecten van kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld uit de Verenigde Staten, en dat technology assessment in dit geval overbodig is. Kwaliteitszorg wordt zeker nog niet breed in de Verenigde Staten toegepast; ondanks de veelal vlotte presentatie lijkt, op de keper beschouwd, de situatie daar niet veel anders dan in Nederland (van Harten, intern verslag 1993). Bij de introductie van andere technologieën waren vaak al voldoende buitenlandse publicaties voorhanden (CT-scan, niersteenvergruizing) en is toch een volledige "Nederlandse" assessment doorlopen. In die gevallen had wellicht een meer toetsende benadering voor de hand gelegen. Het lijkt erop dat bij traditionele "harde" medische technologie een veel strikter assessment-beleid wordt gevoerd dan bij beleids- of management-technologie zonder dat daar duidelijke redenen voor zijn aan te geven. Gezien de kosten die met de beide laatste vormen van technologie gemoeid kunnen zijn, is dat een vreemde zaak. Technology assessment van kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen lijkt in de Nederlandse gezondheidszorg zeker op zijn plaats.

Over kwaliteitssystemen in het bedrijfsleven en de gezondheidszorg zijn uit de internationale literatuur weinig wetenschappelijke assessment studies bekend. Publicaties over kwaliteitszorg hebben vaak meer een normatief (stellend) dan een empirisch (analyserend) karakter. In een kritische beschouwing hebben Van der Loo en Giljam (1995) gewezen op de gebrekkige bewijsvoering ten aanzien van de veronderstelde positieve effecten van "total quality management", een benadering waarbij kwaliteitszorg in alle bedrijfsonderdelen continu in strategie, beleid en praktijk wordt geïntegreerd; het geheel zou meer berusten op "geloof" dan op wetenschappelijke bewijsvoering.

In het Verenigd Koninkrijk is vanaf 1989 voor alle artsen deelname aan "medical audit", als vorm van kwaliteitszorg, verplicht. Audit-methoden zijn benaderingen volgens een cyclisch proces, waarbij knelpuntanalyse - dataverzameling-procesverbetering en evaluatie van bepaalde (para)medische of verpleegkundige processen plaatsvinden. Recent werd geconstateerd dat een kritische benadering van het "zonder meer" bevorderen van de introductie van audit-methoden op z'n plaats is (Buxton 1994). Pollitt (1996) concludeert dat het veronderstelde positieve effect van de introductie van kwaliteitssystemen in de Engelse National Health Service in de praktijk nogal tegenvalt.

Een kritische beschouwing over de waarde van toepassing van een kwaliteitssysteem in zorginstellingen, bij voorkeur door middel van technology assessment, is dus op zijn plaats.

Ook in revalidatiecentrum Het Roessingh heeft zich de eerder beschreven toename van aandacht voor kwaliteit voorgedaan. Het streven een adequate regio-

nale-, en op een aantal gebieden nationale functie te handhaven, ondanks geleidelijk afnemende financiële armslag, leidde tot investeringen in kwaliteitszorg. Dit zou moeten waarborgen dat ook op langere termijn een concurrerend en klantgericht zorgproduct geleverd kan worden.

Deze en andere redenen, welke uitgebreider in hoofdstuk twee worden beschreven, hebben in 1993 geleid tot het besluit geleidelijk een kwaliteitssysteem te gaan invoeren. Hierbij werden de richtlijnen voor kwaliteitssystemen voor dienstverlenende organisaties van de International Organisation for Standardisation (ISO) als uitgangspunt genomen (Beleidsplan Het Roessingh 1993).

In het licht van de eerder vastgestelde behoefte aan informatie over de waarde van een kwaliteitssysteem, heeft de keuze van Het Roessingh geleid tot het opzetten en verrichten van evaluatie-onderzoek. In dit onderzoek wordt ingegaan op de volgende vraagstelling: **Is er een uitspraak te doen over de toegevoegde waarde van de introductie, ontwikkeling en uitvoering van een kwaliteitssysteem in een gezondheidsinstelling en welke aanbevelingen zijn aan de resultaten en opgedane ervaringen te verbinden?**

In dit proefschrift zullen resultaten van onderzoek naar de toegevoegde waarde van de invoering van een kwaliteitssysteem binnen één categorale instelling, een revalidatiecentrum, beschreven worden. Hoewel vooraf de vraag naar meerwaarde voorop stond is, vanwege de ontwikkelingsfase waarin deze technologie zich bevindt, in de loop van het onderzoek gebleken dat de "constructieve" kant van het onderzoek zeker zo belangrijk is.

De ontwikkeling van de strategische context in de zorgsector rond het thema kwaliteitszorg, komt in hoofdstuk twee aan de orde. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op de methodologie: is technology assessment mogelijk, en zo ja, op welke wijze? Het begrip "constructive technology assessment" zal daarbij een belangrijke rol spelen. Hierbij gaat men uit van de idee dat in de loop van technologie-ontwikkeling continu keuzes mogelijk en nodig zijn over bijvoorbeeld vorm en functie; dit maakt dat die ontwikkeling in zekere mate beïnvloedbaar is.

Na de strategische context en de (globale) onderzoeksmethode verdienen de kenmerken van de revalidatiezorg de aandacht en wordt het specifieke onderzoeksterrein en -materiaal, het centrum voor revalidatie: Het Roessingh, beschreven in hoofdstuk vier.

Om redenen waarop later wordt ingegaan is het moeilijk het kwaliteitssysteem als geheel te ontwikkelen en te onderzoeken. De opbouw van het systeem geschiedde bovendien gefaseerd en via een aantal projecten, zodat het mogelijk

werd het onderzoek door middel van een aantal (deel)case-studies uit te voeren. In de hoofdstukken vijf, tien en elf wordt de organisatie in zijn geheel als één case benaderd; in de hoofdstukken zes tot en met negen worden deelcases beschreven. Soms ligt het accent daarbij meer op bedrijfskundige, soms op meer zorginhoudelijke aspecten.

In hoofdstuk vijf wordt de introductie van kwaliteitszorg leidend tot de invoering van de bijbehorende organisatiestructuur, behandeld. Het geheel wordt als een veranderingsproces benaderd. Marktanalyse is een belangrijk onderdeel van een kwaliteitssysteem. In hoofdstuk zes worden enkele proefprojecten beschreven, waarbij expliciete marktanalyses zijn gedaan met het doel materiaal te genereren voor de aanpassing van zorgprogramma's. In de ISO-richtlijn wordt dit het service-ontwerp genoemd. Dat is, evenals de mogelijkheid van processturing, het onderwerp van hoofdstuk zeven, dat over protocollering handelt. Resultaatmeting als onderdeel van het kwaliteitssysteem is eveneens in dezelfde periode (1993-1996) tot ontwikkeling gebracht en zal in de hoofdstukken acht en negen beschreven worden.

Afgesloten wordt met een tweetal hoofdstukken, die gericht zijn op het kwaliteitssysteem en het functioneren van de organisatie als geheel. Deze hoofdstukken zijn zowel evaluatief als beschouwend. In hoofdstuk tien wordt de stand van zaken ten aanzien van kwaliteitszorg in Het Roessingh beschreven aan de hand van een zelfevaluatie volgens het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit en van een onderzoek onder medewerkers. In het laatste hoofdstuk worden de opgedane ervaringen en gevonden resultaten nogmaals kort beschreven en aangevuld met een kostenanalyse. Aan de hand van het oordeel van de cliënt, de medewerker en de marktpositie van de instelling, wordt de meerwaarde van het geïntroduceerde systeem geëvalueerd. Door middel van daaraan te verbinden aanbevelingen voor de eerder genoemde doelgroepen (instellingsmanagement, professionals, beleidsmakers) wordt aldus geprobeerd een bijdrage te leveren aan de verbetering van het ontwerp, de verspreiding en implementatie van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg.

## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 1

Buxton M.J.; Achievements of audit in the NHS. *Quality in Healthcare* 1994; 3, Suppl. S 31 - S 34.

Casparie A.F.; Kwaliteit in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1989; 44: 477-483.

Casparie A.F.; *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht 1993. De Tijdstroom b.v.

Habbema J.D.F. et al.; *Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen a/d Rijn, Samson Stafleu, 1989.

Harten W.H. van; *Verslag bezoek National Forum on Health Care Quality, Orlando, 1992 (intern verslag Het Roessingh)* 1993.

Klazinga N.S.; *Quality Management of Medical Specialist Care in the Netherlands*. Acad. proefschrift, Rotterdam, 1996.

*Kwaliteitswet Zorginstellingen*. 's-Gravenhage. Staatsblad 1996; 80.

Loo H.R. van der, Giljam M.J.; *De blinde vlekken van Total Quality Management*. *M&O* 1995; 3: 202-217.

*Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Leidschendam afspraken 1995-2000 in: Kwaliteitsbeleid "Zorgsector", Nationale Raad Volksgezondheid, Zoetermeer, 1995.*

Pollitt C.; *Business approaches to quality improvement, why they are hard for the NHS to swallow*. *Quality in Health Care*, 1996; 5: 104-110.

Reerink E., van Wijmen F.C.B.; *Kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg*. *Kwaliteit en Zorg* 1993; 1: 3-13.

Reiman A.S.; *Assessment and accountability, The third revolution in health care*. *New Engl. J. Med.* 1988; 319: 1220-1223.

*Het Roessingh; Beleidsplan 1993 - 1996*; Enschede 1993.

Sluys E.M., de Bakker D.H., *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling*; Utrecht, Nivel, 1992.

Sluys E.M., de Bakker D.H., *Kwaliteitssystemen in uitvoering*; Utrecht, Nivel, 1994.

Wagner C., de Bakker D.H., Sluys E.M.; *Kwaliteitssystemen in Instellingen*; Utrecht, Nivel, 1995.



## **BIJLAGE 1: DE LEIDSCHENDAM-AFSPRAKEN VAN 1990 EN 1995**

**De Leidschendam-afspraken van 1990 (Nationale Raad Volksgezondheid, in Sluys en De Bakker 1993)**

### **Interne kwaliteitssystemen**

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaars en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
  - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing; intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
  - b. registratie/herregistratie/re-examinering: ten behoeve van herregistratie kan - ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep - bij- en nascholing verplicht worden gesteld.
  - c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.
3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systematiek.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

**De Leidschendam-afspraken van 1995 (Nationale Raad Volksgezondheid 1995)**

### **Doelstellingen**

- I. **Begripsverheldering**  
In het jaar 2000 zijn de begrippen "verantwoorde zorg" en "kwaliteitssysteem" verder verduidelijkt in het verkeer tussen zorgaanbieders, financiers en patiënten/consumentenorganisaties.  
Begrippen als patiëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid zijn daarbij nader omschreven in toetsbare, meetbare termen.
- II. **Externe beoordeling**  
In het jaar 2000 is voor elk der partijen duidelijk hoe externe beoordeling plaatsvindt en wie als externe beoordelaars van zorg en/of kwaliteitssystemen optreden. Duidelijk is welke maatstaven hierbij gehanteerd worden.
- III **Ontwikkeling van kwaliteitssystemen**  
In het jaar 2000 hebben instellingen en beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen verder ontwikkeld en ingevoerd. Hierbij is expliciet aandacht besteed aan:
  - a. de afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement

- b. de inbreng van de patiënt/consument
- c. de inbreng van de financier
- d. de externe oriëntatie (ketonkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg)
- e. de organisatiebrede opbouw van het systeem.

**IV Informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod**

In het jaar 2000 is de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod verbeterd. Zowel patiënten/consumenten als financiers en overheid kunnen zich een beeld vormen van de kwaliteit van de geboden zorg en de kwaliteitssystemen. Met het oog op ketonkwaliteit/continuïteit in de kwaliteit van zorg moeten ook aanbieders onderling inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod.

Transparantie van de kwaliteit als kenmerk van het zorgaanbod veronderstelt transparantie van het zorgaanbod naar aard, inhoud, proces en doeltreffendheid.

**V Informatie over de kwaliteit van het verzekeringsaanbod**

In het jaar 2000 is de transparantie van het verzekeringsaanbod verbeterd. Hierbij gaat het om het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van het product van de zorgverzekeraars en hun gedrag op de verzekerdenmarkt en de zorgmarkt.

**VI Prikkel en voorwaarden voor het kwaliteitsbeleid**

Om een goede ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid mogelijk te maken zijn onderzoek, ondersteuning, en financiering noodzakelijk.

In 2000 is een situatie gerealiseerd, waarin incentives bestaan voor diegenen die een aantoonbaar en effectief kwaliteitsbeleid hebben.

**VII Overleg en afstemming**

Partijen blijven op het niveau van de landelijke organisaties met elkaar overleg voeren over de realisering van de geformuleerde doelstellingen van het kwaliteitsbeleid.

**VIII Het jaar 2000: beleidsevaluatie**

In het jaar 2000 zal opnieuw een kwaliteitsconferentie worden georganiseerd waar het in gang gezette beleid zal worden geëvalueerd en waar nodig nieuwe afspraken gemaakt zullen worden. De evaluatie van de Kwaliteitswet zal hierbij worden betrokken.

## 2. KWALITEITZORG ALS MANAGEMENT-TECHNOLOGIE IN DE GEZONDHEIDZORG

### 2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksterrein als het ware "in kaart gebracht". Daartoe zal allereerst worden ingegaan op begrippen en definities. Voor een juiste interpretatie van de per case study te genereren conclusies, is het van belang een kort overzicht van ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg te geven. Hierbij wordt bedoeld op de groei van het kwaliteitsbesef en de daarop volgende aandacht voor kwaliteitszorg in industrie en dienstverlenende sectoren. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van verschillende kwaliteitssystemen. Deze zullen beschreven worden met bijzondere aandacht voor aspecten, samenhangend met dienstverlening.

Gezondheidszorg is een vorm van professionele dienstverlening. Naast overeenkomsten met de situatie in de commerciële dienstverlening ten aanzien van de redenen voor introductie en aard van de ontwikkeling van kwaliteitszorg, zijn ook verschillen aanwezig. Deze liggen niet slechts in specifieke kenmerken van deze sector, zoals het overwegend non-profit karakter en de sterke rol van de overheid. Van bijzonder belang is de positie van de professional, met name de medisch specialist, ten opzichte van het management van zorgorganisaties.

In het inleidende hoofdstuk is uitgelegd dat kwaliteitssystemen als een management-technologie te beschouwen zijn. De wijze van omgaan van de medische professional (medisch specialist, verpleegkundige, paramedicus) met de introductie van deze management-technologie zal eveneens behandeld worden. Professionals hebben hun eigen vormen van kwaliteitsmanagement en bijbehorend referentiekader; de aansluiting daarvan op het door instellingen gekozen kwaliteitsbeleid is niet vanzelfsprekend.

Zeer bepalend voor de vormgeving en de ontwikkeling van kwaliteitssystemen is de strategische context waarin zorginstellingen zich bevinden; een beschrijving van de meest relevante ontwikkelingen op dit terrein kan dus niet ontbreken. Kwaliteitszorg is bijvoorbeeld niet slechts een ondernemings-instrument, maar is mede bedoeld voor het afleggen van externe verantwoording. Op basis van dit totaalbeeld van het onderzoeksgebied kunnen in het volgende hoofdstuk methodologische keuzes gemaakt worden.

### 2.2. Begripsvorming en definities

Er bestaan uitgebreide beschouwingen over het begrip kwaliteit, zowel in industrie en dienstverlening als in de gezondheidszorg (o.a. Donabedian 1980,

Garvin 1987, Pirsig 1974, 1991, Harteloh en Casparie 1991, Klazinga 1996). In dit gedeelte zullen enkele aspecten worden uitgelicht die relevant zijn voor het onderwerp van dit proefschrift.

Een indruk van de diverse mogelijke benaderingen kan worden verkregen door de verschillende invalshoeken te benoemen, die door Garvin (1987) zijn geïdentificeerd; hierbij worden vooral bedrijfskundige dimensies geaccentueerd.

- Transcendente kwaliteit (subjectief)
- Productgerichte kwaliteit (objectief, de producteigenschappen zijn bepalend voor de kwaliteit)
- Gebruikersgeoriënteerde kwaliteit (fitness for use)
- Productiegerichte kwaliteit (er wordt wel/niet voldaan aan ontwerpisen en productspecificaties)
- Waardegerichte benadering van kwaliteit (product voldoet/functioneert tegen redelijke kosten).

Deze invalshoeken zijn zowel voor de productiegerichte industrie als voor de dienstverlening bruikbaar. Essentieel is het besef dat het begrip kwaliteit op verschillende manieren kan worden ingevuld. Alvorens op het kwaliteitsbegrip in de gezondheidszorg als vorm van dienstverlening in te gaan, moet een wezenlijk aspect van "kwaliteit" behandeld worden.

#### Omgaan met kwaliteit: verstarring of dynamiek?

Uit de eerder genoemde invalshoeken kan reeds worden opgemaakt dat kwaliteit zowel in termen van (objectieve) kenmerken van een product of dienst als in termen van (subjectieve) "beleving" van de afnemer/gebruiker gedefinieerd kan worden. Het is evident dat de invulling, zowel in objectieve als in subjectieve zin, in de loop der tijd veranderen kan. Als exponent van de meer filosofische benadering van het kwaliteitsbegrip (door hem "metaphysics of quality" genoemd) benadrukt Pirsig (1991) het onderscheid tussen statische en dynamische kwaliteit: statische kwaliteit is waardevol, maar wijzigt niet en wordt daardoor vanzelfsprekend. Dynamische kwaliteit verandert continu door steeds te streven naar verdere verbetering. Deze dynamische benadering is niet bij voortdurend voor alle elementen van productie of dienstverlening mogelijk, dit zou leiden tot een te grote chaos. Hij gebruikt de ontwikkeling van de gloeilamp als voorbeeld van dynamische kwaliteitsverbetering; op dit moment is voor de meeste mensen in veel landen lamplicht zo vanzelfsprekend dat er een statische kwaliteitssituatie is bereikt. Dat fabrikanten gradueel proberen dit product verder te verbeteren doet aan het basisprincipe (statisch - dynamisch) niet af.

Het statisch kwaliteitsbegrip laat zich (enigszins zwart-wit geformuleerd) herkennen door termen als controle, borging, instructies, structuur en (wellicht) certificatie. Bij dynamische kwaliteit gaat het dan om verandering, verbetering, doelstelling, cultuur en kwaliteitsprijzen.

### Representatieve visies in de gezondheidszorg

Essentieel voor beschouwingen over kwaliteit in de gezondheidszorg is de constatering dat het om een vorm van professionele dienstverlening gaat. De kenmerken van dienstverlening worden in 2.4. beschreven; hier volstaat het te wijzen op de procesgerichtheid, de rol van het vakmanschap van de professional en de veelal participerende rol van de cliënt.

In beschouwingen over het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg worden diverse definities gebruikt. Harteloh en Casparie (1994) hebben dit begrip nader onderzocht en komen tot een aantal "contouren".

- Het gaat om een primair begrip, dat refereert aan een primaire (aanvankelijk) nog niet te verwoorden ervaring.
- Het is subjectgebonden. Kwaliteit is geen intrinsieke eigenschap van een object maar bestaat (slechts) als abstract begrip in de beleving van de beschouwer.
- Er is sprake van contextafhankelijkheid. De praktische invulling door betrokkenen (patiënt, verzekeraar, zorgaanbieder) hangt af van de specifieke context en het perspectief van waaruit men oordeelt.
- Het is een relatief begrip; slechts door te vergelijken komt een oordeel tot stand.
- Het is gericht op bepaalde aspecten van gezondheidszorg, welke nader omschreven dienen te worden.

Als theoretische definitie komen zij tot de volgende formulering. "De term kwaliteit is van toepassing indien er sprake is van een optimale verhouding van het gerealiseerde ten opzichte van verwachtingen, met betrekking tot een bepaald kenmerk van een object".

Donabedian (1980) constateerde reeds eerder dat er veel mogelijke definities van kwaliteit kunnen zijn, welke elk valide is in zijn eigen context.

De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990) spreekt in navolging van ISO-normen van "het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of

vanzelfsprekende behoeften". Op basis van een uitgebreide empirische studie komen Lohr en Harris-Wehling (1991) tot: "The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge". Dit is eerder een systeemkenmerk dan een nadere begripsomschrijving. Met Donabedian (1988) kan gesteld worden dat het opstellen van een algemene definitie van kwaliteit van zorg dus weinig zinvol lijkt omdat vervolgens altijd een nadere specificatie gegeven dient te worden, passend bij het te beoordelen zorgproces. Eerst aan de hand van een dergelijke specificatie kan geprobeerd worden het begrip kwaliteit in voor onderzoek bruikbare termen te operationaliseren en daaraan meetwaarden te koppelen.

De externe omgeving en omstandigheden zijn in de gezondheidszorg sterk aan verandering onderhevig. De eisen die aan producten en diensten worden gesteld, veranderen daarmee ook. Als voorbeeld kan de mate van klantgerichtheid gelden; was in de jaren '70 een volgens professionele normen verleende dienst nog "kwaliteit", tegenwoordig is de vraag of de dienst wel aan de specifieke eisen van de individuele klant voldoet, eveneens een onderdeel van "kwaliteit" geworden. Ook hier lijkt sprake van statische en dynamische kanten aan het kwaliteitsbegrip.

Harteloh en Casparie (1991) maken een onderscheid in een klassieke en moderne benadering van kwaliteitszorg, welke enigszins parallel loopt aan die van Pirsig. Klassiek is vooral de sterk zorginhoudelijke benadering. Kwaliteitsbevordering (ook wel -bewaking genoemd) wordt hier beschouwd als een vorm van, wetenschappelijke, evaluatie van de geleverde zorg, gericht op een bepaald facet van (gezondheids)zorg, namelijk kwaliteit.

In de moderne benadering worden vooral bedrijfskundige kennis en technieken gebruikt en is het streven niet zozeer op meten en controleren, maar vooral op verbeteren gericht. De behoefte van de patiënt is nadrukkelijker uitgangspunt voor verbeteringen. Kwaliteitszorg wordt beschreven als een management-techniek ter beïnvloeding en sturing van de praktijk der zorgverlening met als doel het op gang brengen van veranderingsprocessen ter verbetering van de zorgverlening. Het begrip kwaliteitszorg zal voornamelijk in de dynamische en moderne invulling gebruikt worden: een continu (en klantgericht) streven naar verbetering.

Relevante aspecten van het begrip kwaliteit zijn dus: de omschrijving van de betrokken dienst in meetbare (kwaliteits)waarden; de positie van waaruit - en de wijze waarop men het beschouwt; en tenslotte het onderscheiden in een statische en dynamische benadering.

### **Kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg en kwaliteitssysteem.**

Management wordt omschreven als het leiden, besturen van een organisatie of organisatieproces. Er bestaat een grote hoeveelheid literatuur over diverse aspecten van het leiderschap en het management van organisaties. Het gaat dan bijvoorbeeld over het behalen en behouden van concurrentievoordeel (Porter 1985), het stimuleren en realiseren van innovatie en verandering (Moskanter 1984), en over de juiste toekomststrategie (Drucker 1992, Hamel en Prahalad 1994). Een kwaliteitssysteem is te beschouwen als een managementtechnologie, die wordt toegepast om bepaalde organisatiedoelen te realiseren of ter verbetering of borging van organisatieprocessen.

Een kwaliteitssysteem is te beschouwen als een management-technologie. Management wordt omschreven als het leiden, besturen van een organisatie of organisatieproces. In de praktijk is er sprake van een zekere inflatie van de termen management en manager. Het management van een zorgorganisatie wordt in dit proefschrift opgevat als de leiding (i.e. directie en hoger management/management team). In literatuur over kwaliteitszorg wordt steeds meer over kwaliteitsmanagement gesproken (onder andere Maussart 1996 en Klazinga 1996). Kwaliteitsmanagement lijkt daarbij een breder en meeromvattend begrip, kwaliteitszorg beter passend bij een systematische en klantgerichte aanpak op organisatieniveau (zie ook Fisscher 1996). In de Nederlandse vertaling van de ISO-richtlijn voor kwaliteitssystemen voor dienstverlenende organisaties wordt gesproken over kwaliteitszorg. De definities van begrippen als kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg en kwaliteitssysteem zijn in de NEN-ISO 9004.2-richtlijnen voor diensten beschreven (1992) en worden verder gehanteerd.

Kwaliteitsbeleid wordt omschreven als: de doelstellingen van een (bedrijfs)organisatie ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en middelen daartoe, zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring van de directie.

Kwaliteitszorg is dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt.

Een kwaliteitssysteem is de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.

De hierboven gegeven definities zijn afkomstig uit de NEN-ISO richtlijn voor diensten. Dienstverlening onderscheidt zich van industriële productie door de interactie met de cliënt, die in de regel om maatwerk vraagt en de daarbij behorende (professionele) bevoegdheden om adequaat op de situatie en de wensen van de cliënt in te kunnen spelen. Het dienstverleningsproces speelt zich in de regel buiten het zicht en de directe controle mogelijkheden van het

management af. Dit bevestigt nog eens de relevantie van de eerdere beschrijving van aspecten van het begrip kwaliteit van zorg.

Het werken aan kwaliteit kan geschieden op verschillende niveaus van de gezondheidszorg. Op landelijk niveau via wetgeving en financiële prikkels (budgetten subsidiesystemen) door de overheid; via richtlijnontwikkeling en nascholing door beroepsgroepen. In een regio door samenwerkingsafspraken en protocollen te hanteren tussen instellingen en beroepsbeoefenaars. Binnen instellingen door het introduceren van systematische kwaliteitszorg. Door de individuele arts of paramedicus tenslotte in de concrete hulpverleningssituatie. Door Klazinga (1996) worden de activiteiten van medisch specialisten op al deze niveaus onder de term kwaliteitsmanagement vervat. Kwaliteitszorg en het bijbehorende kwaliteitssysteem functioneert binnen bepaalde organisatorische kaders, veelal een instelling, en beperkt zich aldus tot het mesoniveau.

Organisatieprocessen spelen zich eveneens op verschillende niveaus af en de wijze van denken en handelen van betrokken actoren kan daardoor beïnvloed worden. De mate waarin overwegend strategisch, tactisch of uitvoerend gehandeld wordt, beïnvloedt de wijze waarop men naar een fenomeen als kwaliteitszorg kijkt.

Het management overziet de organisatie als geheel en zal op dat niveau de introductie van een kwaliteitssysteem nastreven. Hoewel de bij het primaire proces betrokken medewerker dit op zich niet zal afwijzen, mag toch verwacht worden dat zijn/haar oordeel voor een belangrijk deel af zal hangen van wat er concreet in de praktijk van te merken is. Ook is het de vraag of het individu kwaliteitszorg als een systematische aanpak herkent en zo ja, of dat voor een succesvolle introductie noodzakelijk is.

In het kader van dit onderzoek wordt vooral ingegaan op het instellingsniveau. Kwaliteitszorg wordt op instellingsniveau, evenals in de NEN-ISO 9004.2-richtlijn, gedefinieerd als "Het aspect van de totale managementfunctie dat bepalend is voor het vaststellen en het ten uitvoer brengen van kwaliteitsbeleid".

### **2.3. Ontwikkeling van kwaliteitszorg in de industriële sector**

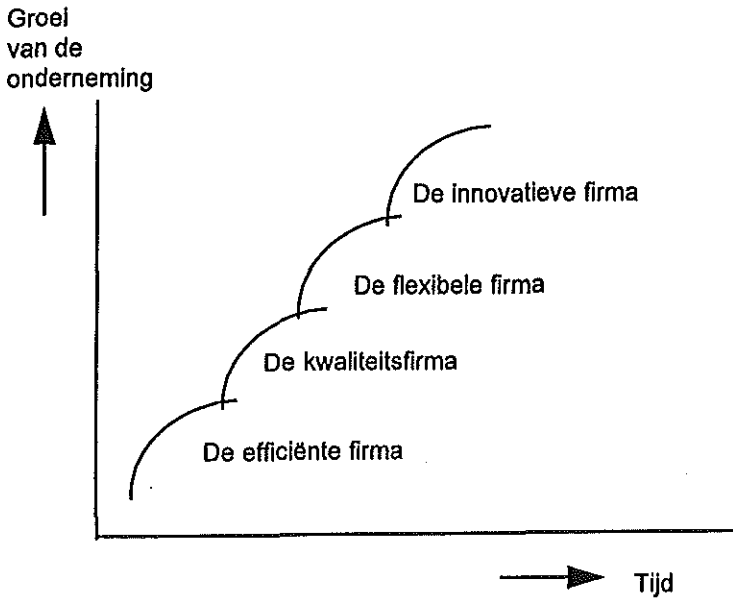
De toename van de aandacht voor kwaliteit heeft zich in eerste instantie in de industriële sector voorgedaan. Tot in de jaren zestig was het in de veelal op massaproductie gerichte bedrijven voldoende te sturen op efficiency. Efficiency kan worden omschreven als het met zo doelmatig mogelijk gebruik van mensen en middelen bewerkstelligen van een zo optimaal mogelijke productie. De welvaart diende in brede lagen van de bevolking van door de Tweede Wereld-



oorlog getroffen landen te worden verhoogd; de consument kon zich maar beperkt veroorloven kritisch te zijn. In de jaren zestig steeg de koopkracht geleidelijk en begonnen meerdere en concurrerende, vooral Japanse, producten op de markt te komen. De toenemende concurrentie en het gedrag van de consument noopte westerse industrieën tot meer aandacht voor de kwaliteit van hun product. Het bleek dat Japanse producenten met succes, vooral in Amerika ontwikkelde, theorieën over kwaliteitszorg in hun bedrijven toepasten. Kwaliteit werd aldus een belangrijk concurrentiewapen en kreeg meer en meer aandacht van het management. Bolwijn en Kumpe (1993) hebben deze ontwikkelingsfasen over de verschillende decennia in een figuur weergegeven (fig. 2.1.). Zij geven ook aan dat met de toenemende macht van de consument - het aanbod wordt groter dan de vraag - flexibiliteit een sterkere concurrentiefactor wordt. Wijzigingen in marktomstandigheden gaan sneller en worden moeilijker voorspelbaar. Een snelle reactie vraagt om een grote mate van flexibiliteit.

Het "flexibele bedrijf" wordt beschreven als een weinig hiërarchische, platte- en externgerichte organisatie; naast efficiëntie en kwaliteit is het adequaat (snel) reageren op wisselende klantenwensen een succesfactor. Efficiëntie en kwaliteit blijven echter om aandacht vragen. Zij onderkennen signalen, welke erop wijzen dat vanaf de negentiger jaren een nieuwe eigenschap van doorslaggevend belang wordt: het innoverend vermogen. Hun stelling is, dat flexibiliteit en innovatie een ver doorgevoerde vorm van kwaliteitszorg vereisen, bijvoorbeeld "total quality management". Tegelijk wordt ingeschat dat in de industriële wereld slechts een kleine voorhoede innovatief is, een groot deel zich in de overgang naar flexibiliteit bevindt en een aanzienlijk aantal in het kwaliteitsbeheersingsstadium. Ook andere auteurs bevestigen de strategische noodzaak van flexibiliteit en innovatie (Moskanter 1984, Hamel en Prahalad 1994).

Deming (1982) bevestigt de visie, dat in reactie op Japanse kwaliteitszorg, waarmee reeds in de jaren vijftig begonnen was, ook westerse bedrijven hun accent van efficiëntie in de productie naar kwaliteitsmanagement dienen te verleggen. In zijn boek "Out of the crisis" stelt hij echter, dat verhoging van flexibiliteit en innovatie vaak een vanzelfsprekend gevolg zijn van kwaliteitszorg. Ook Drucker (1992) komt tot eenzelfde conclusie. De laatste stelt eveneens dat de fase van productiviteitsverbetering en kwaliteit in de kennisintensieve en dienstverlenende sectoren nog maar juist begonnen is. Dat neemt niet weg, dat in de (commerciële) dienstverlening kwaliteit een belangrijke concurrentiefactor is, efficiëntie bevordert en een voorwaarde is voor snelheid en flexibiliteit (Bolwijn en Kumpe 1993). Toch worden door een aanzienlijk percentage Amerikaanse bedrijven teleurstellende resultaten van "total quality



*Figuur 2.1.: Groeimodel voor grotere ondernemingen met de actereenvolgende ontwikkelingsfase in de jaren 60 tot en met 90 (Bolwijn en Kumpe 1993).*

management" gemeld (Pollitt 1996). Een genuanceerde en aan de specifieke externe en interne omstandigheden van een bedrijf aangepaste benadering, lijkt op zijn plaats (Van der Loo en Giljam 1995).

Vorzichtig kan geconcludeerd worden, dat kwaliteitszorg een belangrijke en waarschijnlijk cruciale strategische factor is in de ontwikkeling van veel bedrijven. Dat de indruk bestaat dat deze trend eerst later voor de dienstverlening is gaan gelden, heeft waarschijnlijk mede te maken met de voor die sectoren geldende contingentie factoren.

De dienstverlenende sector heeft tot nog toe meer geografisch bepaalde marktenmerken, waardoor bijvoorbeeld internationale concurrentiedruk nog slechts beperkt of in bepaalde sectoren aanwezig is. Wegvallende Europese grenzen zullen waarschijnlijk een stimulerende invloed op kwaliteitszorg hebben. Dienstverlenende organisaties zullen een analoge druk ervaren die aan in een bepaalde ontwikkelingsfase verkerende industrie toeleveren; hier mag een zekere vertraging ten opzichte van de primaire sector verondersteld worden.

In de gezondheidszorg in Nederland is eerst vanaf begin jaren tachtig een effectief kostenbeheersingsbeleid ingevoerd. Dit heeft geleidelijk een productiviteits-

en kwaliteitsdruk doen ontstaan. Concurrentie en marktomstandigheden hebben naar verhouding een beperkte invloed gehad. Hierop zal in 2.4. verder worden ingegaan.

Hoewel innovatie en flexibiliteit ook in de gezondheidszorg een steeds belangrijker rol spelen en vele instellingen hun organisatiestructuur daarop voorbereiden, bestaat de indruk dat in vergelijking met het bedrijfsleven de "kwaliteitsfase" nog maar juist is begonnen (afgezien van de activiteiten van professionals op dit gebied).

Daardoor is het nuttig op de ontwikkelingen ten aanzien van kwaliteitszorg in het bedrijfsleven in te gaan omdat veel kennis van daaruit met enige vertraging in de gezondheidszorg wordt toegepast en (eveneens vertraagd) de strategische context grote parallellen vertoont. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag (wat is de meerwaarde van introductie van een kwaliteitssysteem in een gezondheidszorginstelling) is een beknopte beschrijving van de stand van zaken in het bedrijfsleven met een aantal kritische kanttekeningen daarbij relevant.

### Beheersing en normering

Kwaliteitszorg als managementfunctie is primair voortgekomen uit de controle- of inspectiefunctie welke bij massaproductie langdurig gehanteerd is. De wortels liggen in de managementstroming, welke zijn oorsprong vindt in het werk van Taylor (1856-1915) en "scientific management" genoemd wordt. Vooral in de grootschalige defensie-industrie ontstond rond de Tweede Wereldoorlog toenemend behoefte aan garanties betreffende de kwaliteitsspecificaties tussen toeleveranciers en afnemers. Dit was te organiseren middels normering en certificering. Dit systeem heeft zich inmiddels uitgebreid over vele sectoren van industrie en dienstverlening.

Door middel van het certificeren van producten en (onderdelen van) organisaties door een onafhankelijk certificatie instituut, kan gewaarborgd worden dat aan bepaalde normen voldaan wordt. Heel belangrijk zijn op dit terrein de ISO-normen en -richtlijnen, ontwikkeld door de International Organisation for Standardisation. Later (2.4.) zal worden ingegaan op de ISO-richtlijnen voor kwaliteitssystemen.

Het uitgebreid toepassen van deze normen ten behoeve van certificatie heeft vooral voor de Europese industrie grote voordelen gebracht. Het nadeel van deze benaderingswijze - te vergelijken met de klassieke benadering in de gezondheidszorg - is het statische karakter; het is sterk op beheersing gericht. Verwacht mag worden dat het normeren en certificeren, mede met het oog op de globalisering, een wezenlijke rol zal blijven spelen; uitwisseling van onderdelen en producten kan wereldwijd slechts indien bepaalde specificaties gewaarborgd zijn. Daarnaast gebruiken ondernemingen een behaald certificaat ook als

markt- en p.r.-instrument. Dit laatste geldt waarschijnlijk sterker voor dienstverlenende organisaties dan voor de industrie.

### Verbetering

De tweede hoofdstroom is die van "continue verbetering", een meer dynamische aanpak van kwaliteitszorg. Deze komt overeen met de eerdergenoemde moderne benadering in de gezondheidszorg. Vooral de successen van het Japanse bedrijfsleven waar deze technieken, veelal ontwikkeld door westerse deskundigen als Deming en Juran, het eerst in gebruik zijn genomen, zijn hierop van grote invloed geweest. In de jaren zeventig en (vooral) tachtig begonnen bedrijven systematisch te werken aan verbetering van hun producten; vooral het nadrukkelijk rekening houden met (geïntariseerde) wensen van de klant was daarbij een belangrijk thema. In de organisatie dient hiertoe een structuur te worden aangebracht waarbinnen aan verbetering gewerkt kan worden. Kwaliteitsgroepen, kwaliteitscirkels, maar ook afdelingsprojectgroepen, zijn daar voorbeelden van. In deze projecten wordt gebruik gemaakt van diverse statistische analysetechnieken ter objectivering en evaluatie van benodigde stappen (Imai 1990).

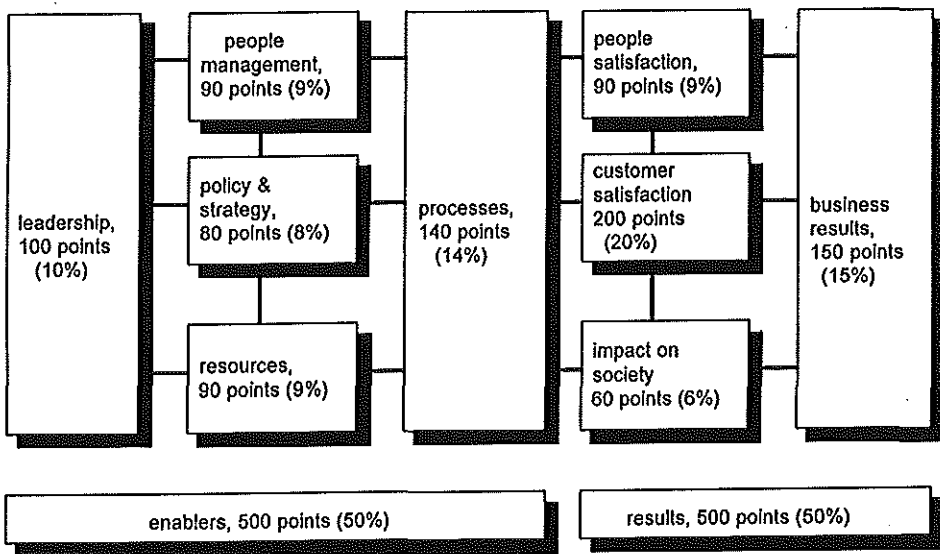
Bekende technieken zijn de Pareto-analyse ter opsporing van de 20% belangrijkste factoren van slechte kwaliteit, uitgaande van de 80/20 regel; het visgraat diagram om multifactorieel bepaalde processen in kaart te brengen. In dit kader past ook de door Deming (1982) omschreven Plan-Do-Check-Act cyclus. De cyclus is te gebruiken als hulpmiddel bij verbeterprojecten en te vergelijken met een "audit": als continue proces worden knelpuntenanalyse, prioriteitsstelling en genereren van verbeteringen, doorvoeren van verbeteringen en tenslotte weer evaluatie uitgevoerd. Ook Drucker (1992) onderstreept de noodzaak van het gebruik van deze technieken in het kader van kwaliteitszorg, vooral uit concurrentie-overwegingen. Veelal kenmerkt deze benadering zich als sterk deel-procesgericht, hoewel ook afdelingsoverstijgende processen worden aangepakt. In het laatste geval is de door Vórstman (1981) benadrukte raakvlak-regulering van belang. In zijn visie bepaalt vooral de (naadloze) overgang tussen de diverse deelprocessen de kwaliteit van het eindproduct. Met het aldus systematisch organiseren en toepassen van continue verbetering in een kwaliteitsstelsel bevinden we ons op het grensgebied met de derde hoofdstroming.

### Total quality management

Naast de constatering, dat kwaliteitszorg in een kwaliteitsstelsel georganiseerd kan worden, kwam ook het besef, dat andere organisatiefuncties van essentieel belang zijn voor het leveren van- of het continue verbeteren van kwaliteit. Alle organisatiefuncties moeten daar als het ware op gericht zijn.

Deze benadering valt onder de benaming "Total Quality Management (TQM)"; soms wordt ook de term integrale kwaliteitszorg gebruikt. Door Van der Loo en Giljam (1995) wordt dit omschreven als: "een geheel van management denkbeelden en daarmee verbonden praktijken, dat het systematisch en continue verbeteren van organisatieprocessen centraal stelt met het oog op een optimale doeltreffendheid en doelmatigheid". Management stijl, medewerkersmotivatie en andere aspecten worden zo een onderdeel van kwaliteitszorg.

*Model E.F.Q.M.*



*Figuur 2.2.: Model E.F.Q.M.*

Dat is ook de reden, dat diverse (zelf)evaluatiemodellen (bijvoorbeeld Baldrige Award en de daarop lijkende European Quality Award) een aantal organisatieprocessen en -onderdelen beoordelen. Vooral het E.F.Q.M.-model (European Foundation for Quality Management) is voor verdere begripsvorming interessant. Hierbij worden voorwaardenscheppende organisatiekenmerken en resultaatkenmerken geformuleerd, welke volgens een bepaalde systematiek te gebruiken zijn in een beoordelingssysteem. Aan elk kenmerk kunnen een aantal punten worden toegekend. De kenmerken zijn: leiderschap, personeelsmanage-

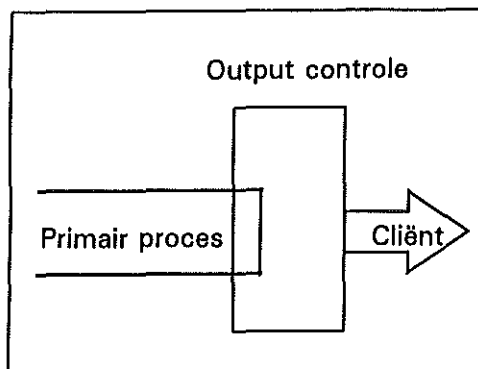
ment, beleid en strategie, middelenmanagement, procesbeheersing, medewerkerstevredenheid, klanttevredenheid, "impact" op de maatschappij, bedrijfsresultaten (zie fig. 2.2.). Aan de hand van de voorwaardenscheppende organisatiekenmerken ("enablers") en de resultaatkenmerken ("results) komt de beoordeling gestructureerd tot stand. Hiermee wordt aangegeven dat een "kwaliteitsorganisatie" op alle elementen goed dient te scoren.

Dit model is door de Nederlandse Stuurgroep Kwaliteit vertaald en heeft als uitgangspunt gediend voor de Nederlandse Kwaliteitsprijs en -onderscheiding van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (Hardjono en Hes 1993). Uitgaande van de door Hardjono (1992) beschreven ontwikkelingsfasen - zie onder - wordt de situatie waarin het bedrijf zich bevindt, in een matrixmodel ingedeeld. Op de x-as de ontwikkelingsfasen, op de y-as de aandachtsgebieden (zie hiervoor verder hoofdstuk 10). Verondersteld wordt dat een bepaalde (voorspelbare) ontwikkeling doorgemaakt moet worden alvorens deze vorm van kwaliteitszorg te realiseren is. De eerder beschreven hoofdstromen zijn deels in de eerste fasen van dit "generatiemodel" herkenbaar en betwist kan worden of er werkelijk van een hiërarchie sprake is. Zeker in de gezondheidszorg is bijvoorbeeld ketengerichtheid, in de zin van doorverwijzing en het bijbehorende bewustzijn van onderlinge afhankelijkheid, impliciet altijd al sterk aanwezig geweest.

### Ontwikkelingsfasen of generatiemodel (naar Hardjono 1992, 1995)

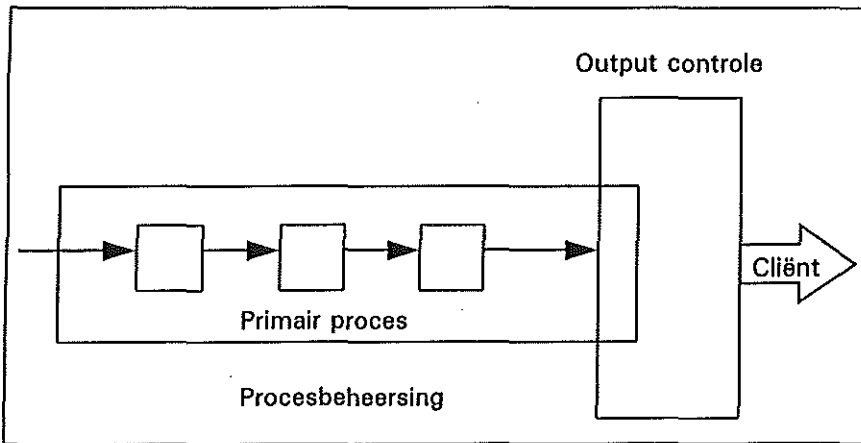
#### Fase 1: Activiteiten georiënteerd

Deze fase is voor de industrie als "productgericht" omschreven. Hierbij ligt het accent op het primaire proces met outputcontrole als belangrijkste instrument om kwaliteitszorg vorm te geven. Verbeteringen worden aangebracht op basis van gesignaleerde problemen of klachten.



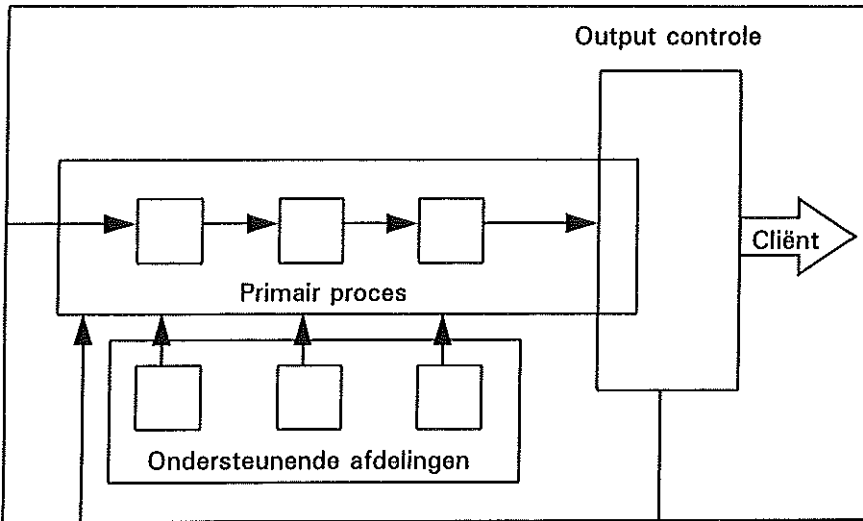
**Fase 2: Procesgeoriënteerd**

In de procesgeoriënteerde organisatie is procesbeheersing en -verbetering het belangrijkste kwaliteitszorgmechanisme. De processen zijn beschreven en genormeerd; er is sprake van een kwaliteitssysteem, waardoor zo nodig certificering mogelijk is.



### Fase 3: Systeemgericht

In deze fase wordt duidelijk dat niet alleen de beheersing van het primaire proces zelf, maar ook de kwaliteit van de toelevering aan het primair proces door andere organisatie onderdelen van invloed is op het succes van de organisatie. Interne en externe klantgerichtheid worden steeds meer leidraad voor besluitvorming en praktisch handelen. Metingen worden verricht om trends en ontwikkelingen te signaleren en eventueel (preventieve) maatregelen te nemen.

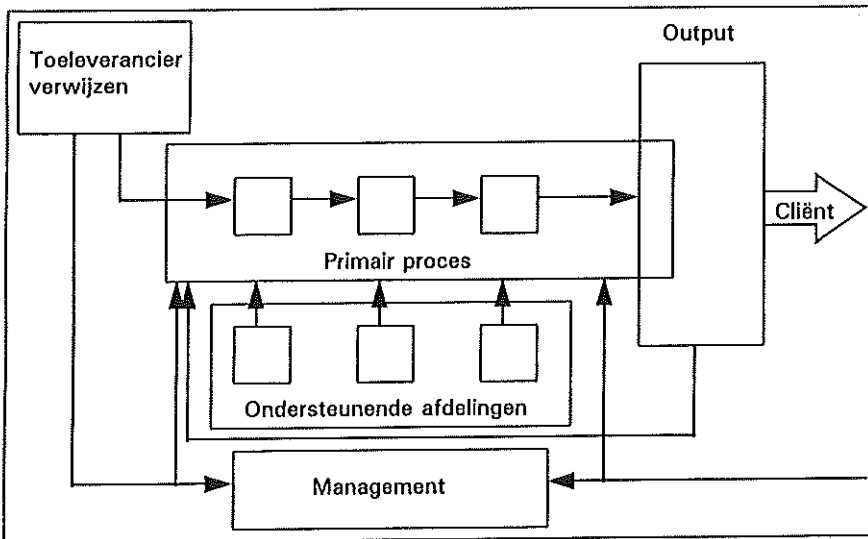




**Fase 4: Ketengericht**

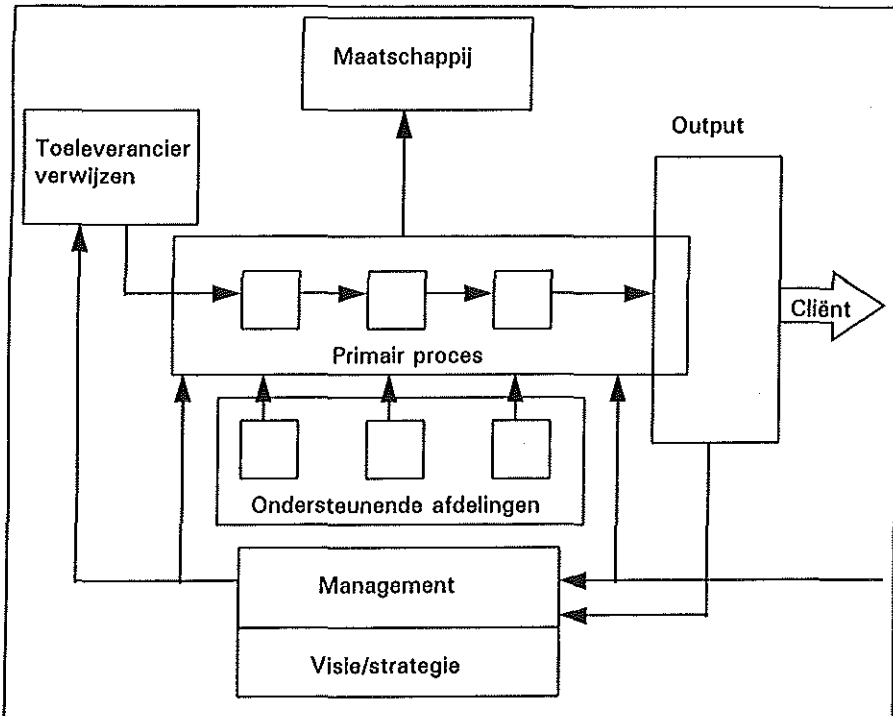
Een intensieve samenwerking met klanten en toeleveranciers leidt tot verbetering van de beheersing van de totale organisatie. Vergaande samenwerkingsvormen (joint ventures, co-makership bijvoorbeeld) leiden er toe dat kennis en capaciteiten in de gehele voortbrengingsketen optimaal benut worden. Het algemeen management neemt expliciete verantwoordelijkheid voor de op kwaliteitszorg gerichte vertaling van het externe (klant) proces naar het interne organisatieproces. Ook hier kan verwezen worden naar de raakvlakregulerings­theorie van Vorstman.

Hoewel Hardjono in ketengerichte organisaties een vierde en vijfde generatie onderscheidt, is dat door het Instituut Nederlandse Kwaliteit onder één noemer gevat. De vijfde generatie is de fase waarbij de keten-partners in geformaliseerde samenwerkings­con­struc­ties samenwerken.



Fase 5: Totale zorg voor kwaliteit

In deze organisatiefase zijn visie en beleid van de organisatie gebaseerd op verwachte lange termijn ontwikkelingen, waarin verantwoordelijkheidsgevoel voor de maatschappij meespeelt. De zorg voor kwaliteit is intern en extern verankerd en procesvariantie en verspilling - in velerlei opzicht - wordt tegengegaan.



Voordeel van de benadering van totale kwaliteitszorg is de erkenning van de complexiteit en dit vertaalt zich in het "alles omvattende" van het EFQM en INK-evaluatiemodel. Nadeel is dat "kwaliteit" nu alles omvat en hetzelfde betekent als "op goede wijze een bedrijf/instelling" runnen. Het wordt een bedrijfskundig sjabloon: als "alles" kwaliteit is zal het begrip aan waarde verliezen. Ook is in deze benadering niet duidelijk, wat onder een kwaliteitssysteem moet worden verstaan.

Als randverschijnsel bij deze derde stroming (TQM) treedt vermenging met allerlei (modieuze) management-theorieën op. Business process redesigning (Hammer en Champy 1994) en toepassing van de principes van de "lerende organisatie" (Senge 1990) zijn daarvan voorbeelden, waar overigens niet verder op in zal worden gegaan. Het tekent wel de noodzaak, kwaliteitszorg als organisatiefunctie goed te omschrijven omdat het begrip zo veelomvattend kan zijn, dat er tegelijk niets concreet aan toegeschreven kan worden.

## 2.4. Professionals en kwaliteitszorg in de medische dienstverlening

### 2.4.1. Kwaliteitszorg en professionele dienstverlening

In organisaties die gericht zijn op professionele dienstverlening is eerst in de afgelopen decennia tot toepassing van kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen overgegaan. In hoofdstuk 2.3. is vastgesteld dat dezelfde contingentie factoren als in de industrie aan deze ontwikkelingen hebben bijgedragen. Er is in de dienstverlening echter een meer regionale oriëntatie en sprake van vertraging (en wellicht zelfs een andere fasering) ten opzichte van de meer op productie gerichte sectoren. De positie van de professional in dienstverlenende organisaties en zijn/haar houding ten opzichte van "kwaliteit", verdienen nadere bespreking.

Diensten kunnen productgebonden (onderhoud), gegevensgebonden (verzekeringen, banken) en persoonsgebonden (horeca, zorg) zijn. Vaak zijn kennis en deskundigheid belangrijke voorwaarden om een dienst adequaat te kunnen leveren. Dienstverlening kenmerkt zich door interactie met de afnemer waardoor veelal maatwerk nodig is en standaardisatie bemoeilijkt wordt. Vaak is zelfs een rol of activiteit voor de cliënt weggelegd wil het überhaupt mogelijk zijn de dienst te leveren, dit geldt bij uitstek voor de persoonsgebonden vormen van dienstverlening. Ten gevolge van de noodzaak tijdens het dienstverleningsproces adequate vrijheid van handelen te hebben, is de stuurbaarheid vanuit het management vaak beperkt. Dit hangt wel af van de mate van standaardisatie (versus improvisatie) die nodig is. Er is een fors verschil tussen routinematig uit te voeren handelingen met een lage complexiteit en zeer complexe diensten die een individuele benadering vragen (met respectievelijk McDonalds en de advocatuur als voorbeeld). In het laatste geval dienen hogere professionele eisen aan de dienstverlener te worden gesteld. Indien een langdurige opleiding nodig is om een dergelijk hoog kennis- en vaardigheidsniveau te bereiken, vormt in de praktijk het tijdens die opleiding opgedane referentiekader (normen, opvattingen) een belangrijk persoonlijk sturingsmechanisme. Binnen de volgens Mintz-

berg (1979) hierbij kenmerkende organisatietypes, de professionele bureaucratie en de adhocratie, zijn respectievelijk standaardisatie van vaardigheden én wederzijdse afstemming en onderling overleg de belangrijkste coördinatiemechanismen. In 2.4.2. zal worden ingegaan op de relatie tussen (het functioneren van) de professional en de kwaliteitszorg, die door de organisatie wordt vorm gegeven.

Globaal gelden voor vormen van professionele dienstverlening de eerder beschreven hoofdstromingen van kwaliteitszorg. Alleen op de eerste (beheersing en normering) en de derde (Total Quality Management) zal worden ingegaan. Dit omdat de aanpak van continue verbetering wel in het kader van kwaliteitszorg of kwaliteitsmanagement plaats vindt maar niet altijd is ingebed in een organisatiebrede benadering en op zich meestal niet als kwaliteitssysteem aangemerkt wordt.

### Beheersing en normering

Op het gebied van normering en certificering speelt de International Organisation for Standardisation (ISO) een grote rol. Vanaf eind tachtiger jaren heeft de ISO een serie van definities, normen en richtlijnen gepubliceerd. De ISO-normen met betrekking tot kwaliteit bevatten een aantal normen voor kwaliteitszorg en -borging (9000-1 - 9000-4); enkele modellen voor kwaliteitsborging (9001-9002-9003); en een aantal richtlijnen voor kwaliteitszorg en -systemen (de 9004-serie 1 t/m 4). De meesten hiervan zijn in het Nederlands vertaald en voorzien van het voorzetsel NEN, dit staat voor Nederlandse Norm.

De NEN-ISO richtlijn 9004-2 beschrijft voor dienstverlenende organisaties kwaliteitszorg en de elementen van een kwaliteitssysteem. In de richtlijn worden allereerst een aantal definities gegeven, waarvan enkele eerder zijn beschreven (2.2.). Vooral wordt ingegaan op activiteiten op het raakvlak tussen leverancier en afnemer en de activiteiten die nodig zijn om de dienst te realiseren. De kenmerken van diensten worden beschreven en aangegeven wordt of van kwalitatieve of kwantificeerbare kenmerken sprake is. Met name meting en beheersing van deze kenmerken (capaciteit, personeelssterkte, betrouwbaarheid, communicatie etc.) leveren aanknopingspunten voor beheersing van de kwaliteit.

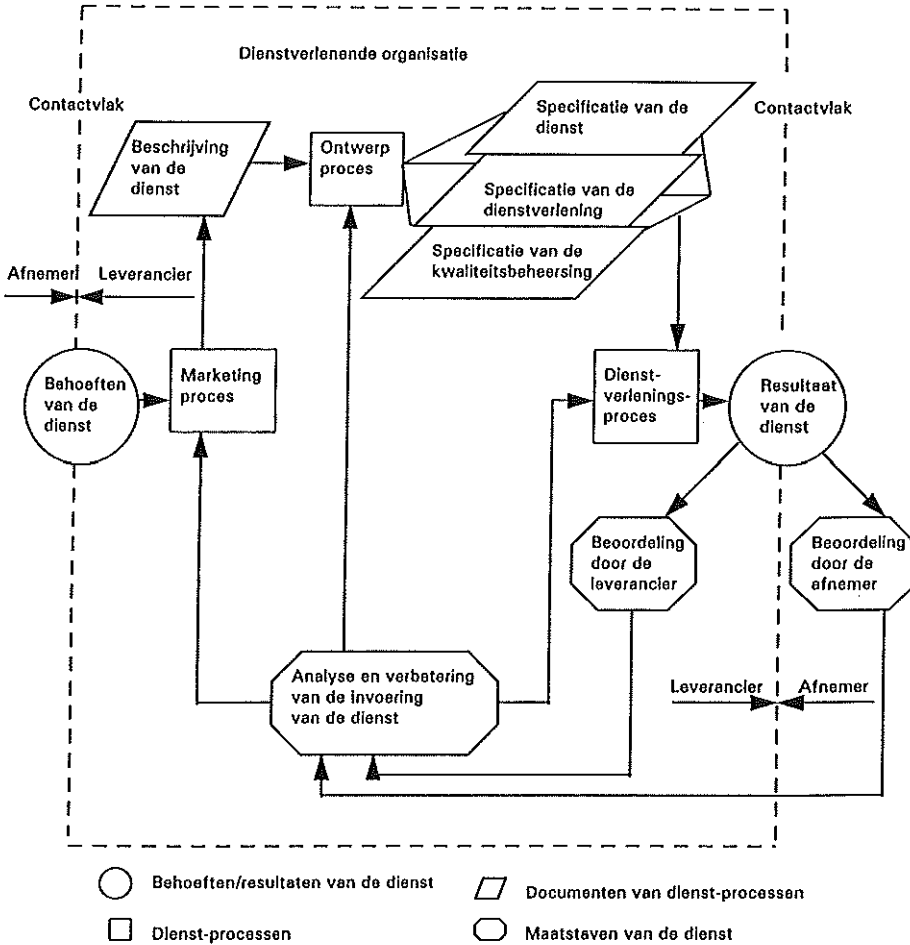
Vervolgens worden kernaspecten van het kwaliteitssysteem beschreven: de directieverantwoordelijkheid, het personeel en de materiële voorzieningen, structuur van het kwaliteitssysteem en het contactvlak met afnemers. Tenslotte worden de elementen van het kwaliteitssysteem zelf nader beschreven.

Zeer basaal voor de vormgeving van het kwaliteitssysteem zijn de volgende onderdelen van het primaire proces:

- behoeften van de afnemers (de markt) bepalen

- vormgeven/ontwerpen van de dienst
- borging en verbetering van de uitvoering van de dienst
- resultaatbeoordeling door dienstverleners en afnemers.

In figuur 2.3. wordt dit schematisch beschreven.



Figuur 2.3.: Kwaliteitskringloop voor de dienstverlening (NNI-1992)

In de richtlijn wordt de nadruk gelegd op schriftelijke rapportage en de opzet van een documentatie systeem. Er dient een kwaliteitshandboek te zijn, waarin het kwaliteitssysteem beschreven staat. Een kwaliteitsplan beschrijft het normale procesverloop van bepaalde diensten. Voor de daarbij benodigde activiteiten dienen procedures te zijn vastgelegd. Een kwaliteitsregistratie levert relevante informatie over trends, variërend van de mate waarin diverse doelen worden gehaald tot vergelijkingen met concurrenten. Vanwege het accent op documentatie wordt deze NEN-ISO richtlijn wel bekritiseerd als statisch en bureaucratisevend (Øvretveit 1994).

Broekhuis en De Leeuw (1994) bekritisieren het klakkeloos toepassen van deze richtlijn, omdat deze te weinig rekening houdt met de traditionele sturingsmechanismen van professionals, de professionele autonomie, het veelal dynamische karakter van het begrip "kwaliteit" en de moeite die het kost tot normen te komen. De richtlijn zou tevens tekortschieten ten aanzien van de feitelijke sturingsmogelijkheden van het management en de wijze waarop kwaliteit tot stand komt in de dienstverleningsrelatie. Ook op veranderkundige vragen wordt geen antwoord gegeven. Zij suggereren een nieuwe richtlijn te vervaardigen waarbij het begrip kwaliteit veel dynamischer moet worden gedefinieerd. Ook de beschrijving van de besturing in de organisatie zou meer op de realiteit moeten aansluiten. Zij stellen een globaler model voor, waarin overigens wel de eerder genoemde kernelementen van het primaire proces worden gevolgd. De managementrol ligt dan vooral op voorwaardenscheppend niveau en in het op elkaar afstemmen van verschillende organisatorische en professionele subsystemen.

#### Total quality management (TQM)

Als tweede hoofdstroom heeft ook TQM in de dienstverlenende sector ingang gevonden. Van de eerder beschreven aanpak wijkt die in de dienstverlenende sector niet wezenlijk af. Van der Loo en Giljam (1995) signaleren het gebrek aan bewezen effectiviteit en constateren dat in professionele organisaties (en met name ziekenhuizen) het effect eerder symbolisch en cosmetisch dan als structureel moet worden beschouwd. Zij noemen expliciet de "hinderkracht van professionele beroepsgroepen" bij de tot standkoming van TQM. Voor een meer genuanceerde beschrijving van de rol en de positie van de professional wordt naar 2.4.2. verwezen. De belangrijkste kritiek richten zij op de invloed, die op dienstverlenende organisaties door TQM benaderingen wordt uitgeoefend in de richting van een toenemend (eezijdig) accent op efficiency. Bovendien stellen zij dat in de TQM-benadering de mogelijkheden overschat worden die het topmanagement heeft om sturend op te treden in processen van kwaliteitsverbetering. Ook waarschuwen zij voor conservatisme en bureaucratisering. Tenslotte

vragen veelal voorkomende cultuurverschillen tussen verschillende organisatieonderdelen om een gedifferentieerde aanpak.

De vraag is gerechtvaardigd of dit systeem echt aansluit op dienstverlenende sectoren als de gezondheidszorg. Bovendien is TQM als model vooral op basis van veronderstellingen opgesteld en niet empirisch getoetst (Van der Loo en Giljam 1995).

Gesuggereerde verbeteringen gaan ofwel in de richting van de in 2.3. aangegeven tendens van veralgemenisering - het concept kwaliteit lost op in zingevings- of bijvoorbeeld sociaal-culturele benaderingen; ofwel in de richting van de door Broekhuis en De Leeuw gesuggereerde aanpassingen.

Donabedian wijst in een interview (Baker 1993) op de argeloosheid, waarmee de "Japanse" kwaliteitszorgtechnieken eerst in het bedrijfsleven en meer recent ook in de gezondheidszorg geïntroduceerd worden. In de industrie leidt dit soms tot desillusies, omdat veelal onvoldoende met een aantal factoren uit de Japanse cultuur wordt rekening gehouden, zoals de verhouding tussen bedrijf en medewerker en de bereidheid om over langere termijn commitment aan bepaalde doelstellingen op te brengen. Hij pleit dus voor een genuanceerde benadering en zodanige aanpassingen, dat de te introduceren methoden beter aansluiten bij de specifieke kenmerken van de gezondheidszorg. In Nederland is recent door Maussart (1996) gepleit voor effectiviteitsonderzoek in verband met het invoeren van kwaliteitssystemen.

De Stichting Certificatie voor de kennisintensieve Dienstverlening (Certiked) heeft in 1996 een aangepast model gepresenteerd, waarin het primaire proces centraler staat dan in de ISO-richtlijn. Mede op basis daarvan heeft de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (1996) een model omschreven, waarin het bewaken van het professioneel handelen, de onderlinge communicatie en registratie en evaluatie als aandachtspunten zijn geformuleerd. Naast deze elementen van het primair proces worden aspecten als beleid en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en documenten benoemd in het opgestelde Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. Dit bevestigt de constatering dat geen van de bestaande kwaliteitssystemen zonder wezenlijke aanpassingen in de gezondheidszorg kunnen worden toegepast.

Als voorlopige conclusie kan gesteld worden, dat er weliswaar enkele kwaliteitssystemen voor vormen van professionele dienstverlening bestaan, doch bij de exacte waarde en de mogelijke varianten veel kanttekeningen te plaatsen zijn. Bij de introductie van een dergelijk systeem dient nadrukkelijk met de specifieke omstandigheden, ontwikkelingsfase en organisatiekenmerken rekening te worden gehouden. Dan nog bestaat er op dit moment weinig bewijs

voor een daadwerkelijk toegevoegde waarde. Bij onderzoek daarnaar zal het systeem dus ook in detail in zijn specifieke context beschreven dienen te worden (zie hoofdstuk 4 en 5).

#### 2.4.2. Medische professionals en kwaliteitszorg

##### Kenmerken van professionals

Professionele dienstverlening kan gedefinieerd worden als: "het geheel van kenmerken en eigenschappen van een professionele dienst en van het daarmee verbonden dienstverleningsproces, die van belang zijn voor het voldoen aan tussen de klant en de professional overeengekomen specificaties. Deze specificaties komen klant en professional overeen in een continu, ook tijdens de dienstverlening doorlopend, afstemmingsproces. De specificaties betreffen het dienstverleningsproces en het verwachte resultaat" (Broekhuis en De Leeuw 1994). Belangrijke aspecten zijn de competentie op een bepaald kennisgebied en de vaardigheden die nodig zijn om die kennis in de praktijk toe te passen.

Voor een beschrijving van de verhouding tussen professionals en kwaliteitszorg dient allereerst ingegaan te worden op de wijze, waarop professionals zich tot organisaties verhouden.

Weggemán (1992) maakt onderscheid tussen professionals met een routinematige en professionals met een meer improviserende aanwending van vaardigheden (R-prof's en I-prof's). De I-prof werkt vooral op basis van improvisatie en creativiteit. De R-prof werkt min of meer routinematig en streeft naar verhoging van zijn vakmanschap. Voor het leidinggeven en zoeken naar sturingsmechanismen maakt dit verschil; bij I-professionals is output-specificatie en het creëren van een goed werkklimaat essentieel en voor de R-prof's ligt het accent meer op coaching en taakgerichte aansturing.

Een andere relevante verdeling is die tussen "local" en "cosmo" professionals. Dit begrip is door Gouldner in 1957 geïntroduceerd en is evenzeer van belang voor de positiebepaling in het kwaliteitssysteem. De local-professional heeft een relatief hoge loyaliteit aan de organisatie, een functionele betrokkenheid bij het eigen specialisme en geringe oriëntatie op externe referentiegroepen. De "cosmo-professional" heeft een lagere oriëntatie op de eigen organisatie, een sterke betrokkenheid op het eigen specialisme en sterke oriëntatie op externe referentiegroepen. De mate waarin de professional aan bepaalde kenmerken voldoet, zal ook de opstelling ten opzichte van managementinstrumenten of organisatieverandering bepalen.

Johnson (1979) stelt, dat de aard en de mate van sturing binnen c.q. over de professie bepaald wordt door de karakteristieken van de klant, de mate van



autonomie van de betreffende professie en de regulerende rol van de overheid of andere sturende instanties.

Een essentieel begrip dat door verschillende auteurs in diverse bewoordingen naar voren wordt gebracht, is dat van de "shared values" (Hunter 1994, van Oorschot e.a. 1995, Weggeman 1992). Hoe meer de persoonlijke doelen sporen met de organisatiedoelen, des te meer de professional zich als "local" opstelt en zich aan organisatievereisten zal conformeren. Dit ongeacht de onvermijdelijke domeinafbakening binnen en buiten de organisatie om een bepaalde mate van handelingsvrijheid te verkrijgen en in staat te zijn de rol ten opzichte van de cliënt goed te kunnen vervullen.

Hunter (1994) en Lawler (1976) benadrukken het belang van de "shared values" mede met het oog op de interactie tussen management en medici. Waarden van het management zoals "samenwerking", "efficiëntie" en "raakvlakbeheersing" kunnen strijdig zijn met de waarden van bijvoorbeeld de medicus; veelal wordt maximalisatie van het belang van de individuele patiënt nagestreefd en de afstemming met andere professionals van minder belang geacht.

Wanneer organisatiesystemen onvoldoende tegemoet komen aan de noodzaak "shared values" na te streven bestaat, zoals Lawler aangeeft, het risico van disfunctioneel gedrag: men ontwijkt, gedraagt zich slechts voor de vorm (of naar registratienormen) om aan de formele organisatie-eisen te voldoen, doch gewenst gedrag komt niet tot stand. Met name indien de professional de indruk heeft dat kernwaarden worden aangetast en de professionele autonomie in het geding is, kunnen conflicten ontstaan.

Veelal zijn professionals echter ook in staat via geleidelijke beïnvloeding de koers en doelstellingen van het management zo te sturen, dat openlijke confrontaties en conflicten vermeden kunnen worden.

Van Oorschot e.a. (1995) sluiten hierop aan door aan te geven dat een individuele medisch specialist mogelijk eerder "cosmo" neigingen zal hebben; zij stellen dat het georganiseerd geheel van professionals (bijvoorbeeld: via de medische staf) veel meer "local" georiënteerd is, omdat er in zo'n verband een grote mate van besef van "shared values" met de organisatie als geheel is.

Als er op organisatieniveau voor kwaliteit en kwaliteitszorg doelen geformuleerd gaan worden, zal dus aandacht besteed moeten worden aan de mate waarin de geformuleerde waarden gedeeld worden door management en professionals. De kernelementen van het professioneel handelen laten zich veel minder beïnvloeden door het management dan de randaspecten (ook wel faciliterende aspecten). Dit onderscheid speelt ook mee in het voor de beleving van betrokkenen

belangrijke verschil in organisatie- en handelingsniveaus. Het denken van diverse betrokkenen wordt beïnvloed door de mate van strategisch, tactisch en uitvoerend handelen dat van hen verwacht wordt (zie ook 2.2.).

Reeds eerder in dit hoofdstuk is gewezen op de sterke kwaliteitsgerichtheid van professionals. Zowel in het traditionele meester-gezel model als in het uitgebreide opleidingssysteem van tegenwoordig, is in de medische wereld via opleiding en onderlinge beïnvloeding het handelen van de professional op een zeker kwaliteitsniveau gegarandeerd ("coordination of skills"). Hoewel hierbij het probleem bestaat dat "vakkundigheid" veelal slechts door ingewijden te beoordelen is en nog slechts beperkt expliciet is gemaakt, is een tendens zichtbaar naar meer transparantie, bijvoorbeeld door visitatie en onderlinge toetsing.

Naarmate een professie hechter georganiseerd en meer gespecialiseerd is, zullen de "professionele waarden" de organisatiewaarden verdringen. Dat wil zeggen dat de oriëntatie op normen en waarden zoals die leven onder vakgenoten over het eigen handelen sterker wordt dan de oriëntatie op de instellingsnormen. Het is maar de vraag of de kwaliteitsvisie van de instelling voldoende identificatiemogelijkheden biedt voor de professional. Kwaliteitszorg is "op zich" nog geen professionele waarde. Voor een optimale participatie is evenwel enige identificatie met de doelstellingen van een te introduceren kwaliteitssysteem essentieel. Een bijkomend probleem kan zijn dat wanneer veel verschillende professionals samenwerken, hierbij alle hun eigen referentiekader hanteren. Tevens moet rekening gehouden worden met het verschil in positie van de diverse professionals. Freidson heeft in 1970 het begrip "dominante professie" geïntroduceerd en Hafferty en Mckinlay constateren in 1993 dat dit voor de medisch specialist in de gezondheidszorg nog steeds geldt. De dominante professie binnen een sector heeft relatief de sterkste invloed op zaken als instroom, professionele normen, wijze van organiseren en honoreren en andere ("subordinate") professies. Bij het introduceren van kwaliteitszorg dient vanwege deze dominante positie speciale aandacht te worden besteed aan de betrokkenheid van deze discipline.

Bij de invulling van kwaliteitszorg zal het management overwegen sturings- en coördinatiemechanismen te introduceren. Weggeman (1992) suggereert daarbij vooral output eisen te gaan formuleren. Reeds eerder werd uitgelegd dat vooral een cosmo-professional dan eerder geneigd is de verantwoordelijkheid voor de zorg voor kwaliteit binnen de professie neer te leggen (via bijvoorbeeld nascholing, het formuleren van normen en toetsing).

De vormgeving van het kwaliteitssysteem dient daar ruimte voor te bieden; het management is primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de organisatie, de

aangetrokken professionals en de afstemming van diverse interne en externe deelsystemen op elkaar. De professionals zélf zijn verantwoordelijk voor de - in professionele termen - inhoudelijke kwaliteit van hun handelen. Hierbij is ook de professionele autonomie relevant; vooral bij standaardisering en het uitvaardigen van richtlijnen en voorschriften speelt dit begrip een belangrijke rol. In hoofdstuk 7 zal hier dieper op ingegaan worden.

Bij het vormgeven van een kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg dient het management de verschillende interne en externe deelsystemen op elkaar af te stemmen en zich van zijn beperkte sturingsmogelijkheden bewust te zijn en desalniettemin een situatie met zo veel mogelijk "shared values" na te streven.

### Medische professionals en kwaliteitszorg

In het voorgaande zijn de kenmerken van de relatie tussen professionals en organisaties behandeld. Voor een goed inzicht in de verhoudingen binnen de professies is een kort historisch overzicht van belang.

Eeuwenlang was er niet zozeer sprake van een georganiseerd zorgsysteem maar van veelal geïsoleerd werkende en hoogstens in gilden georganiseerde beroepsbeoefenaars; zoals chirurgijns en vroedvrouwen. Kwaliteit werd gewaarborgd door opleiding in de praktijk, in de meester-gezel relatie. Vooral vanaf de eerste helft van de 19e eeuw begon zich een medische professie af te tekenen. Op grond van het toenemend aanwenden van natuurwetenschappelijke kennis bij de behandeling, ontwikkelde de geneeskunde zich tot toegepaste wetenschap. Op lokaal niveau was de overheid actief ten behoeve van preventie en gezondheidsbevordering. Mede door overheidsinvloed was er meer en meer sprake van institutionalisering. Dit laatste gold voor gast- en ziekenhuizen, de instelling van overheidstoezicht, maar ook voor de financiering via onder andere ziekenfondsen. De opleiding werd voor een belangrijk deel uit de weinig gereuleerde en gecontroleerde persoonlijke relatie gehaald en aan universiteiten en "medical schools" geconcentreerd. Het in 1865 wettelijk erkennen en registreren van artsen en andere professionals bezegelde deze ontwikkelingen (Lindeboom 1979, Waddington 1990).

In de eerste helft van de twintigste eeuw worden artsen geleidelijk aan werkzaam in ziekenhuizen en vooral ná de Tweede Wereldoorlog ontwikkelen zich de medische kennis en kunde én de diverse medische specialismen. De revalidatie-geneeskunde overigens als één van de laatsten. Gedurende lange tijd is de opleiding het enige en belangrijkste kwaliteitsinstrument geweest.

Nadat in het begin van deze eeuw het beroep van verpleegkundige geïnstitutionaliseerd werd, zijn vooral vanaf de jaren vijftig ook andere paramedische beroepen geprofessionaliseerd. Dit heeft geleidelijk geleid tot een andere, meer

gelijkwaardige wijze van omgaan, waarbij evenwel de medisch specialist (in de zin van Freidson's theorie) de dominante professie blijft (Stein e.a. 1990). Hoewel andere professies ook vergelijkbare kenmerken hebben en activiteiten op het gebied van kwaliteitsmanagement zijn gestart, geldt dit toch het meest uitgesproken voor de medisch specialist in de (geïstitutionaliseerde) zorgsector.

Het externe (kwaliteits)referentiekader ontstaat allereerst via de opleiding. Door het aanscherpen van opleidingseisen en daar een systeem van herregistratie aan toe te voegen, speelt de opleiding nog steeds de belangrijkste rol in het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten. Vanaf 1976 wordt, ondersteund door het CBO (Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing) intercollegiale toetsing en het opstellen van consensusrichtlijnen bevorderd. Naast de visitatie van opleidingen komen er vanaf eind jaren tachtig ook visitaties van niet-opleidingspraktijken. Er is dus sprake van een sterk ontwikkeld extern referentiekader.

Binnen ziekenhuisorganisaties geldt voor de medisch specialist meestal de medische staf als belangrijk referentiekader en beleidsbeïnvloedend orgaan. In ziekenhuizen met vrijgevestigde specialisten speelt belangenbehartiging een belangrijke rol; in instellingen met een loondienst-situatie is beleidsadvisering de belangrijkste taak. Klazinga (1996) ziet de ontwikkeling van medische staven als belangrijk mechanisme om de managementparticipatie (en dus het stimuleren van "local gedrag") vorm te geven.

Ook de bevinding van Stevens (1987) in zijn onderzoek naar de bureaucratisering van het medisch specialistisch ambacht is van belang. Bureaucratisering wordt hier in de sociologische zin gebruikt: toename van formele organisatiegraad. Hij constateert dat met een hogere organisatiegraad een hogere kans op bereidheid tot samenwerking en kwaliteitstoetsing en de kans op een brede, minder uitsluitend technisch curatieve taakopvatting gepaard gaat. Een goed uitgewerkte organisatiestructuur en een hoge graad van professionalisering lijken daarmee een goede basis te vormen voor kwaliteitsbevordering.

In zijn studie naar aard en ontwikkeling van het kwaliteitsmanagement van de medisch specialistische zorg in Nederland, komt Klazinga (1996) met een aantal aanbevelingen aan het ziekenhuismanagement ten aanzien van de samenwerking met medisch specialisten en kwaliteitszorg. Voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem acht hij een integratie van het ziekenhuis- en het professionele perspectief van groot belang; deze dient vervolgens aan te sluiten bij de

organisatie-ontwikkeling die in een specifieke situatie heeft plaatsgevonden. Wederzijdse erkenning en open communicatie ten aanzien van rollen en verantwoordelijkheden (op micro-, meso- en macroniveau) zijn een belangrijke voorwaarde. Tenslotte beveelt hij aan een benadering te kiezen, waarbij niet te zeer aan een bepaald model wordt vastgehouden, maar evenzeer ingespeeld wordt op (toevallige) externe omstandigheden en interne kansen.

Het kwaliteitsmanagement van medisch specialisten heeft vooral een inhoudelijk karakter. Dit komt tot uiting in het accent op opleiding, her-registratie, visitatie, consensus-vorming en intercollegiale toetsing.

Gezien de meer bedrijfskundige aspecten van kwaliteitssystemen (bijvoorbeeld processturing, -verbetering, resultaatmeting) mag verondersteld worden dat een goede aansluiting van beide benaderingen niet vanzelfsprekend is.

## 2.5. Kwaliteitszorg in de gezondheidszorg

### 2.5.1. Ontwikkeling van de strategische context

Er is de laatste decennia een aantal tendensen zichtbaar die een andere, meer systematische aanpak van de kwaliteit van de dienstverlening in de gezondheidszorg noodzakelijk maken.

Deze zijn: de professionalisering en de complexiteit van organisaties; de macrovraag naar effectiviteit en doelmatigheid; de kostenontwikkeling; de toenemende individualisering en de rol van de cliënt; de deregulering.

#### Professionalisering.

Gezondheidszorg wordt vanouds ingevuld door verschillende soorten professionals. Vooral door middel van scholing is traditioneel de kwaliteitsgarantie ingebouwd. Juist vanwege de toegenomen natuurwetenschappelijke kennis en maatschappelijke inzichten is, zoals boven vermeld, de opleiding sterk gereguleerd en georganiseerd. Het externe referentiekader van de medische professional is, mede door de organisatiegraad van wetenschappelijke- en beroepsverenigingen, vrij goed ontwikkeld. Er is echter een ontwikkeling gaande waarbij binnen de meeste medische specialismen (maar ook andere professies) een zodanige kennisexplosie/verdieping plaatsvindt dat subspecialisatie optreedt. Dit leidt vervolgens tot discussies over afbakening van werkterreinen én tot een steeds grotere behoefte aan coördinatie. De doelstellingen van de organisatie als geheel en de daarin werkzame professionals zullen niet altijd parallel lopen (zie ook 2.4.) en daaraan zal expliciet aandacht gegeven moeten worden.

Toenemende complexiteit van organisaties.

De ruimere financiële mogelijkheden in de tweede helft van de twintigste eeuw hebben geleid tot een betere beschikbaarheid van steeds grotere zorginstellingen; alleen al de daardoor ontstane omvang noopt tot bezinning over de meest gewenste organisatievorm. Naast de toenemende kennis en kunde van de diverse professionals, is er een tendens gaande van steeds verdere specialisering. Dit speelt zich niet alleen binnen de, bijvoorbeeld door fusies, steeds groter wordende organisaties af; ook in organisaties waarmee wordt samengewerkt doet zich dit voor. Daardoor ontstaat een zodanig gecompliceerd aanbod aan zorgmogelijkheden van al deze professies dat er (binnen en buiten instellingen) afstemmings- en/of coördinatieproblemen ontstaan (Kerkhoff 1992).

De samenwerkings- en taakverdelingsafspraken, veelal in allerlei netwerken, vragen om invloed op de kwaliteit van de verschillende betrokken hulpverleners; dit is al eerder als "ketenkwaliteit" beschreven. Ten aanzien van ketenkwaliteit als kenmerk van de gezondheidszorg kan een kanttekening geplaatst worden. In het (verwijzings-)verkeer tussen professionals is er altijd al sprake geweest van een zekere impliciete ketenkwaliteit. Het expliciet organiseren van ketenkwaliteit vindt vooraf tussen organisaties plaats en is van meer recente datum, zeker nu doorstromingssnelheid ook om bedrijfseconomische redenen van belang wordt.

Minder dan voorheen is de door de patiënt gewenste kwaliteit vanzelfsprekend resultante van de bemoeienis van al deze professionals en organisaties; het besef ontstaat dat kwaliteit georganiseerd moet worden.

Doeltreffendheid en doelmatigheid.

Reisman (1988) beschrijft dat er na de Tweede Wereldoorlog verschillende fasen in de gezondheidszorg te onderkennen zijn.

Allereerst de na-oorlogse fase van technologische opbouw en het leggen van het medisch-technische fundament; van brede beschikbaarheid van zorg voor alle lagen van de bevolking was echter nog beperkt sprake. Vervolgens als tweede fase het uitbouwen van deze medisch-technische mogelijkheden in een ongekend groei- en bloeimodel tot in de zeventiger jaren.

Vanwege twijfels die ontstonden over de werkelijke effecten van al deze verworvenheden en het enorme kostenbeslag van de gezondheidszorg is er vanaf de tachtiger jaren sprake van een fase die hij als "derde revolutie" betitelt: de noodzaak om medische techniek en technologie te gaan toetsen op effectiviteit en doelmatigheid; de kwaliteitsvraag wordt explicieter. Passend bij de klassieke, meer zorginhoudelijke benadering, gaat het hierbij om twee kernvragen: Worden de juiste procedures/methoden gekozen en worden die vervolgens correct uitgevoerd?

### Kostenontwikkeling.

De hoogte van de kosten van de gezondheidszorg is in veel ontwikkelde landen vanaf de zeventiger jaren toenemend een probleem. In de meeste Europese landen verloopt de financiering van de gezondheidszorg via sociale verzekeringen en vallen de kosten via sociale premies onder de collectieve lasten.

Waar ten gevolge van de enorme welvaartstijging in de vijftiger en zestiger jaren groei in de gezondheidszorg goed op te brengen was, blijkt de beheersbaarheid in de jaren zeventig zoek en dreigen deze kosten door een te groot beslag op het Bruto Nationaal Product de concurrentiekracht van landen te beïnvloeden.

Vanaf die tijd probeert ook de Nederlandse overheid de kosten te beheersen door bezuiniging of onvoldoende budgettaire compensatie van de, ten gevolge van technologische mogelijkheden en demografische ontwikkelingen, groeiende zorgbehoefte. Daarnaast probeert men door introductie van markt-conforme elementen en het toenemend leggen van prikkels bij de cliënt/patiënt, competitie te stimuleren.

In tegenstelling tot de industrie is productiviteitsverhoging in de gezondheidszorg beperkt mogelijk (Van der Zwan 1995) en Drucker (1992) noemt de noodzaak tot productiviteitsverhoging dan ook als één van de grootste management uitdagingen. Tegelijk groeit de maatschappelijke behoefte aan deze diensten. De concurrentie is in de zorg in Nederland minder sterk, de vraag overtreft in de regel het aanbod.

Er wordt dan ook gesproken van het ontstaan van een zorgkloof; hoewel er wel degelijk sprake is van stijgende productiviteit, zijn er onvoldoende middelen beschikbaar om groeiende patiëntenaantallen met vaak steeds complexere problematiek op te vangen. Op organisatieniveau wordt dit zichtbaar in het ontstaan van wachtlijsten en/of in samenwerkings- of taakverdelingsafspraken. Veelal zal daarbij de kernfunctie geprofileerd worden en zullen de cliënten, die eventueel ook elders geholpen kunnen worden, het eerst verdwijnen. Dit leidt vervolgens tot verzwaring van de case-mix en toegenomen werklust. De individuele medische specialist ervaart de zorgkloof door moeilijke keuzeprocessen in de spreekkamer; wie komt wel en wie niet op de wachtlijst? Verpleegkundigen en paramedici zien dat de zware gevallen steeds minder door lichtere worden afgewisseld en ervaren dit nog teveel als een verzwaring van taken, die hen "overkomt"; het ontbreekt voorsnog aan individuele sturingsmogelijkheden om de werksituatie ten aanzien van het primaire proces te beïnvloeden.

De overheid heeft toenemend de neiging de beschikbare middelen in relatie tot de prestaties van instellingen te brengen en zo de doelmatigheid te stimuleren. Als voorbeeld kan het project Productdefiniëring in de Revalidatie (Scholten

1995) genoemd worden. Hier wordt een poging gedaan de onderhandelingen tussen verzekerder en instelling zo te structureren dat deze in de toekomst steeds meer over prijs en kwaliteit gaan. Meer en meer wordt in termen van product-markt combinaties over bepaalde behandelprogramma's gesproken en kwaliteit wordt aldus een strategische factor.

Het nastreven van doelmatigheid en effectiviteit onder financieel steeds moeilijker omstandigheden betekent dat het leveren van kwaliteit steeds minder vanzelfsprekend én onder marktconforme omstandigheden tegelijk wel geboden is.

Individualisering en de rol van de cliënt.

Als gevolg van toenemende individualisering in de maatschappij is de rol van de "patiënt" langzaam aan het veranderen tot die van "cliënt". Toenemende mondigheid en betere informatie maken dat patiënten minder vanzelfsprekend tevreden zijn met het gebodene. Meer en meer worden vooraf eisen gesteld of in het verlengde daarvan voor een bepaalde instelling of hulpverlener gekozen. Een consequentie daarvan is bijvoorbeeld het experimenteren met zogenoemde "cliëntgebonden budgetten". In plaats van afgaan op het beschikbare aanbod, bepaalt de cliënt zelf de gewenste inzet aan de hand van de hem/haar ter beschikking staande middelen. Dit speelt zich vooral in de care (langdurige zorgverlening) zoals thuiszorg af. Maar ook in de cure, meer op kortdurende behandeling en genezing gericht, wordt de positie van de cliënt sterker. Categorale patiëntenverenigingen weten steeds beter gebruik te maken van de ervaringsdeskundigheid van hun leden. Zo is de vereniging "Kind en Ziekenhuis" erin geslaagd, op basis van enquêtes onder hun leden, criteria te formuleren voor de kwaliteit van diverse aspecten van de ziekenhuisbehandeling van kinderen. De mate waarin ziekenhuizen daaraan voldoen, wordt regelmatig onderzocht en bekend gemaakt. In de loop der jaren is gebleken dat dit forse invloed op de gang van zaken op kinderafdelingen heeft.

Inmiddels wordt ook via wetgeving de rol van de patiënt versterkt; in Nederland is in de laatste jaren de geneeskundige behandelovereenkomst, het inzagerecht, de klachtenregeling en de inspraak via cliëntenraden wettelijk geregeld. De gezondheidszorg bevindt zich in een overgangsproces waarbij het accent geleidelijk aan van "sellers-market" in de richting van "buyers-market" verschuift.

Instellingen en zorgverleners zien zich genoodzaakt bij de vormgeving van hun dienstverlening (de beoogde kwaliteit) steeds sterker met de individuele cliënt rekening te houden. De combinatie van de noodzaak tot kostenbeheersing en hogere (individuele) eisen van de patiënt, noopt tot een benadering vanuit de organisatie, die aan beide aspecten tegemoet komt.



## Deregulering en marktwerking.

Tenslotte is er een tendens zichtbaar om minder dan voorheen, door middel van centrale regelgeving, (kwaliteits)normen en regels te stellen. Er is sprake van deregulering en grotere vrijheid voor marktpartijen in de gezondheidszorg. Dit noodzaakt organisaties zélf of in samenwerking met anderen oplossingen te zoeken en afspraken te maken over het gedereguleerde domein. Tegelijk kan geconstateerd worden dat ofwel spontaan ofwel wettelijk afgedwongen, nieuwe regulering op perifeer niveau ontstaat. Soms dreigt een zekere mate van "perifere bureaucratie" te ontstaan; als voorbeeld kan het overeenkomstenstelsel tussen verzekeraars en zorgaanbieders en de daarin op te nemen kwaliteitsparagraaf dienen. In Nederland is een wet betreffende de kwaliteit van zorginstellingen ingevoerd die vanaf medio 1996 het hebben van een kwaliteitsstelsel (vooralsnog zonder nadere specificatie) verplicht stelt. In deze wet wordt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit bij de instelling gelegd. Over het te leveren kwaliteitsniveau wordt geen absolute uitspraak gedaan, doch nadrukkelijk verwezen naar het overleg met andere partijen, zoals patiënten en verzekeraars.

De strategische context van de gezondheidszorg bevat aldus een aantal prikkels voor instellingen om kwaliteit als beleidsdoel en kwaliteitszorg als management instrument te gaan benutten. Hierdoor ligt het accent in deze sector, meer dan in het bedrijfsleven, op kwaliteit. Vooral het ontbreken van winstoriëntatie lijkt daarbij van belang. De door Bolwijn en Kumpe (1993) aangegeven prikkels om tot grotere aandacht voor efficiëntie, kwaliteit en flexibiliteit te komen, zijn voor de zorgsector minder herkenbaar. Het kostenbeheersingsbeleid heeft vooralsnog eerder tot aandacht voor kwaliteit en innovatie geleid. Efficiëntieverhoging is, waarschijnlijk mede door het personeelsintensieve karakter van deze vorm van professionele dienstverlening meer een geleidelijk en continu proces (Van der Zwan 1995, 1996). Er komt weliswaar toenemend aandacht voor flexibiliteit (avond- en bedrijfssprekuren, bedrijfstijdverlenging), maar zolang er niet sterker sprake is van een "buyers market" is dit vooral onder invloed van de noodzaak tot kostenbeheersing tot stand gekomen. Het flexibel reageren op wisselende marktomstandigheden en consumentengedrag is nog nauwelijks herkenbaar. Zorgvernieuwing is de laatste jaren wel een belangrijk thema geworden.

### 2.5.2. Kwaliteit en kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorg.

In 2.5.1. is ingegaan op de strategische context waarbinnen de toenemende aandacht voor kwaliteitszorg in de gezondheidszorg in de afgelopen 10 jaar te

plaatsen is. In het nu volgende gedeelte wordt de recente ontwikkeling van kwaliteitszorg op landelijk niveau, onder medische professionals en met name op instellingsniveau beschreven. Tevens wordt kort ingegaan op de internationale situatie teneinde het Nederlandse ontwikkelingsstadium vanuit dat perspectief in te kunnen schatten.

### Het landelijk niveau

Ter facilitering van de ontwikkeling van kwaliteitszorg is er een aantal studies verricht door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Als voorbeelden kunnen nota's over het begrippenkader en een verkenning over de mogelijkheden van certificatie genoemd worden (1990). Door koepelorganisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen, de overheid, verzekeraars en patiëntenorganisaties zijn in 1989, 1990 en 1995 conferenties gehouden waarin afspraken zijn vastgelegd over prioriteiten in het kwaliteitsbeleid. Ook voor de periode 1995-2000 is de ontwikkeling van kwaliteitssystemen één van de hoofddoelstellingen (zie hoofdstuk 1). Het begrip kwaliteitssysteem is daarbij - afgezien van het aangeven van een aantal aandachtspunten - niet nader gespecificeerd (NRV 1995). Een breed samengestelde begeleidingscommissie, de vaste commissie voortgang ontwikkeling kwaliteitsbeleid, heeft gedurende een aantal jaren een inventariserende, begeleidende en stimulerende rol vervuld.

Door de overheid wordt enerzijds faciliterend, bijvoorbeeld door stimuleringsprogramma's, anderzijds door middel van wetgeving op deze ontwikkelingen ingespeeld zoals aangegeven is. Inmiddels is een Kwaliteitswet zorginstellingen aangenomen die in de loop van 1996 is ingegaan. Daarin worden instellingen verplicht tot het introduceren van een - niet nader omschreven - kwaliteitssysteem.

### Medische professionals

Kwaliteitsbevorderende activiteiten zijn binnen vele professies al in de jaren zeventig op gang gekomen. Binnen medisch specialistische kring is de introductie van intercollegiale toetsing of audit een belangrijke ontwikkeling geweest.

Om dit te stimuleren is in 1976 het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing opgericht (CBO), dat inmiddels ook voor verpleegkundigen en paramedische disciplines actief is. De meeste wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, sociaalgeneeskundigen en huisartsen hebben inmiddels kwaliteitsbeleid geformuleerd en zijn met de uitwerking begonnen. Ook diverse paramedische en verpleegkundige beroepsverenigingen zijn kwaliteitsbevorderende activiteiten gestart. In dit proefschrift zal niet verder op kwaliteitszorg bij specifieke beroepsgroepen ingegaan worden (zie ook 2.4.2.). In het licht van eerdere opmerkingen over de relatie tussen de professional met zijn

externe referentiekader is het wel van belang te constateren dat bijna alle beroepsgroepen in meer of minder sterke mate met het ontwikkelen van vooral inhoudelijk kwaliteitsbeleid zijn gestart. Bij het (impliciete) oordeel van de individuele professional over de zinvolheid van de gekozen invulling van kwaliteitszorg - het kwaliteitssysteem - binnen een instelling, zal de mate van overlap in doelstellingen en uitwerking (de "shared values") een rol spelen bij de motivatie voor actieve participatie.

### Het instellingsniveau

Recent zijn enkele overzichtsstudies verschenen waarin de ontwikkeling en uitvoering van kwaliteitssystemen door instellingen in Nederland zijn geïnventariseerd.

In 1992 heeft het Nationaal Ziekenhuis Instituut (Dubbelboer c.s. 1992) een inventarisatie gedaan van kwaliteitsprojecten in algemene ziekenhuizen. Deze projecten waren gericht op verbetering van knelpunten in de zorgverlening of de organisatie daarvan. Naast het verkrijgen van een totaaloverzicht, had dit ook ten doel noodzakelijke randvoorwaarden en knelpunten die leven bij de uitvoering van kwaliteitsprojecten in beeld te krijgen. Slechts 12,6% van de 119 aangemelde projecten (uit de 140 Nederlandse ziekenhuizen) had betrekking op het niveau van het gehele ziekenhuis. Meestal waren concrete problemen de aanleiding en was er geen sprake van een kwaliteitssysteem. Slechts 55% van de 86 responderende huizen had per project een kwaliteitsdoelstelling helder geformuleerd, zodat (in principe) evaluatie mogelijk was. Een daadwerkelijke evaluatie was slechts in 20% voorzien. Veelal werd een sterk professionele (intern gerichte) aanpak gevolgd, terwijl de invloed van de klant gering was. In slechts 12% van de projecten was, door middel van bijvoorbeeld interviews en enquêtes, sprake van het systematisch betrekken van de klant.

In de door het Nivel in opdracht van de Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid uitgevoerde studies werd, in eerste instantie eveneens via de koepelorganisaties, geïnventariseerd wat de stand van zaken was ten aanzien van de introductie en uitvoering van kwaliteitssystemen (Sluys en De Bakker 1992). Allereerst is dus gekozen voor een macro benadering. Vervolgens is onderzoek gedaan naar belemmerende en bevorderende factoren. Daartoe zijn op basis van bij de koepels beschikbare informatie interviews met "voorlopers" op dit terrein gehouden (Sluys e.a. 1994). In 1994 werd vastgesteld dat de externe oriëntatie (klantgerichtheid) betrekkelijk gering was. Interne (organisatorische) argumenten leken zwaarder te wegen dan externe (zoals wetgeving en concurrentie) bij het besluit tot introductie van systematische kwaliteitszorg. Men ging veelal van een herschikking of bundeling van bestaande activiteiten uit; vervolgens werd meestal gekozen voor een projectgewijze aanpak en zelden

voor de introductie van een totaalsysteem. Veelal werden kwaliteitskringlopen of audit-achtige methoden gebruikt. In meer dan de helft van de instellingen waren kwaliteitsfunctionarissen aangesteld; voor bestedingen aan zaken zoals training en externe ondersteuning kwam men op een grove schatting van honderd gulden per medewerker per jaar (exclusief geïnvesteerde tijd). Er werden knelpunten gesignaleerd ten aanzien van de betrokkenheid van medewerkers. Het inbedden in de normale bedrijfsvoering was een punt van zorg en nog slechts beperkt gerealiseerd.

Continuïteit werd vaak als probleem ervaren. Daarbij kwam de sociaal-dynamische factor sterk naar voren; draagvlak, opinies en ervaringen van medewerkers beïnvloedden de uiteindelijk gehanteerde modellen sterk; de specifieke benadering van professionals bij deze organisatorische en management-technieken werd als aandachtspunt gesignaleerd. Tevens werd gewaarschuwd voor bureaucrativering.

In het meest recente onderzoek, verricht naar aanleiding van de meest recente Leidschendam Conferentie (Wagner e.a. 1995), wordt op basis van een enquête onder alle zorginstellingen een vrij compleet overzicht geboden van de stand van zaken. Er was sprake van een respons van 71%, te weten 1134 instellingen (zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en woonvormen).

Het beeld dat hieruit naar voren komt, is dat bijna alle instellingen aangeven de nodige activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg te hebben ondernomen. Daarbij moet gedacht worden aan: geformuleerde kwaliteitsdoelstellingen (meestal in ontwikkeling), jaarlijkse verslaglegging (10%), scholing en training (66%), protocol- en richtlijnontwikkeling (40%), en gebruik van gemeten informatie in feedback systemen (10 à 20%).

In een kleine minderheid, ruim 10%, was er sprake van een samenhangend systeem. Er werd geen verband geconstateerd met de omvang van organisaties, de mate van concurrentie in de betreffende branche of de invulling van professionele autonomie in de instelling. Eerder leek een cultureel aspect, de bereidheid tot vernieuwen en veranderen, verschillen tussen instellingen te verklaren.

Als resultaten werden een grotere patiëntgerichtheid (40%), verbeterde profilering en wijzigingen in interne regels en procedures gemeld. Naast verhoging van de werkdruk werd in 33% een grotere tevredenheid onder het personeel gesignaleerd. In 4% worden kostendalingen, maar in 20%(1) kostenstijgingen samenhangend met kwaliteitssystemen, aangegeven.

In het algemeen gaf men aan door de te willen gaan met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Er werd daarbij een beperkte patiëntgerichte oriëntatie gesignaleerd. Tevens werd in het Nivel-onderzoek aanbevolen te onderzoeken

of de veronderstelling klopt, dat investeringen in kwaliteitszorg zich terug verdienen en in welke mate de relatie met kostenreductie aantoonbaar is.

Bij de opzet van de enquête is uitgegaan van een aangepaste benadering van de aanpak van het Instituut voor Nederlandse kwaliteit (INK). De vragen zijn ingedeeld volgens de organisatie-aandachtsgebieden, welke vervolgens op consistentie onderzocht zijn (zie verder hoofdstuk 10).

Interessant is de fase-indeling waartoe men op grond van deze analyse en kenmerken van de gezondheidszorg besloten heeft. Daarbij zijn voor de zorgsector de ontwikkelingsfasen van het INK-model als onvoldoende inzichtelijk en ontwikkeld gekenschetst. Men heeft gekozen voor:

- fase 0: Oriëntering en bewustwording; kenmerkend is het accent op professionele kwaliteit.
- fase 1: Voorbereidende fase; de voorwaarden voor kwaliteitsbewaking worden gecreëerd.
- fase 2: Uitvoering van procesbeheersing; een projectgewijze, afdelingsoverschrijdende en geleidelijk meer systematische benadering.
- fase 3: Systematisering en verankering; samenhang en onderlinge wisselwerking tussen deelsystemen, een kwaliteitssysteem ontstaat.

Per onderzocht (en eventueel geherformuleerd) aandachtsgebied bleken instellingen inderdaad deze aanpak te volgen. Tevens bleek men per instelling vaak uiteenlopend te scoren op de verschillende aandachtsgebieden.

Het a priori weglaten van vragen over de fase van ketenoriëntatie en TQM roept wel twijfels op over de waarde van deze benadering ten opzichte van die van het INK. Onduidelijk blijft daardoor of ketenkwaliteit nu een basiskenmerk in de zorgsector is óf ergens in de fasering ingepast moet worden. TQM zou in bovenstaand model dan wellicht fase 4 kunnen zijn, doch dat laat men in het midden.

Hoewel voor deze enquête een aangepaste opzet van de Nederlandse Kwaliteitsprijs is gevolgd, is een kritische opmerking te maken over het feit, dat geen heldere definities vooraf zijn gegeven en dat elke respondent zijn of haar eigen referentiekader heeft gebruikt. Tevens wist men dat het ging om een inventarisatie in het kader van het landelijke kwaliteitsbeleid en hebben directies zélf de enquête ingevuld. Er zou dus wel eens een te zonnig beeld van de stand van zaken kunnen zijn ontstaan.

Ook op branche-niveau worden binnen de zorgsector de nodige activiteiten ondernomen. De doelstelling is meerledig; profilering kan een drijfveer zijn, maar

ook facilitering van individuele instellingen. Zelfs het tevredenstellen van de overheid om tegelijk op andere terreinen beter te kunnen scoren zou een motief kunnen zijn.

Binnen de ziekenhuissector wordt aan de zogeheten "PACE-normen" gewerkt; dit is een set van op het NEN-ISO-systeem gebaseerde normen voor kwaliteitsborging op afdelingsniveau (TNO 1993). In een samenwerkingsproject van een aantal algemene en academische ziekenhuizen zijn deze normen ontwikkeld. Vanwege het normstellende en daardoor statische (en wellicht bureaucratistische) karakter, is binnen de ziekenhuiswereld nog geen consensus over de precieze rol die deze normen moeten gaan vervullen. Bovendien kan kritiek worden geuit op het feit dat het geheel op een functiegerichte en niet op een procesgerichte organisatievorm lijkt te zijn afgestemd; vooral de afdelingsorganisatie staat centraal en niet beroepsinhoudelijke aspecten of het behandelproces als geheel. Eerst in de loop van 1995 is een traject voor een brede introductie gestart (NVZ 1995).

De revalidatiesector heeft een kwaliteitsbeleid geformuleerd op basis van het "bedrijfsketenmodel", een van de NEN-ISO-richtlijn afgeleide benadering, welke in hoofdstuk 4 wordt beschreven.

Ook de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (1994) en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1995) hebben een kwaliteitsbeleid geformuleerd dat in beide gevallen voor een belangrijk deel is gebaseerd op NEN-ISO-normen.

Waarschijnlijk geeft het eerder beschreven inventariserende onderzoek van het Nivel (Wagner c.s. 1995) het meest actuele, maar mogelijk wellicht geflatteerde, overzicht over de stand van zaken in Nederland. Er worden weliswaar veel activiteiten op dit terrein gemeld, doch slechts in een kleine minderheid van instellingen is van de introductie of werking van een kwaliteitssysteem sprake.

### **2.5.3. Kwaliteitssystemen in de zorgsector in internationaal perspectief**

Teneinde de in dit proefschrift beschreven ontwikkeling van een kwaliteitssysteem internationaal te kunnen positioneren, is naast een overzicht over de Nederlandse situatie ook een korte beschrijving van de internationale stand van zaken van belang. Het gaat daarbij vooral om de vraag hoe relevant het beschrevene is in internationaal perspectief; loopt Nederland achter, voorop of wordt gewoon een wereldwijde ontwikkeling gevolgd?

Het interpreteren van gegevens over de stand van zaken in internationaal verband wordt bemoeilijkt door de, veelal mede cultureel bepaalde, wijze van presentatie van gegevens over deze ontwikkelingen. Vanwege de sterke samenhang met de ontwikkeling die nationale zorgstelsels doormaken, dient ook met

dit laatste aspect nadrukkelijk rekening gehouden te worden. De bedoeling van dit gedeelte is slechts enkele punten aan te stippen en niet meer dan een globaal referentiekader aan te bieden.

Hoewel veel van de ontwikkelingen hun wortels in Japan hebben, zijn er niet of nauwelijks meldingen van succesvolle kwaliteitszorg binnen de gezondheidszorg uit dit land. Drucker (1992) en Donabedian (1993) constateren eveneens een dichotomie tussen dienstverlenende organisaties en de productie-industrie in Japan. Hierin kan een waarschuwing tegen klakkeloze acceptatie van industriële kwaliteitssystemen gezien worden; de context binnen de zorgsector is hier waarschijnlijk debet aan (mate van concurrentie, productiviteitseisen, etc.).

Uit de Verenigde Staten komen vooral publicaties van succes-stories uit individuele instellingen. Een meer methodische benadering wordt gevolgd door een aantal op introductie van kwaliteitszorg gerichte instituten; een voorbeeld is de Quality Resource Group van de Hospital Corporation of America, meer commercieel ingestelde zoals het Institute for Health Care Improvement te Boston zijn in de meerderheid (Kennedy 1992, Batalden en Stolz 1993, Richards 1994).

Een belangrijke stimulus in het ziekenhuiswezen gaat uit van de Joint Commission on Accreditation; accreditatie is een in eigen beheer uitgevoerd visitatie en toetsingssysteem. Een ander voorbeeld daarvan is de CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities). In een studie hebben Shortell c.s. (1995) in 61 ziekenhuizen de relatie tussen organisatiecultuur, kwaliteitszorg en organisatieresultaten onderzocht. Zevenendertig ziekenhuizen gaven per enquête aan een vorm van TQM toe te passen, terwijl de overige huizen meldden op een andere wijze aan kwaliteitszorg te doen. Belangrijke conclusies waren dat met name de organisatiecultuur een bepalende factor lijkt bij de daadwerkelijke invoering van kwaliteitsverbetering; dat er een relatie was tussen de mate van introductie en patiëntgebonden resultaten, doch dat deze relatie niet voor financiële resultaten werd gevonden. Met name grotere ziekenhuizen met een meer bureaucratische en hiërarchische structuur hebben problemen bij de introductie van kwaliteitsverbeterende activiteiten.

De marktomstandigheden in de Verenigde Staten noodzaken soms tot "window-dressing". De indruk bestaat, dat er soms een kloof gaapt tussen presentatie en wat er werkelijk gebeurt. Zo kan een "quality assurance department" in het leven geroepen zijn (uit p.r.-overwegingen of omdat het verplicht is), maar soms zo sterk gescheiden van de dagelijkse praktijk van de medewerkers, dat medewerkers desgevraagd het bestaan of de functie niet weten aan te geven (persoonlijke ervaring Van Harten 1992).

In Groot Brittannië is vanaf 1990 een nationaal medical-audit programma opgezet. Medical audit, zoals in Engeland ter hand genomen is een cyclische

aanpak, gelijkend op de Deming-cyclus, waarbij een specifieke activiteit of handeling wordt geanalyseerd en verbeterd. Het is vergelijkbaar met het CBO-model van intercollegiale toetsing in Nederland. Buxton constateerde in 1994 dat vele miljoenen in dit programma geïnvesteerd worden zonder dat er bewijs voor effectiviteit is. Juist omdat deze "technologie" lokaal met de direct betrokkenen ontwikkeld en uitgevoerd moet worden, vraagt dit steeds opnieuw om bijzondere inhoudelijke en organisatorische vaardigheden. Hij komt tot de conclusie dat er weinig reden voor enthousiasme is en dat de medische sector massale introductie van een diagnostische techniek in een vergelijkbaar stadium van ontwikkeling veeleer zou afwijzen. Hij pleit voor een vorm van technology assessment teneinde goed zicht te krijgen op de meerwaarde.

Ook Robinson (1994) concludeert in een meta-analyse van literatuur over medical audit, dat evaluatie van audit-programma's ongebruikelijk is. Deze uitgebreide internationale studie beschrijft diverse methoden om het gedrag van artsen te beïnvloeden, vallend onder het begrip medical audit: feedback, (na)scholing/voorlichting, administratieve methoden ("peer review", "explicit audit", expert assistance, external systems) en financiële prikkels. Hij stelt vast dat de kennis betreffende het bewerkstelligen van verandering in klinisch handelen gebrekkig is. Het effect is sterk afhankelijk van lokale factoren en onderzoek naar met name deze lokale factoren wordt aanbevolen. Voorlopig blijft het uitgaan van een meerwaarde een "act of faith". Pollitt (1996) heeft de impact van kwaliteitssystemen en management-technologieën op de National Health Service beschreven. De op ISO-richtlijnen lijkende British Standards zijn in een aantal "general practices" ingevoerd, maar over de resultaten is weinig bekend. Van TQM wordt bij uitzondering een succesvolle introductie gemeld. Zijn conclusie is dat er vooral gefragmenteerde toepassing van kwaliteitsverbeterende methoden plaatsvindt en dat de juiste mix van professionele kwaliteit en management-technologie nog niet gevonden is.

In Duitsland is er sprake van een organisatiecultuur waarbij de versterking van het instellingsmanagement ten opzichte van de medisch specialisten nog maar recent is ingezet. Het instellingsmanagement wordt veelal sterk bepaald door de medische staf, waardoor kwaliteitszorg een sterk professioneel gekleurd accent heeft (Gadomski 1994). In persoonlijke contacten wordt veelal met verbazing en bewondering (afhankelijk van de professe van betrokkene) gereageerd op de ontwikkelingen in Nederland. Een ander kenmerk van het Duitse systeem is de belangrijke rol van grootschalige top-down initiatieven. Zo is door het Verband van Deutsche Rentenversicherungen voor de revalidatiesector een registratieproject gestart ten aanzien van organisatiekenmerken, personeelsopbouw, protocollen en resultaten (via generieke meetschalen) om zo landelijk voor instellingen feed-back informatie te genereren en kwaliteitsverbetering te



bevorderen (VDR 1996). Hoewel deze aanpak wellicht goed bij de Duitse cultuur past, wordt in de praktijk in revalidatie instellingen veelal niet meer dan een projectmatige aanpak van kwaliteitszorg ontmoet. In de ziekenhuissector is het beeld niet wezenlijk anders. Hoewel "Qualitätssicherung" vanaf 1989 wettelijk verplicht is, beperkt zich dit ook daar veelal tot verbeterprojecten en een "audit"-achtige aanpak. Voorbeelden daarvan zijn te vinden in een overzicht van in de Bondsrepubliek ondernomen projecten (Eversman e.a. 1993). Opvallend is daarbij de regelmatige verwijzing naar het binnen het CBO ontwikkelde audit model (dat in Nederland in de praktijk weinig frequent wordt toegepast, omdat verankering in kwaliteitssystemen ontbreekt; zie 2.5.2.). Overigens hebben de Deutsche Krankenhausgesellschaft en de Bundesärztekammer de rechtstreekse toepassing van ISO-richtlijnen afgewezen; men is van mening dat een meer op de specifieke kenmerken van de sector toegesneden systeem ontwikkeld moet worden.

Concluderend kan gesteld worden dat er in de westelijke wereld een tendens bestaat in de richting van de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg-systemen in de gezondheidszorg. De indruk bestaat dat Nederland met de Verenigde Staten en Groot-Brittannië tot de koplopers behoort. Van een sectorgewijze, systematische aanpak is nog zelden sprake. In veel landen lijkt een mindêrheid van instellingen kwaliteitszorg middels de introductie van een (integraal) kwaliteitssysteem vorm te geven. Wel wordt de indruk gewekt dat in belangrijke mate geïnvesteerd wordt in het opbouwen en implementeren van deze management-technologie.

Afgezien van de doeltreffendheid en doelmatigheid bij welomschreven deelprojecten, bestaan weinig onderzoeksgegevens betreffende de meerwaarde van kwaliteitssystemen op instellingsniveau. Ook internationaal wordt bevestiging gevonden van de noodzaak deze meerwaarde te onderzoeken.

## 2.6. Conclusie

In het productiegerichte bedrijfsleven hebben zowel ontwikkeling aan de vraagzijde (de kritische, meer op kwaliteit gerichte en qua voorkeur wisselende consument) als aan aanbodzijde (concurrentie op prijs, snelheid, kwaliteit en vernieuwing) tot wijzigingen in managementoriëntatie geleid. Daarbij zijn vanaf de zeventiger jaren kwaliteitssystemen geïntroduceerd (in Japan al veel eerder), maar systematisch bewijs voor de meerwaarde wordt in de literatuur weinig aangetroffen. Ook de strategische context in de gezondheidszorg, als vorm van professionele dienstverlening, leidt tot de conclusie dat invoering van kwaliteitszorg en -systemen wenselijk is.

Hierbij zijn vooral de van overheidswege afgedwongen kostenbeheersing en de toenemende complexiteit van de zorg van invloed. En in vergelijking met het bedrijfsleven, niet zozeer concurrentiefactoren of een externe oriëntatie op de klant.

In de gezondheidszorg bestaat beperkte ervaring met kwaliteitssystemen. De bijzondere rol van professionals is in deze vorm van dienstverlening van belang. Door hun sterke externe referentiekader lijkt het zoeken naar "shared values" noodzakelijk.

Voor de keuze van een kwaliteitssysteem is een op de professionele dienstverlening toegesneden aanpak noodzakelijk. Een weinig normerende, op continue verbetering gerichte aanpak, ligt voor de hand, waarbij het management zorg draagt voor het scheppen van gunstige voorwaarden en het op elkaar afstemmen van interne en externe deelsystemen.

Bij introductie van kwaliteitszorg dient vooral met de organisatiecultuur rekening te worden gehouden. Een door hiërarchie gekenmerkte cultuur lijkt daarvoor minder geschikt.

De context van de zorg lijkt ook consequenties te hebben voor de fasering in de opbouw van kwaliteitssystemen. Zo worden vraagtekens gezet bij de fasering van het model INK en met name de waardering van de fase ketenkwaliteit; is dit een basiskarakter van zorgverlening of een ontwikkelingsstadium van kwaliteitszorg? Een op de zorg toegesneden vorm van TQM lijkt nog niet ontwikkeld te zijn.

Nederland behoort met de Verenigde Staten en Engeland tot de koplopers bij de invoering van kwaliteitszorg. Desondanks kan van slechts 10% van de instellingen gezegd worden dat er een kwaliteitssysteem in werking is. De NEN-ISO-normen en -richtlijnen lijken in veel sectoren van invloed, maar vrijwel steeds in sterk aangepast of bewerkte vorm. Gegevens over de bewezen meerwaarde zijn in de literatuur niet aangetroffen.

Dit betekent dat fors geïnvesteerd wordt in een management-technologie waar zelfs in het bedrijfsleven slechts beperkt positieve ervaring mee is opgedaan en waarvan in de gezondheidszorg de te verwachten effecten op voorhand niet op basis van wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen zijn. Bij vele andere nieuwe en kostbare technologieën wordt dan eerst een vorm van technologie assessment toegepast teneinde de praktische waarde van eventuele invoering te bepalen.

## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 2

- Baker R.; Donabedian A.; an interview. *Quality in Health Care* 1993; 2: 40-46.
- Batalden P.B., Stolz P.K.; A framework for the continual improvement of health care. *J. Quality Improvement*; 1993; 10; 424-452.
- Bolwijn P.T., Kumpe T.; Kwaliteit is noodzakelijk, maar niet voldoende. In: *Kwaliteitsmanagement in beeld*; Deventer, Kluwer, 1993.
- Broekhuis H., de Leeuw A.C.J.; NEN-ISO normering in de professionele dienstverlening: verleiding of misleiding. *Research Report 1994-01*. Groningen, 1994.
- Buxton M.J.; Achievements of audit in the NHS. *Quality in Healthcare* 1994; 3, Suppl S 31 - S 34.
- Deming W.E.; *Out of the Crisis*. Cambridge Mass. Cambridge University Press 1982.
- Donabedian A.; *The definition of Quality and Approaches to its Assessment Explorations in quality Assessment and Monitoring*. Vol. I; Ann Arbor, Michigan; Health Administration Press 1980.
- Donabedian A.; *Quality Assessment and Assurance Unity of Purpose, Univeristy of Means*. *Inquiry* 1988; 25: 173-192.
- Drucker P.F.; *Managing the future*. New York, Truman Talley Books, 1992.
- Dubbelboer J.S., Timmer- van Rijnsoever, J.S.M.; *Inventarisatie kwaliteitsbevordering ziekenhuizen*, Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1992.
- Eversmann B.J., Niemann F.M., Beske F.; *Qualitätssicherung im Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland*. I.G.S.F., Kiel 1992.
- Fisscher O.A.M., Pot M.C., Nijhof A.H.J.; *Beheersing van kwaliteit ook een zaak van verantwoording*. HRM-Handboek, Deventer, Kluwer, 1996.
- Freidson in Hafferty F.W., Mckinlay J.B.; *The Changing medical profession*. New York, Oxford University Press, 1993.
- Gadomski M.; *Qualitätssicherung in der Physikalische Medizin*. *Phys. Rehab. Kur Med*. 1994; 4: 58-60.
- Garvin D.A.; *Competing on the eight dimensions of quality*, *Harvard Business Review*, 1987: 101-109.
- Hamel G., Prahalad C.K.; *Competing for the future*. Oorspr. 1994. Nederlandse vertaling Schiedam Scriptum Books 1994.
- Hammer M., Champy J.; *Reengineering the corporation*. London, Nicholas Brealy Publishing, 1994.
- Hardjono T.W.; *Berenschot-generatieconcept voor kwaliteitsmanagement*. *Sigma*, 1992: 1.
- Hardjono T.W., Hes F.W.; *De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding* Deventer, Kluwer, 1993.

- Hardjono T.W.; Ritmiek en organisatiedynamiek. Acad. proefschr. Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1995.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F.; Kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Harten W.H. van; Verslag bezoek National Health Forum on Health Care Quality, Oslando 1992 (intern verslag Het Roessingh), 1993.
- Hunter D.J.; From tribalism to corporatism; in: Challenging Medicine. London, Routledge, 1994.
- Imai M.; Kaizen, The Key to Japans Competitive success (oorspr. 1987). Nederlandse vertaling. Deventer, Kluwer, 1990.
- Johnson T.J.; Professions and Power. London, The Macmillan Press Ltd., 1979.
- Kennedy M.; Combining the best of QA and TQM. Quality Management Update. 1992; 2; 1: 9-12.
- Kerkhoff A.H.M., Verkeerd Verbonden; Inaugurele rede, Enschede, 1992.
- Klazinga N.S.; Quality management of medical specialist care in the Netherlands. Acad. proefschr., Rotterdam, 1996.
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg; Kwaliteitszorg in de thuiszorg. Bunnik, 1994.
- Lawler E.E.; Control systems in organisations in: Handbook of industrial and organisational psychology. Chicago, Rand McNally Publ., 1976.
- Lindeboom G.A.; Geschiedenis der geneeskunde, 3e druk, Amsterdam, RODOPI, 1979.
- Lohr K.H., Harris-Wehling; Medicare: A strategy for quality assurance I: A recapitulation of the study and a definition of quality of care. Quality Review Bulletin 1991; 17: 6-9.
- Loo H.R. van der, Giljam M.J.; De blinde vlekken van Total Quality Management. M&O 1995: 3, 202-217.
- Maussart A.; Kwaliteitsmanagement en innovatie in zorginstellingen. Acad. proefschr., Rotterdam, 1995.
- Mintzberg H., The Structuring of organisations. Englewoord Cliffs N.J., Prentice Hall, 1979.
- Moskanter R.; The Change Masters. London Allen and Unwin 1984.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering Zoetermeer 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid; Certificatie van instellingen. Een verkenning van de mogelijkheden van certificatie van instellingen. Zoetermeer 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid; Kwaliteitsbeleid zorgsector. Zoetermeer 1995.
- Nederlands Normalisatie Instituut; Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem, deel 2: Richtlijnen voor diensten. NEN-ISO 9004.2. Delft 1992.

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg; Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Utrecht 1995.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen; Kwaliteitsborging in Ziekenhuizen, Utrecht 1995.

Oorschot J.A. van, e.a.; Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen, Van Gorcum, 1995.

Øvretveit J.; A comparison of approaches to health service quality in the UK, U.S.A. and Sweden and/of the use of organisational audit frame works. *Europ. J. Publ. Health* 1994; 4, 46-54.

Pirsig R.M.; *Zen and the art of the motor maintenance*, New York, Bantam Books, 1974.

Pirsig R.M.; *Lila, an inquiry into morals*; New York, Bantam Books, 1991.

Pollitt C.; Business approaches to quality improvement: why they are hard for the NHS to swallow. *Quality in Health Care*, 1996; 5: 104-110.

Porter M.E.; *Competitive advantage*. Oorspr. 1984. Nederlandse vertaling Amsterdam Uitg. Veen, 1989.

Produktdefiniëring Revalidatiezorg; Projectverslag landelijke Stuurgroep, Utrecht 1995.

Reiman A.S.; Assessment and Accountability, The third revolution in medical care. *New. Engl. J. Med.* 1988; 319: 1220-3.

Richards K.F.; Developments in total quality management in the United States; the Intermountain Health Care perspective. *Quality in Health Care* 1994; 3; S20-S24.

Robinson M.B.; Evaluation of medical audit. *J. Epid. Comm. Health* 1994; 48; 435-440.

Scholten D., Kobus M., Harten W.H. van; Waarde van revalidatie uitgedrukt in resultaat. *Het Ziekenhuis* 1994; 22: 915-917.

Senge P.M.; *The fifth discipline; the art and practice of the learning organisation*. New York, Doubleday 1990.

Shortell S.M. c.s.; Assessing the impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research* 1996; 30; 378-401.

Sluys E.M., de Bakker D.H.; *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling*; Utrecht, Nivel, 1992.

Sluys E.M., de Bakker D.H., Dronkers J.; *Kwaliteitssystemen in uitvoering*; Utrecht, Nivel, 1994.

Stein L.I., Watts D.T., Howell T.; The doctor-nurse game revisited. *N. Eng. J. Med.* 1990; 322: 546-549.

Stevens F.C.J.; *De bureaucratisering van het medisch specialistisch ambacht*. Acad. Proefschr. Assen, v. Gorcum, 1987.

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector; *Voorlopig Harmonisatiemodel*, Utrecht, 1996.

TNO. *Gezondheidsonderzoek. Proefproject PACE, kwaliteitsborgingsnormen*. Leiden 1993.

Verband Deutschen Rentenversicherungen; Qualitätsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. 2. Bericht, Frankfurt, 1996.

Vorstman H.R.; Kwaliteit en ondernemerschap. Oratie Technische Hoogeschool Twente, 1981.

Waddington I.; The movement towards the professionalisation of medicine. Br. Med. J. 1990; 301: 688-690.

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

Weggeman M.; Leidinggeven aan Professionals. Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1992.

Zwan A. van der; Gezondheidszorg in tel 3 en 4, Utrecht; NZI; 1995 en 1996.

### 3. ONDERZOEK VAN EEN MANAGEMENT-TECHNOLOGIE; METHODOLOGISCHE AFWEGINGEN

#### 3.1. Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is toegelicht hoe de strategische context in de gezondheidszorg aanleiding geeft tot toenemende aandacht voor kwaliteit. In een van het bedrijfsleven verschillende fasering worden kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen geïntroduceerd. De afwegingen voor de keuze van een instelling<sup>1</sup> voor een bepaalde systeem lijken vooralsnog niet op in de literatuur gedocumenteerde resultaten te stoelen. Tevens is er reden tot twijfel over de bereikbaarheid van de beoogde meerwaarde, welke overigens in de regel meer in algemene strategische dan in concreet meetbare termen gedefinieerd is. Eerder is de vraagstelling voor dit proefschrift als volgt omschreven:

"Is er een uitspraak te doen over de toegevoegde waarde van de introductie, ontwikkeling en uitvoering van een kwaliteitssysteem in een gezondheidszorginstelling en welke aanbevelingen zijn aan de resultaten en opgedane ervaringen te verbinden".

Dit onderzoek vindt plaats in het overlappende gebied van de bedrijfskunde en de sociaal medische wetenschap, zich toespitsend op beleid en management in zorginstellingen. Bedrijfskundige methoden dienen daarbij op hun toepasbaarheid voor het vinden van een antwoord op de geformuleerde vraagstelling beoordeeld te worden. In het bijzonder zal op de bedrijfskundige benadering van technology assessment worden ingegaan, met als meer recente variant de methode van constructive technology assessment. Deze dient vergeleken te worden met in de gezondheidszorg gebruikelijke benaderingen, zoals medische technology assessment en programma-evaluatie. Op grond van een beoordeling van deze methoden in het licht van de onderzoeksvraag, zal in dit hoofdstuk een globale keuze voor een onderzoeksmethodologie gemaakt worden.

Een bijzonder aspect van dit onderzoek is de positie van de onderzoeker/schrijver. Deze heeft de gelegenheid gekregen als directielid en onderzoeker de introductie van een kwaliteitssysteem in een revalidatiecentrum te (bege)leiden en terzelfder tijd een evaluatie-onderzoek op te zetten. Deze wijze van onderzoek, vanuit het spelersperspectief, heeft een aantal voor- en nadelen welke beschreven zullen worden.

---

<sup>1</sup> Waar in dit proefschrift de term "instelling" wordt gebruikt, kan ook "organisatie" worden gelezen. Gezien het vervagen van grenzen tussen organisaties en de intramurale klank die het woord instelling met zich draagt, zou de term "organisatie" de voorkeur moeten krijgen. In het spraakgebruik is "instelling" soms echter meer voor de hand liggend.

De analyse van de verschillende onderdelen van het kwaliteitssysteem zal in de vorm van een aantal case-studies worden uitgevoerd. De mogelijkheden en beperkingen van case-studies en het al dan niet uitvoeren van vergelijkend onderzoek worden eveneens behandeld. Er is feitelijk sprake van twee soorten case-studies. Allereerst de case van het revalidatiecentrum als geheel en vervolgens de deel-cases gericht op onderdelen van het kwaliteitssysteem.

Afgesloten wordt met enkele conclusies ten aanzien van de te hanteren methode. Aangezien in elk hoofdstuk de bij het betreffende aspect van het kwaliteitssysteem passende onderzoeksmethode nader omschreven zal worden, heeft dit gedeelte een meer globaal en kaderstellend karakter.

Het onderzoeksmateriaal, de instelling waarin het onderzoek wordt uitgevoerd en de diverse onderdelen van het kwaliteitssysteem, zullen in hoofdstuk vier worden beschreven.

### **3.2. Bedrijfskundig onderzoek naar een management-technologie in een zorginstelling**

Eerder is technologie (in de gezondheidszorg) omschreven als "het gehele scala van diagnostiek, therapeutische mogelijkheden, procedures, organisatie-concepten en besturingstechnieken". Een kwaliteitssysteem als organisatie en besturingsconcept is dus als management-technologie te beschouwen (Casparie 1989).

De aard van de vraagstelling en de beoogde doelgroepen, voor wie de resultaten relevant kunnen zijn (professionals, instellingsmanagement, beleidsmakers), leidt tot de conclusie dat eerder van praktijkgericht dan van fundamenteel onderzoek sprake is. Het accent ligt dan bij "het leveren van een bijdrage in de vorm van kennis en inzicht" aan de oplossing van een praktisch probleem (Swanborn 1987).

De bedrijfskunde richt zich vooral op het ontwerpen en verbeteren van organisaties of onderdelen daarvan. In de literatuur zijn verschillende omschrijvingen van de wetenschappelijke positionering van de bedrijfskunde aangetroffen. Het kan als een empirische wetenschap getypeerd worden; echter niet het empirisch object (de processen in de organisatie, het management), maar de wijze van kijken, het kenobject, onderscheidt de bedrijfskunde van andere disciplines. Het gaat om verheldering, het genereren van inzicht, maar ook en vooral om verbetering en verandering (Van der Zwaan en van Engelen 1994). In hun visie worden daarbij empirische- en ontwerpmethoden toegepast. De Leeuw (1990) beschrijft de bedrijfskundige kennis als pluriform; een organisatievraagstuk kan uit verschillende gezichtshoeken bekeken worden. Van Aken (1994) gaat een



stap verder en maakt een onderscheid tussen empirische- en ontwerpwetenschappen. Empirische wetenschap houdt zich volgens hem vooral bezig met het beschrijven, verklaren en voorspellen van objecten (bijvoorbeeld de sociologie). Van ontwerpwetenschappen wordt de missie door hem omschreven als het ontwikkelen van kennis voor het oplossen van ontwerp-vraagstukken. In het ontwerponderzoek wordt ernaar gestreefd iets nieuws te creëren op basis van bestaande gegevens en met behulp van de bestaande theorie. Hij onderscheidt daarbij twee soorten problemen: constructieproblemen en verbeterproblemen. Constructie betreft het ontwerpen en realiseren van nog niet bestaande artefacten. Bij verbeterproblemen gaat het om het verbeteren van een bestaande entiteit. Van Aken (1994) schaarde onder andere de geneeskunde en de organisatiewetenschap onder de ontwerpwetenschappen. De ontwerpwetenschap is volgens hem met name van belang voor het doen van onderzoek vanuit spelersperspectief (zie ook 3.5.).

De bedrijfskunde heeft niet zozeer een eigen onderzoeksmethodologie ter beschikking. In de regel wordt gebruik gemaakt van reeds bestaande methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Het kenmerkende van de bedrijfskundige methodologie is dat die zich afspeelt in het spanningsveld van theorieontwikkeling en -toepassing in een bepaalde context. De kernmethodologie van de bedrijfskunde wordt door Van der Zwaan en Van Engelen (1994) als volgt beschreven:

" Al die methoden, recepten en technieken die van belang zijn bij de onderscheiden activiteiten van theorie-ontwikkeling en theorie-aanwending: respectievelijk verkenning, verklaring, toetsing en diagnose, constructie en invoering." "Daarvoor is een combinatie (idealerweise: integratie) gewenst van "empirische"-methoden en technieken en "ontwerp" methoden en technieken."

In de bedrijfskundige theorie kan onderscheid gemaakt worden tussen theorieontwikkeling en theorietoepassing. Bij de toepassing gaat het om de vraag van de werkzaamheid van de theorie bij de aanwending. Het introduceren van een management-technologie als een kwaliteitssysteem valt niet zozeer onder het begrip theorie-ontwikkeling, als wel onder theorie-toepassing. Daarbij worden de volgende stappen onderscheiden:

1. diagnose (doorlichting op manco's/zwakten)
2. constructie (aanpak/theorie/ontwerp)
3. invoering (implementatie/interventie) en/of verandering

Deze bij theorietoepassing behorende stappen worden ook gekenschetst als het ontwerpproces of de ontwerpcyclus. Voor het onderzoek dat in dit proefschrift beschreven wordt, is het van belang te constateren dat de diagnose en constructie- of ontwerpfase al voor een belangrijk deel gerealiseerd zijn. In een

bepaalde strategische context heeft de organisatie de keuze gemaakt voor de invoering van een kwaliteitssysteem. Het ontwerp staat vast, de implementatie en de verandering die teweeg wordt gebracht zijn onderwerp van onderzoek.

Hier dient echter een belangrijke nuance aangebracht te worden. Vanuit bedrijfskundig oogpunt is het onderzoek naar de ervaringen opgedaan tijdens de introductie van het kwaliteitssysteem en de lessen die daaruit voor andere organisaties getrokken kunnen worden, even belangrijk als het "resultaat" dat voor deze ene organisatie kan worden vastgesteld. Op deze wijze vindt niet alleen toepassing van bestaande kennis plaats, maar wordt ook nieuwe kennis gegenereerd. Dit pleit voor een nadruk op een beschrijvende benadering waarbij de empirische cyclus gebruikt kan worden (1. onderzoeksdoelstelling, 2. onderzoeksontwerp, 3. data verzameling, 4. data-analyse, 5. rapportages). Onderzoek, dat tot doel heeft om vast te stellen of een bepaalde oplossing voor een bepaald bedrijfskundig probleem in meerdere situaties kan worden toegepast, wordt ook wel ontwerpgericht onderzoek genoemd (Florusse en Wouters 1991). In het licht van de onderzoeksvraag lijkt deze vorm van bedrijfskundig onderzoek hier aangewezen.

Bij de evaluatie van de introductie van een management-technologie, zoals een kwaliteitssysteem, zal rekening moeten worden gehouden met de twee hoofdaccenten van het ontwerpproces: enerzijds het construeren van het systeem en anderzijds de inpassing in de sociaal dynamische werkelijkheid (Fisscher 1994); een andere term voor dat laatste is "relateren". Natuurlijk wordt een ontwerp geconstrueerd met het oog op een zo adequaat mogelijke aansluiting op de praktijk. Eerst wanneer de ontworpen technologie in de praktijk wordt ingevoerd, blijkt of men er mee omgaat als verwacht en of de vooraf beoogde doelstellingen haalbaar zijn. In de regel vindt op basis van de interactie met de praktijk een aanpassing van het oorspronkelijke ontwerp plaats. Deze processen van constructie en sociaal dynamische interactie vinden parallel plaats, beïnvloeden elkaar en zijn in zekere zin permanent. Hiermee wordt bedoeld dat de keuze voor een bepaald managementsysteem bepaald wordt door specifieke interne en externe kenmerken van een organisatie. Bij de introductie en verdere ontwikkeling vindt voortdurend beïnvloeding en aanpassing door de organisatie plaats. Het in de praktijk uitgevoerde model zal er anders uitzien dan het ontwerp vooraf en de te meten effecten kunnen dus evenzeer beïnvloed zijn door de techniek (in dit geval "het kwaliteitssysteem") als door het sociaal dynamische proces (cultuurverandering) of een combinatie van beide.

Meer in het bijzonder hebben Bossink c.s. (1993) beschreven hoe kwaliteitszorg pas goed van de grond komt als naast een goede uitwerking van de systeem-

technische kant voldoende aandacht bestaat voor sociaal dynamische processen. De interactie van het ontworpen systeem met de praktijksituatie blijkt van groot belang, de technische- en sociale organisatie context bepalen of een ontwerp geaccepteerd en geïmplementeerd, gemodificeerd of afgestoten wordt. De invloed van een veelheid aan "harde" en "zachte" factoren betekent dat de analysemethode ruimte moet bieden aan een diversiteit aan variabelen.

De algemene kenmerken van ontwerpgericht onderzoek moeten worden gelegd naast de specifieke eigenschappen van het kwaliteitssysteem om tot een meer concrete studie-opzet te kunnen komen. Het besluit om de meerwaarde van de introductie van een kwaliteitssysteem in het revalidatiecentrum te gaan onderzoeken, werd genomen toen het introductieproces reeds in gang was gezet. Een nulmeting is om deze reden niet voorhanden.

Op basis van bovenbeschreven theoretische overwegingen is het overigens zeer de vraag of een op grond van het ontworpen systeem opgezette nulmeting, na de sociaal-dynamische interactie en aanpassing en/of herziening, bij een nulmeting nog steeds relevante gegevens op zou leveren. Bovendien laat een organisatie zich niet als in een laboratoriumsituatie benaderen. Zeker op organisatieniveau komt het accent daarmee te liggen op een meer kwalitatieve benadering.

Zelfs in een simpele vorm bestaat een kwaliteitssysteem uit een aantal onderdelen of deelsystemen die separaat en/of parallel ontwikkeld moeten worden. Tevens is het per onderdeel waarschijnlijk dat de stappen uit het ontwerpproces worden doorlopen; de vooraf ontworpen of voorgestelde methodiek zal via bovenbeschreven mechanismen van construeren en relateren uiteindelijk een andere gedaante krijgen.

De ontwikkeling van het kwaliteitssysteem kan bovendien op verschillende aggregatieniveaus onderzocht worden: het kwaliteitssysteem, gericht op de organisatie als geheel, en daarnaast de diverse onderdelen of deelsystemen. Gezien het ontbreken van vergelijkingsmateriaal gaat het daarbij steeds om case-studies, maar, zoals reeds aangegeven op verschillend aggregatieniveau. Hoewel zij aangeven dat een nadeel is dat dan geen alternatieve ontwerpen worden getest, stellen Florusse en Wouters (1991) dat de case-study uitstekend kan worden toegepast in ontwerpgericht bedrijfskundig onderzoek. Enigszins strijdig met voorgaande opmerkingen over construeren en relateren, formuleren zij dat vooraf precies dient te worden aangegeven wat er in de case zal gaan gebeuren. Dat lijkt echter zelden haalbaar omdat inherent aan het ontwerpproces gaandeweg wijzigingen optreden. Indien de werking en de voorwaarden daarvan vooraf niet precies bekend is, zijn de conclusies met

betrekking tot de generaliseerbaarheid minder "hard"; met de uitkomsten zal zeer genuanceerd omgegaan dienen te worden.

Op basis van bovenstaande overwegingen wordt gekozen voor een onderzoekopzet waarbij enerzijds verschillende delen van het systeem als "case" afzonderlijk onderzocht worden. Anderzijds is het voor de beantwoording van de onderzoeksvraag evenzeer van belang dat een overall-analyse van het systeem als geheel gedaan wordt. Ondanks de uiteenlopende fasering, die in de diverse deelsystemen aanwezig kan zijn, wordt voor beide benaderingen gekozen: zowel een analyse op organisatieniveau als een aantal case-studies van de diverse deelsystemen. Het gaat dus om case-studies op het aggregatieniveau van de organisatie in zijn geheel en om deelcases op het niveau van onderdelen (of deelsystemen) van het kwaliteitssysteem.

De sociaal dynamische en systeemtechnische aspecten die de introductie van een kwaliteitssysteem in een zorginstelling kenmerken, vragen om een ontwerp- en analysemethode die daar voldoende rekening mee houdt (Van der Maas 1994). Naast (in meer technische zin) de bedrijfskundige kanten van het doen van onderzoek naar de effecten van invoering van een management-technologie, zijn de kenmerken van de omgeving waarin het onderzoek wordt uitgevoerd evenzeer van belang. Bedrijfskundige theorieën en methoden zijn in de gezondheidszorg zeker geldig, maar het is essentieel rekening te houden met kenmerkende verschillen met andere sectoren, welke tot een specifieke onderzoekopzet of andersoortige resultaten of conclusies zouden kunnen leiden. Het gaat daarbij niet alleen om de kenmerken van het zorverleningsproces; de professionals en met name de medici, spelen een zeer dominante rol. Er is sprake van een veelheid aan klanten (verwijzer, gebruiker, betaler) en "stakeholders" (maatschappelijke instanties, overheden, verzekeraars). De laatste groepering heeft een relatie met een ander belangrijk aspect, de sociaal maatschappelijke situering.

Het recht op gezondheidszorg als sociale voorziening is wettelijk vastgelegd; de sector heeft een sterk non-profit karakter. Er is sprake van een zorgsysteem met weinig flexibele taakverdelingen, veelal vastgelegd in een erkenning., waardoor er weinig concurrentie is. Bij het onderzoek dient daarom ruime aandacht besteed te worden aan meer inhoudelijke- en gezondheidszorg-eigen aspecten.

Van de bedrijfskundige methoden is dus vooral ontwerpgericht onderzoek aangewezen in de vorm van "cases" of "deelcases" op verschillend aggregatieniveau. Er zal, uitgaande van de eerder beschreven uitgangspunten, een keuze gemaakt moeten worden uit het domein van beleid en management in de

gezondheidszorg en het domein van de bedrijfskunde gebruikelijke evaluatie en assessment methoden. In dit hoofdstuk zal daarvan een meer algemene beschrijving gegeven worden, terwijl bij de diverse case-studies de methode meer toegespitst beschreven zal worden.

### 3.3. Technology assessment

Bij het doen van onderzoek naar de meerwaarde van een management-technologie ligt het voor de hand eerst in te gaan op vormen van technology assessment in de bedrijfskunde en vervolgens op technology assessment in de medische sfeer. Technologie wordt in het algemeen omschreven als "de leer van bewerkingen, hulpmiddelen en processen" in een bepaald vakgebied. In de gezondheidszorg vallen onder andere diagnostiek, therapeutische mogelijkheden, procedures en organisatie van de zorg, onder dit begrip (Habbema 1989). Het gaat daarbij dus niet slechts om de (harde) techniek, maar ook om kennis en organisatievormen.

#### Bedrijfskundig technology assessment

Simonse en Rip (1989) beschrijven de doelstelling van technology assessment als "het anticiperen op gevolgen in een zodanig stadium van besluitvorming over technologievernieuwing, dat eventuele ongewenste effecten zijn te voorkomen door heroverweging of aanpassing van geplande technologische veranderingen". Het is in zekere zin een beleidsinstrument. Zij omschrijven technology assessment als:

"Het vaststellen (in feite voorspellen) van de consequenties, effecten of gevolgen van de ontwikkeling en toepassing van nieuwe technologie in een zodanig vroeg stadium, dat een afweging kan leiden tot ofwel het zoeken naar andere mogelijkheden ofwel het zoeken naar aanpassingen in de ontwikkeling, het ontwerp en de toepassingen, zodat ongewenste gevolgen geminimaliseerd en gewenste gevolgen gemaximaliseerd worden". Deze definitie kenmerkt zich door het accent op een vroegtijdige analyse en bijsturing van de ontwikkeling van een bepaalde technologie.

Voorheen werd meer het accent gelegd op assessment van een uitontwikkelde technologie met de bedoeling de externe effecten in beeld te krijgen en eventueel tussen alternatieven te kunnen kiezen.

Geleidelijk is echter het besef ontstaan dat gedurende technologie-ontwikkeling voortdurend keuzes en aanpassingen plaatsvinden en dat dit proces dus in zekere mate stuurbaar is. De diffusie van nieuwe technologieën verloopt minder eenduidig dan door Rogers (1983) in diverse fasen beschreven is. Een technolo-

gie zal de door hem onderscheiden fasen van ontwikkeling, introductie, vroege adoptie, groei en stabilisatie (of afname) wel doormaken, maar er is grote kans dat de technologie of de wijze van gebruik zich in de loop der tijd wijzigt.

Het besef van de beïnvloedbaarheid van technologie ontwikkeling op basis van evaluatie-onderzoek (en de interactie met de praktijk) heeft geleid tot een aangepaste vorm van technology assessment; deze wordt Constructive Technology Assessment (CTA) genoemd (Schot 1992). Technologie kan zelden zonder aanpassingen binnen een organisatie worden toegepast; er zal ruimte moeten zijn voor aanpassing en verbetering van de technologie én de aspecten van de organisatie. CTA is bij uitstek op de voortgaande ontwikkeling van een bepaalde technologie gericht; tevens wordt niet slechts met de technologie zelf rekening gehouden. De essentie van CTA is dat tijdens de ontwikkeling van bepaalde technologieën continu keuzes gedaan worden over vorm, functie en wijze van gebruik. Technology assessment beïnvloedt de ontwikkeling van een technologie en krijgt zo een constructief karakter.

De verplichte invoering van kwaliteitszorg kan vergeleken worden met "technology forcing". Door het stellen van eisen kan de overheid de invoering van een nieuwe technologie willen afdwingen. Schot en Rip (1997) beschrijven dit als één van de benaderingen waarvoor CTA zeer geschikt is.

Er worden voor CTA enkele basisstrategieën beschreven: 1, het stimuleren van alternatieven waarbij in de praktijk blijkt welke technologie het beste aanslaat (variatie), 2, het wijzigen van omgevingsfactoren of markomstandigheden (selectie), 3, het leggen van een verbinding tussen variatie (1) en selectie (2). Bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in Het Roessingh is op organisatieniveau voornamelijk van de eerste vorm sprake; een beperking die daarbij noodgedwongen optreedt is dat in dit proefschrift één variant van een kwaliteitssysteem wordt onderzocht. Voor de deelsystemen geldt dit minder en kunnen verschillende strategieën van toepassing zijn.

Simonse en Rip (1989) stellen dat het de voorkeur heeft technology assessment uit te voeren op een niveau dat daadwerkelijk invloed heeft op de te nemen beslissingen. Er dient voldoende aandacht te bestaan voor de diverse belangen die bij de besluitvorming een rol kunnen spelen. Omdat technology assessment zich goed leent als beleidsinstrument, dienen naast kwantitatieve, ook kwalitatieve afwegingen een plaats te hebben. Alle relevante betrokkenen moeten, in hun visie, in de gelegenheid zijn eigen criteria en waarderingsgrondslagen in te brengen, teneinde aan de assessment daadwerkelijk een constructief karakter te geven.

Er zijn verschillende technology assessment onderzoeksmethoden waarvan niet bij voorbaat gesteld kan worden dat één de voorkeur heeft, omdat elke techno-

logie eigen kenmerken heeft waarvan verschillende aspecten onder uiteenlopende omstandigheden van belang kunnen zijn. Gemeenschappelijk kenmerk is de vroegtijdige verkenning van risico's, mogelijkheden en effecten van technologievernieuwing. Als één van de belangrijke onderzoeksmethoden voor TA wordt de "case study" genoemd (Simonse c.s. 1989). De volgende stappen worden daarbij onderscheiden:

1. afbakening van het probleem.
2. technologiebeschrijving (inclusief mogelijke ontwikkelingen)
3. beschrijving van de sociale context en mogelijke ontwikkelingen.
4. identificatie, analyse en evaluatie van effecten.
5. beleidsanalyse.

Hierbij wordt dus een sterk accent gelegd op het gebruik door organisaties als beleidsondersteunend instrument. Dit sluit aan bij de onderzoeksdoelstelling aanbevelingen te formuleren voor het management van zorginstellingen. In de beeldvorming heeft technology assessment in de industrie een zakelijk en kwantitatief imago; in de bedrijfskundige literatuur komt echter veeleer een kwalitatief accent naar voren met vooral ook aandacht voor de sociaal dynamische kanten (Simonse en Rip 1989, Schot 1992).

De benadering van constructieve technology assessment lijkt, gezien de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg verkeren, bij uitstek geschikt. Dit onderzoek speelt zich in één instelling - een revalidatiecentrum - af; het gebruik maken van case-studies ligt in aansluiting op het gestelde over bedrijfskundige onderzoeksmethoden het meest voor de hand.

### Medische Technology Assessment

Medische Technology Assessment (MTA) kan worden omschreven als onderzoek dat inzicht verschaft in de gevolgen van toepassing van medische technologieën ten behoeve van personen en instanties, betrokken bij besluitvorming over gezondheidszorg. Men probeert op deze wijze de kosten, baten en neven-effecten van onder meer gezondheidsprogramma's te evalueren. Er zijn verschillende definities in omloop; een brede definitie van technology assessment in de gezondheidszorg is "een gestructureerde analyse van een gezondheidstechnologie, van een groep van gerelateerde technologieën of een technologie gerelateerd aspect, die verricht wordt teneinde onderbouwing te bieden voor een beleidsbeslissing" (in het Engels opgestelde definitie van het Office of Technology Assessment - OTA, 1978 -, vertaald door het Rathenau Instituut 1996). Er bestaat een tendens om in plaats van het begrip medische technologie, gezondheidstechnologie te gebruiken; in de Angelsaksische literatuur wordt dan over "health care technology assessment" geschreven (HCTA). Hoewel het OTA (ingesteld door het Amerikaanse congres) ook organisaties en systemen tot

medische technologieën rekent, wordt de MTA meestal tot de "harde" technologie beperkt; ook hier gebruikt men verschillende methoden van evaluatie uit diverse wetenschapsterreinen. De belangrijkste redenen voor de toepassing van MTA zijn:

- de toename van diagnostische en therapeutische mogelijkheden.
- de toenemende vraag naar kwaliteit, zekerheid en informatie van de kant van de patiënt.
- de noodzaak van rationele besluitvorming in het licht van gewenste kosten-beheersing.
- de toenemende behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde beleidsvorming.

De MTA onderzoeken hebben een aantal gemeenschappelijke karakteristieken:

- het onderzoek is altijd gericht op ondersteuning bij beleid en besluitvorming.
- er is in de regel sprake van een synthese van technieken en informatie uit diverse disciplines en bronnen.
- het onderzoek is veelal interdisciplinair.
- wetenschappelijke eigenschappen zijn van groot belang.
- het is bijna altijd toekomstgericht.
- de rapportage moet geënt zijn op de maatschappelijke relevantie.

Er kunnen echter ook verschillen in de onderzoeksopzet onderkend worden. Deze hangen samen met de aard van de technologie, de wijze van informatieverwerking, de omvang van het onderzoek, de stand van zaken van het besluitvormingsproces en de relatieve nadruk op bepaalde aspecten (medisch, economisch, sociaal, ethisch) (Habbema 1989).

MTA wordt vaak vereenzelvigd met kosten-baten en kosten-effectiviteitsstudies (kwantitatief onderzoek in de klinisch medische sfeer). De onderzoeksprojecten die tot nu toe in Nederland zijn uitgevoerd, liggen meestal op het terrein van kostbare, recent ontwikkelde diagnostische of therapeutische technologieën (Rathenau Instituut 1996). Als voorbeelden zijn de blaasstimulatie bij dwarslaesiepatiënten, levertransplantaties en het nog lopende kosten-effectiviteitsonderzoek naar de inzet van een trauma-helikopter te noemen. Soms ligt een accent op andere, meer kwalitatieve vormen van onderzoek met een constructief karakter, eerder voor de hand. Er wordt gewerkt aan richtlijnen en standaarden voor MTA-onderzoek; te verwachten valt dat dit zich echter vooral tot de kosten-effectiviteitsstudie zal beperken (Elsinga 1996). Habbema e.a.(1989) geven nadrukkelijk aan dat ook andere vormen van sociaal wetenschappelijk onderzoek, zoals descriptief onderzoek en kwalitatief onderzoek onder deze noemer kunnen vallen. Zij wijzen daarbij ook op het synthetische karakter van MTA. Het onderzoek dient niet te zeer tot medisch-technische aspecten beperkt



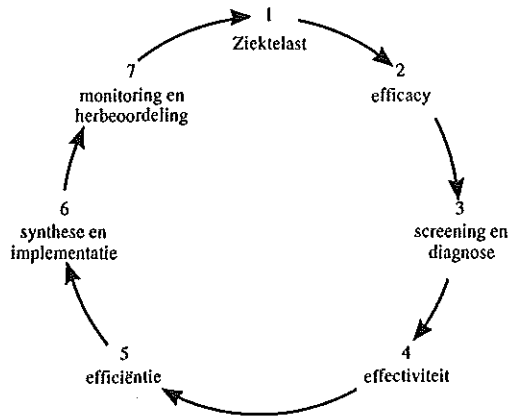
te worden. Naast aan financiën en medische effectiviteit dient ook aan organisatorische, juridische, ethische en sociale aspecten aandacht te worden besteed. Dit geldt zeker wanneer het om management-technologie gaat.

Recent werd ook uit de huisartsenwereld op grond van de gangbare praktijk nog eens benadrukt, dat technology assessment ruimer opgevat dient te worden om ook de ethische en organisatorische effecten van nieuwe technologie te kunnen beoordelen; men acht deze kwalitatieve aspecten in de huidige "assessment" praktijk onderbelicht (Willems en Schadé 1995). Zij doen de suggestie vaker te overwegen de methode van constructive technology assessment te gebruiken.

In de medische technology assessment zijn door Feeny c.s. (1986) een aantal stappen in een cyclus, de Technology Assessment Iterative Loop (zie fig. 3.1.), beschreven; van diagnose van het probleem (bepalen van de ziektelast) via bepaling van effectiviteit in de laboratorium-situatie en in de praktijk, het vaststellen van de efficiëntie en het beschrijven van de implementatie tot tenslotte monitoring en herbeoordeling. Dit is echter vooral beschreven voor medische diagnostiek en interventies. Wanneer de verschillende stappen uit deze "loop" worden gelegd naast de eerder beschreven kenmerken van constructive technology assessment, dan vallen twee zaken op. Allereerst wordt uitgegaan van een ontwikkelde technologie en ten tweede worden sociale, ethische en organisatorische effecten niet expliciet gesitueerd. Wel is er sprake van aanpassing van de technologie via een zich herhalende cyclus.

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem zijn de in de cyclus genoemde stappen moeilijk te plaatsen; bijvoorbeeld het begrip "bepaling van de ziektelast" voor deze management-technologie dient dan enigszins kunstmatig vertaald te worden. Analoog aan het begrip ziektelast zijn dan de strategische en organisatorische factoren, die leiden tot de conclusie dat kwaliteit georganiseerd moet worden. Een objectivering van de "ziektelast" in bijvoorbeeld "kwaliteitskosten" of "kwaliteitsniveau" is echter (per instelling) nog nauwelijks mogelijk.

Wanneer vervolgens geprobeerd wordt analoog aan deze cyclus te onderzoeken wat al bekend is over kwaliteitssystemen, dan is in hoofdstuk twee reeds geconstateerd dat daarover zeer fragmentarisch gegevens beschikbaar zijn.



Figuur 3.1.: *Technologie assessment iterative loop (Feeny c.s. 1986)*

Hoewel dit model van Feeny in de gezondheidszorg één van de meest gebruikte beschrijvingen van het proces van MTA is, worden in de literatuur ook enkele nadelen gesignaleerd. Op de inhoud van de technologie wordt nauwelijks ingegaan en voor de inhoudelijke gevolgen voor het beleid lijkt weinig ruimte (Boer 1996). Voor de onderzoeksvraag in dit proefschrift ligt het volgen van de door Simonse c.s. (1989) beschreven stappen, als onderdeel van case-studies, dus meer voor de hand. Bovendien leert de (bedrijfskundige) ervaring met technology assessment in organisaties, dat een meer kwalitatieve aanpak noodzakelijk is. Geconstateerd wordt dat waar van het voor de organisatie specifiek te ontwerpen systeem al nauwelijks algemene gegevens voorhanden zijn, de sociaal-dynamische inpassing in de werkelijkheid nog meer onzekerheden toevoegt (zie 3.2.) en technology assessment in traditionele zin, met vooral het accent op kosten en baten een weinig zinvolle benadering lijkt. Allereerst kan de werking van het systeem in vitro (te vergelijken met stap 2 het bepalen van de efficacy) niet uitgetoet worden. Ook de theorie van het bedrijfskundig ontwerpen geeft aan dat een management-technologie niet "sec" (in laboratorium omstandigheden) beoordeeld kan worden. Een meer sociaal wetenschappelijke, praktijkgerichte methode van assessment heeft de voorkeur als het om een management-technologie als een kwaliteitssysteem gaat. Dit leidt tot de conclusie dat voor onderzoek naar de meerwaarde van de invoering van een kwaliteitssysteem, de eerdergenoemde benadering met case-

studies, zoals beschreven door Simonse c.s. (1989), het meest geschikt lijkt. Gezien het ontwikkelingsstadium van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg is constructive technology assessment als methode het meest aangewezen is; daarbij zal één variant in een revalidatiecentrum onderzocht worden. Op grond van de methodologische afwegingen moet nu reeds worden geconstateerd dat het moeilijk zal zijn tot harde uitspraken over "de meerwaarde" te komen. Gezien de vele interne en externe variabelen en het ontwikkelingsstadium van de technologie zal het vooral gaan om "een poging tot". In het genereren van aanbevelingen voor verdere ontwikkeling komt met name het constructieve karakter van het onderzoek tot uiting.

### 3.4. Programma-evaluatie

Als alternatief voor technology assessment kan in de gezondheidszorg ook programma-evaluatie worden overwogen als methode van onderzoek naar de waarde van onderdelen van een kwaliteitssysteem. Een programma kan gedefinieerd worden als "een samenhangend stelsel van activiteiten en/of maatregelen, waarmee men bepaalde diensten kan verlenen of bepaalde effecten kan bewerkstelligen". Bij programma-evaluatie in de gezondheidszorg probeert men zich af te vragen wat met bepaalde activiteiten (het programma) geprobeerd wordt te bereiken en wordt informatie verzameld ter verificatie van de mate van realisatie van de doelstellingen, het bepalen van knelpunten en/of neveneffecten (Donker 1990). Als kenmerken van programma-evaluatie benoemt zij:

- gebruikmaking van methoden en technieken van onderzoek uit de sociale wetenschappen.
- het uitspreken van een waarde-oordeel over het feitelijk functioneren van een programma.
- vergelijking van feitelijk functioneren van het programma met de doelstelling ervan.
- de bedoeling bij te dragen aan betere, rationele, besluitvorming over het programma.
- het uiteindelijke doel is verbetering van zorgverlening.

Tevens wordt systematisch te werk gegaan en de uitkomsten zijn controleerbaar voor derden. Er worden verschillende omschrijvingen van programma-evaluatie gegeven; Donker inventariseerde in de regel vier gemeenschappelijk kenmerken:

- het onderzoeksobject is een programma.
- het gaat om beoordeling van dat programma.
- programma-evaluatie is onderzoek.

- het onderzoek is bedoeld verbetering te initiëren en daartoe moet het toegepast kunnen worden in de praktijk.

In zekere zin kan "programma" in dit kader worden opgevat als een containerbegrip. Elk samenhangend geheel van middelen dat wordt ingezet om bepaalde doelen te bereiken, kan een "programma" genoemd worden. Aangezien een programma daarbij nogal ruim omschreven wordt, zouden ook het kwaliteitssysteem of onderdelen daarvan als zodanig opgevat en volgens de principes van programma evaluatie onderzocht kunnen worden. De nadruk ligt vooral op bruikbaarheid en ondersteuning van besluitvorming; programma-evaluatie is dus erg context-gericht. Dit betekent dat aan de technische kwaliteit van het onderzoek minder hoge eisen worden gesteld dan in het geval van programma-research, die meer gericht is op theorievorming en op de lange termijn. Donker refereert daarbij aan Van de Vall (1980), die zelfs stelt dat "naarmate projecten van sociaal beleidsonderzoek in hogere mate voldoen aan de wetenschappelijke eis van methodologische nauwgezetheid, zij in geringere mate in de organisatorische beleidsvorming benut worden". Programma-evaluatie heeft vooral als doel iets toe te voegen aan het gebrek aan onderbouwing van en informatie over bepaalde programma's. Een maximale fundering middels zuiver wetenschappelijk onderzoek is in mindere mate het doel. Daar komt nog bij dat door het verrichten van onderzoek de belofde werkelijkheid en betrokkenen beïnvloed worden; dit gebeurt door de aandacht die aan de onderzochte populatie wordt besteed (ook wel beschreven als het Hawthorne effect) of door te reageren op de onderzoeksvoortgang. Een grote diversiteit aan onderzoeksmethoden is te gebruiken bij programma-evaluatie; verschillende onderzoeksdesigns en manieren van dataverzameling worden beschreven. Ook kwalitatieve analyse is te gebruiken. Programma-evaluatie wordt vooral toegepast bij gecompliceerde sociale en organisatorische processen waarbij men zicht wil krijgen op de aanwending van geïnvesteerde middelen en de behaalde resultaten. Harde technologieën in de sfeer van apparatuur, diagnostiek of therapeutische ingrepen, worden onder deze noemer zelden onderzocht. Donker constateert dat vergelijkbaar onderzoek in andere maatschappelijke sectoren meestal onder andere naam bekend staat. Zij stelt dat programma-evaluatie zich nauwelijks door een eigen onderzoeksobject of -methodologie kenmerkt, maar veeleer door een bepaalde visie op de toepassing van wetenschappelijk onderzoek. Zowel de doelstelling van zuiver wetenschappelijk onderzoek, kennisvermeerdering, als die van actie-onderzoek, veranderingen van het onderzoeksobject, worden tegelijk nagestreefd. Deze beide laatste aspecten zijn eerder, in andere termen, ook voor bedrijfskundige ontwerpmethoden en technology assessment beschreven. Gezien de eerder omschreven definities en kenmerken van programma-evaluatie wordt onderzoek naar interventies op organisatieniveau dus niet

uitgesloten. Evaluatie van op behandelprogramma's, doelgroepen of kwaliteitsdeelsystemen gerichte activiteiten valt eerder onder deze noemer.

Specifiek in de revalidatie is vooral in de Verenigde Staten ervaring opgedaan met programma-evaluatie. De CARF (Committee on Accreditation of Rehabilitation Facilities) stelt voor revalidatie-instellingen een systeem van regelmatig "outcome-measurement" middels "program-evaluation" verplicht. Als definitie wordt gehanteerd:

"Programma-evaluatie is een verklarend systeem dat kwalitatieve en kwantitatieve maatstaven van bereikte resultaten vergelijkt met gewenste resultaten. Het is een barometer voor effectiviteit en efficiency van gebruikte middelen en dient als basis voor strategische planning en marktpositionering". Programma-evaluatie wordt daar dus exclusief in het kader van resultaatmeting van de revalidatiebehandeling gebruikt.

In Nederland is tussen 1992 en 1994 een proefproject met programma-evaluatie in de revalidatie uitgevoerd (VIR 1994) uitgaande van het CARF-model. Ten gevolge van het, zonder voldoende verificatie vooraf, overnemen van de Amerikaanse methodiek én problemen met de bijbehorende automatisering, was het geheel meer een leerproces voor de betrokken centra dan dat daadwerkelijk evaluatie plaats vond. De programma-evaluatie was zodanig praktijkgericht dat aan basale uitgangspunten van sociaal-wetenschappelijk onderzoek te weinig aandacht is besteed. Wel werd aanbevolen verdere ervaringen met deze evaluatiemethode op te gaan doen.

De methodologische principes van programma evaluatie blijken dus van toepassing te zijn voor het benaderen van de onderzoeksvragen, vooral wat de onderdelen van het kwaliteitssysteem betreft. Vastgesteld kan worden dat de eerder omschreven doelstelling van (constructive) technology assessment sterke overeenkomst vertoont met het hierboven omschreven doel van programma evaluatie, met name voor sociale en organisatorische processen.

Ook op basis van de in de literatuur beschreven methoden kan gesteld worden, dat er - zeker op programma- of deelsysteemniveau - weinig verschil tussen beide benaderingen bestaat. Hierbij wordt dus de eenzijdig op kwantitatieve methoden gebaseerde "klassieke" benadering van medische technology assessment voor het onderzoek naar de meerwaarde van een management-technologie verworpen.

### 3.5. Onderzoek vanuit "spelersperspectief"

Het verdient aanbeveling in te gaan op de diverse rollen van de onderzoeker. Primair leidinggevende bij de organisatie die beschreven wordt, en als zodanig verantwoordelijk voor goede resultaten van de introductie van het kwaliteitssysteem in het kader van de organisatie ontwikkeling. Secundair als onderzoeker. De combinatie van deze rollen kan vragen oproepen over de wetenschappelijke waarde van de te presenteren resultaten.

In de culturele antropologie is het begrip "participerende observatie" ontwikkeld. Hierbij neemt de onderzoeker gedurende een omschreven periode deel aan de cultuur (een volk, groep of organisatie-onderdeel) die hij wil onderzoeken. Door de observatie van binnenuit wordt, indien systematisch uitgevoerd, toch zoveel mogelijk een objectieve beschrijving van het onderzoeksobject gerealiseerd. De cultureel antropoloog kan namelijk in de regel onbevungen observeren en na afloop met zijn informatie vertrekken; het is in dergelijk onderzoek niet gebruikelijk dat de onderzoeker als aanjager van de introductie van een veranderingsproces fungeert. Die uitgangspunten zijn belangrijke verschillen met de situatie van dit onderzoek. Bij onderzoek vanuit spelersperspectief door een directielid van een instelling wordt het onderzoeksterrein door de onderzoeker na afronding van de project- of onderzoeksfase niet verlaten.

Hoewel door de organisatie de keuze voor een projectmatige invulling van een integraal kwaliteitssysteem reeds langere tijd is gedaan vóór de beslissing werd genomen tot het beschrijven van de opgedane ervaringen, bestaat toch het risico van een belangenconflict. Heeft de schrijver niet beide, als onderzoeker én als directielid belang bij een succesvolle introductie van het door hem beschreven systeem in "zijn" organisatie?

Objectief gezien zou ook de directeur gediend zijn bij het onder ogen zien van eventuele negatieve uitkomsten omdat dan "zijn" organisatie als eerste van deze ervaringen leert. Een grondige en correcte analyse zou ook voor de directeur steeds uitgangspunt moeten zijn voor het doen van volgende stappen. Alleen al het transparant maken van de analyse geeft betere garanties voor objectiviteit dan een meer impliciete benadering (De Leeuw 1986).

In de bedrijfskundige literatuur wordt bij het ontwerpen en verbeteren van organisaties ook van "organisatiekunde" gesproken. Bij ontwerpmodellen vindt volgens van Aken (1994) vaak eerst een vorm van existentiebewijs plaats: onderzocht wordt of een model voor een bepaalde situatie werkt, alvorens onderzocht kan worden voor welke situaties gebruik eveneens waarde kan hebben. Contingentiefactoren zijn hierbij van groot belang. Inzicht in de contingentie-aspecten die van invloed zijn op de (mate van) effectiviteit en de

vormgeving van een managementtechnologie, maakt een betere inschatting van de kansen op generalisatie mogelijk. Hij pleit in het kader van ontwerpgericht onderzoek juist voor het doen van onderzoek vanuit "spelersperspectief". Dit omdat -in analogie met de geneeskunde- niet zozeer de vraag is wat de kans op succes is in het algemeen, maar veeleer wat het effect van het ontwerp in zijn unieke situatie zal zijn. Door het inzicht in alle contingente factoren wordt de validiteit van de bevindingen en de aanbevelingen voor verbetering vergroot, zeker bij ingewikkelde organisatievraagstukken. De onderzoeker dient zich wel van het risico van "bedrijfsblindheid" bewust te zijn. Bij het beschrijven van de resultaten en ervaringen gaat het dus in eerste instantie om de specifieke situatie; in tweede instantie kan vervolgens een poging tot generalisatie gedaan worden. Dit betekent dat de resultaten van evaluatie van onderdelen van een kwaliteitssysteem, zowel door de kenmerken van de ontwerpcyclus als de onderzoeksmethode, vooral voor één unieke situatie gelden en dat het generaliseren van deze uitkomsten niet eenvoudig zal zijn.

### 3.6. Het revalidatiecentrum als "case"

Bij het doen van evaluatie-onderzoek naar de werkzaamheid van een management-technologie kan men zich beperken tot het door Van Aken geschetste "existentiebewijs", een onderzoeksbenadering die goed bij het "spelersperspectief" past.

Wanneer de introductie van het kwaliteitssysteem als interventie wordt beschouwd, ligt het voor de hand te overwegen of het mogelijk is in een vergelijkend onderzoek met andere organisaties na te gaan of (significante) verschillen in functioneren of prestaties aantoonbaar zijn. In de Nederlandse gezondheidszorg bestaat echter geen werkbaar systeem voor vergelijken van organisaties aan de hand van prestatie-indicatoren. In de revalidatiebranche zijn slechts 23 centra actief, waarvan maximaal 6 van een vergelijkbare omvang als Het Roessingh. Elk van deze centra heeft weer zodanige door lokale omstandigheden of ontwikkelingen bepaalde kenmerken, dat vergelijking bijzonder moeilijk is. Tevens staat op voorhand vast dat er vele, mogelijk beïnvloedende, variabelen in het spel zijn. Bij het onderzoeken van de meerwaarde van het systeem als geheel moet dus rekening gehouden worden met het feit dat een organisatie met vergelijkbare structuur, omvang, activiteitenpatroon en ontwikkelingsfase niet te vinden zal zijn. Menig revalidatiecentrum onderneemt bovendien reeds enige actie op het gebied van kwaliteitszorg en de fasering daarvan zal ook verschillen. Een vergelijkende studie met een andere organisatie als controle is slechts mogelijk als in een grondige analyse de mate van vergelijkbaarheid is vastgesteld; in het kader van dit onderzoek was dat niet mogelijk. Op basis van

de bevindingen in dit proefschrift zal het opzetten van een dergelijke vergelijking in de toekomst beter mogelijk zijn.

Een organisatiekundige benadering vanuit spelersperspectief kan onder deze omstandigheden een geschikte benadering zijn. De organisatiekundige als professional gebruikt een regulatieve cyclus voor het oplossen van problemen (van Strien 1986). Grofweg bestaat deze uit: probleemkeuze, ontwerp van de ingreep, doorvoeren van de ingreep en evaluatie. Dit vertoont verrassende gelijkenis met het door Wulff (1980) omschreven stroomdiagram van het klinisch beslissingsproces. Van Aken (1994) concludeert dan ook dat de geneeskunde als "moeder van de ontwerpwetenschappen" zou kunnen worden beschouwd.

Omdat algemene ontwerp kennis naar het specifieke geval moet worden vertaald, geeft juist het doen van onderzoek vanuit spelersperspectief mede zicht op de analogie-systematiek: waarom werkt dit ontwerp wel of niet in de gegeven situatie. Voor het opbouwen van kennis over de meerwaarde van de introductie van onderdelen van een kwaliteitssysteem en het doen van beleidsaanbevelingen, kan dit dus ook een voordeel betekenen.

Onderzoek doen naar organisatie-processen vanuit spelersperspectief in een organisatie als "case" heeft dus voordelen en kan theoretisch ook verantwoord en ingekaderd worden.

Naast de benadering van de organisatie in zijn geheel als "case", wordt de case-study ook gebruikt voor onderzoek naar de ontwikkeling van deelsystemen, zoals bijvoorbeeld marktonderzoek en resultaatmeting.

### **3.7. Methodologische keuzes - conclusie**

De vraagstelling naar de meerwaarde van de introductie (van onderdelen) van een kwaliteitssysteem, is rekening houdend met het beschrevene over methodologie en de strategische context, niet eenvoudig te operationaliseren.

Er is namelijk geen strikt definieerbare onafhankelijke variabele: het kwaliteitssysteem is in ontwikkeling/uitvoering, het wordt gaandeweg ontworpen. De afhankelijke variabele, de meerwaarde, is op vele wijzen te beschrijven maar niet in vooraf vast te stellen meetbare termen. Bovendien zijn sociaal-dynamische aspecten van groot belang en mag verwacht worden dat bevindingen vooral op dit gebied zullen liggen en tevens een grote mate van beleidsrelevantie zullen hebben. Aandacht dient te worden besteed aan de waarderingsgrondslagen van de diverse belanghebbenden. Dit kan vanuit het oogpunt van de klant (de gebruiker), de medewerker (als deel van de organisatie) of andere "stakeholders" in de omgeving (de marktpositie). Daarnaast zijn er veel invloe-



den vanuit de strategische context die vanuit het gezichtspunt van de onderzoeker niet constant of niet vergelijkbaar zijn: bezuinigingen, concurrentie in de regio, overheidsmaatregelen, reorganisaties etc. Het onderzoek moet dus uitgevoerd worden in een zeer dynamische situatie: het onderzoeksobject is in ontwikkeling, de omstandigheden en externe invloeden wijzigen zich en het resultaat laat zich, op voor diverse belanghebbenden verschillende wijze, niet vooraf in meetbare termen definiëren. Dit alles leidt tot de volgende opzet van deze studie, die te plaatsen is onder de noemer van Constructive Technology Assessment. Binnen het kader van CTA gaat het om een poging tot het aantonen van de meerwaarde van het kwaliteitssysteem voor de organisatie en het genereren van aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van deze management technologie.

Allereerst wordt volgens de theorie van het bedrijfskundig ontwerpen, aan de hand van Het Centrum voor Revalidatie, het ontwerp, de introductie en uitwerking van een kwaliteitssysteem (als nieuwe technologie) beschreven.

Vervolgens wordt meer specifiek onderzocht of de introductie en inbedding van het systeem of onderdelen daarvan in de organisatie past bij het ontwerp en of een meerwaarde aantoonbaar is. Dit gaat door middel van een aantal case-studies, waarbij het aggregatieniveau kan verschillen. In enkele hoofdstukken (vijf en tien) op het niveau van de organisatie als geheel, in de overige op behandelprogramma- of doelgroepniveau (6, 7, 8, 9). Met name bij de deel-case-studies wordt een vorm van programma-evaluatie gebruikt. Omdat per case-study de fasering van de ontwerpcyclus kan verschillen, er verschillende afhankelijke variabelen gehanteerd kunnen worden en de beoordeling daarvan bij verschillende belanghebbenden, binnen of buiten de organisatie kan liggen, zal per onderdeel, uitgaande van de in dit hoofdstuk beschreven principes, een evaluatiemethode uitgewerkt moeten worden. Dat geldt ook voor de in hoofdstuk tien te beschrijven analyse van de stand van zaken en de meerwaarde van de introductie van het kwaliteitssysteem voor de organisatie als geheel.

In elke (deel)case zal worden nagestreefd aanbevelingen te genereren voor een zo optimaal mogelijke inhoudelijke invulling en sociaal-dynamische inpassing van (de onderdelen van) het te ontwikkelen kwaliteitssysteem.

### LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 3

Aken J.E. van; Het ontwikkelen van wetenschappelijke kennis voor organisatieprofessionals vanuit spelersperspectief. *Management en Organisatie* 1994; 4: 388 - 404.

Boer A.; *Technology Assessment*. *Medisch Contact* 1996; 49: 1581-1584.

Bossink B.A.G., Gieskes J.F.B., Fisscher O.A.M.; (red.) *Kwaliteitsmanagement in beeld*; Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen 1993.

Casparie A.F.; *Kwaliteit in de gezondheidszorg*. *Medisch Contact* 1989; 44: 477-482.

Donker M.; *Principes en praktijk van programma evaluatie*. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid Utrecht; 1990.

Elsinga E.; *Het gebruik van MTA*. *Medisch Contact* 1996; 51: 447-450.

Feeny D. c.s.; *Health Care technology; Effectiveness, efficiency and public policy*. Institute for Research on Public Policy, Quebec 1986.

Fisscher O.A.M.; *Kwaliteitsmanagement en bedrijfsethisch handelen*. Inaugurale rede. Universiteit Twente, Enschede. 1994.

Florusse L.B., Wouters M.J.F.; *Beperkt generaliseren vanuit de case-study*. *M&O*, 1991: 45; 198-209.

Habbema J.D.F.; *Hoofdstuk 2 in: Medisch Technologisch Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen aan de Rijn, Samson Stafleu, 1989.

Habbema J.D.F. e.a.; *Medische Technologie Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen a/d Rijn. Samson Stafleu, 1989.

Leeuw A.C.J. de; *Organisaties: management, analyse, ontwerp en verandering*. Assen/Maastricht; Van Gorcum 1986.

Leeuw A.C.J. de; *Bedrijfskundige methodologie; management van onderzoek*. Assen/Maastricht, Van Gorcum, 1990.

Maas P.J. van der; *Kwaliteit van zorg en wetenschappelijk onderzoek*. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1994; 138: 2180-2182.

OTA (Office of Technology Assessment); *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies*. Washington D.C. U.S. Congress Publ. no. OTA-H-75, 1978.

Rathenau Instituut (red.); *De organisatie van Technology assessment in de gezondheidszorg in Nederland*. Den Haag. Rathenau Instituut, 1996.

Rogers E.M.; *Diffusion of innovations*. New York, The Free Press. 1983.

Schot J.W.; *Constructive Technology Assessment and Technology Dynamics: the case of clear technologies science*. *Technology and Human Values*, 1992; 17: 36-56.

Schot J, Rip A; *The past and future of Constructive Technology Assessment*. *Technological Forecasting and Social Change* 1997; 54: 261-268.

Simonse A. en Rip A.; Hoofdstuk I in: Simonse A., Kerkhoff W., Rip A.; Technology Assessment in ondernemingen, Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen. 1989.

Strien P.J. van; Praktijk als Wetenschap; Assen, Van Gorcum, 1986.

Swanborn P.G.; Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Boom, Meppel/Amsterdam, 1987.

VIR (Vereniging Informatieverwerking Revalidatiecentra); Revalidatieproductgroepen transparant. Arnhem, 1994.

Willems D., Schadé E.; Sociale en normatieve aspecten van medische technologie. Ned. Tijdsch. Geneesk. 139; 1995: 1752-1754.

Wulff H.R.; Principes van het klinisch denken en handelen. Bohn, Scheltema, Holkema, Utrecht 1980.

Zwaan A.H. van der, Engelen J.M.L. van; Bedrijfskundige methodologie 1; Bedrijfskunde 66; 1994: 27-35.

Zwaan A.H. van der, Engelen J.M.L. van; Bedrijfskundige methodologie 2; Bedrijfskunde 66; 1994: 85-104.



## **4. DE ORGANISATORISCHE SETTING - DE REVALIDATIEZORG EN HET REVALIDATIECENTRUM - EN HET ONTWERP-KWALITEITS-SYSTEEM**

### **4.1. Inleiding**

Binnen zijn strategische context, is het centrum voor revalidatie de setting waarin het invoeren van het kwaliteitssysteem en het onderzoek daarnaar, plaatsvindt. Tevens levert het revalidatiecentrum het onderzoeksmateriaal. Daarom wordt in dit hoofdstuk allereerst een toelichting gegeven op het begrip revalidatie en de aard en omvang van de revalidatiezorg in Nederland.

Aandacht wordt besteed aan de specifieke kenmerken van Het Roessingh evenals de mate waarin verwacht mag worden dat de, op basis van de ontwikkelingen in deze organisatie, getrokken conclusies generaliseerbaar zijn voor organisaties in de gezondheidszorg in brede zin.

Vervolgens zal aan de hand van de stappen uit de bedrijfskundige ontwerp-cyclus de keuze voor en uitwerking van het kwaliteitssysteem in het revalidatiecentrum Het Roessingh worden beschreven.

### **4.2. Revalidatie in Nederland**

#### **4.2.1. Ontwikkeling en huidige situatie**

Revalidatie is als onderdeel van de medisch specialistische geneeskunde vooral tot ontwikkeling gekomen na de Tweede Wereldoorlog. De aanwezigheid van vele gehandicapte oorlogsinvaliden (bijvoorbeeld multitraumatiseés, amputatiepatiënten en mensen met dwarslaesies) leidde in Nederland tot de oprichting van een aantal revalidatiecentra, waaronder Het Roessingh in Enschede (1948). Nadat in 1956 het medisch specialisme "revalidatiegeneeskunde" was erkend, heeft het nog jaren geduurd voor er ook de facto sprake was van erkenning in de dagelijkse praktijk. Met name de noodzaak van het inschakelen van de revalidatiearts werd aanvankelijk ontkend door bijvoorbeeld overwegend conservatief werkende orthopedisch chirurgen en reumatologen. Nog steeds is dit feitelijke erkenningsproces niet afgerond, alleen al omdat nog niet in alle algemene ziekenhuizen revalidatieartsen werkzaam zijn.

Het begrip "revalidatie" wordt op verschillende wijze gebruikt. Variërend van: de revalidatie van de geblesseerde sporter, tot: de revalidatie van de dwarslaesie patiënt. In het eerste geval kan het gaan om een aantal sessies fysiotherapie in de eerste lijn en in het tweede geval om een ingewikkeld multidisciplinair

behandelproces van een aantal maanden onder leiding van een medisch specialist.

De World Health Organisation omschrijft revalidatie als het gecoördineerd en gecombineerd gebruik van maatregelen op medisch, sociaal, arbeidstechnisch en onderwijskundig terrein, die de gehandicapte op de voor hem/haar optimale plaats moet helpen.

Revalidatie kan plaatsvinden op verschillende organisatorische niveaus. Allereerst de basisrevalidatie, welke in de eerste lijn of het verpleeghuis plaatsvindt. Vervolgens de specialistische revalidatiezorg, welke door de verschillende centra voor revalidatie en ziekenhuizen wordt aangeboden.

De revalidatiegeneeskunde onderscheidt in de activiteiten van de medisch specialist vier niveaus.

1. Advisering en behandeling zonder inzet van een revalidatieteam (polikliniekbezoek, consult).
2. Diagnostiek en behandeling met behulp van een teambenadering.
3. Diagnostiek en behandeling met inzet van een revalidatieteam en behoefte aan bijzondere kennis, middelen en infrastructuur.
4. Topreferentiezorg voor bepaalde diagnosegroepen.

Revalidatiecentra verlenen medisch-specialistische revalidatiezorg op elk van deze niveaus. Deze zorg wordt aangewend om complexe of ingrijpende beperkingen en handicaps, samenhangend met stoornissen en/of beperkingen in het bewegingsvermogen, te voorkomen, herstellen of verminderen. Daarbij is veelal een team van diverse paramedici en andere professionals betrokken.

In Nederland zijn er 23 revalidatiecentra. In de regel worden zowel kinderen als volwassenen in klinische vorm en in het kader van de dagbehandeling geholpen (VRIN 1994). De laatste 10 jaar is er toenemend sprake van netwerkvorming. De revalidatie wordt zo dicht mogelijk bij de patiënt aangeboden; hiertoe wordt in samenwerking met verpleeg- en ziekenhuizen een netwerk opgebouwd van consulentschappen, revalidatie poliklinieken en gedecentraliseerde dagbehandelingsunits. De complexe en klinische revalidatiezorg blijft in de centra zelf geconcentreerd.

In de revalidatie in Nederland is door de loondienstverhouding van alle professionals (inclusief medisch specialisten) al langer een situatie van sterke management invloed. Dit vergroot de kans dat er toenemend sprake is van een situatie met "shared values"; dit kan mede onderbouwd worden met het gegeven, dat revalidatiegeneeskunde een jong specialisme is en de ontwikkeling van het specialisme parallel liep met de managementontwikkeling in de centra. Men

mag aannemen dat er een relatief grote mate van (wederzijdse) beïnvloeding is en dat de belangen van management en (medische) professionals vergaand met elkaar overeenstemmen.

In het verleden is verzuimd de academische functie voor de revalidatie in samenhang met de topklinische voorzieningen op te bouwen. Daardoor vindt men de academische werkplaatsfunctie voor dit specialisme veeleer bij de grotere centra (bijvoorbeeld met een erkenning voor dwarslaesie behandeling) dan bij de medische faculteiten. Hierdoor wordt de ontwikkeling van het vak bemoeilijkt. Er zijn (medio 1997) aan de acht medische faculteiten slechts drie gewone hoogleraren revalidatiegeneeskunde. Deze vakgroepen bevinden zich op (grote) afstand van de topreferentie- en "academische" werkplaatsfunctie, die als vanzelf in enkele grotere revalidatiecentra ontstaan is.

Qua aantal personeelsleden, medisch specialisten en patiëntenaantallen én -doorstroming, bevinden de grotere revalidatiecentra zich, wat omvang en complexiteit van de organisatie betreft, tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen. Het specialistische niveau, de snelheid van doorstroming en de grotere belastbaarheid (en de gemiddelde leeftijd) van de revalidant, vormen inhoudelijk het verschil met de verpleeghuisrevalidatie. In het algemeen ziekenhuis is er sprake van een grotere organisatie, een snellere patiëntendoorstroming en vaak veel meer verschillende (vrijgevestigde) medisch specialismen; de complexiteit is daar groter.

Voor de generalisatie van bevindingen uit dit onderzoek moet daar rekening mee worden gehouden (zie ook 4.5.).

#### 4.2.2. Kenmerken van de revalidatiebehandeling

Voor het organiseren van de kwaliteit van de revalidatie behandeling is een nadere omschrijving van een aantal kenmerken van de patiënt en de wijze van werken van belang. Dit sluit aan bij de omschrijving van het begrip kwaliteit in hoofdstuk 2.2.

Het gaat bij deze patiënten (of revalidanten) niet zozeer om de medische diagnose, maar veeleer om die aspecten van het functioneren die een sociaal-maatschappelijke (re)integratie in de weg staan. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij het door de Wereld Gezondheids Organisatie (W.H.O.) ontwikkelde model, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen oorzaken (ziekten, aandoeningen, ongevallen) en de daaruit voortkomende stoornissen, beperkingen en handicaps (S.B.H.). Het gaat hier om de International Classification of Impairment, Disability and Handicap (I.C.I.D.H.), een coderingssysteem dat aansluit bij de International Classification of Diseases (I.C.D.) (zie ook NRV 1994).

Een stoornis is een afwijking van de structuur of functie van een deel van het lichaam. Een beperking geeft de moeite en mogelijkheden aan die men heeft bij het uitoefenen van die functie. De handicap beschrijft de sociaal maatschappelijke (on)mogelijkheden van betrokkene als gevolg daarvan.

De revalidatiegeneeskunde in Nederland benadert deze gebieden gestructureerd volgens het SAMPC-model: achtereenvolgens worden Somatische, ADL, Maatschappelijke, Psychische en Communicatieve aspecten op stoornissen, beperkingen en handicaps onderzocht om tot een revalidatiediagnose en behandelplan te komen. Onder leiding van de revalidatiearts gaat vervolgens een team van relevante professionals aan de slag. Het kan gaan om: verpleegkundige, fysiotherapeut, bewegingsagoog, logopedist, ergotherapeut, maatschappelijk werkende, arbeidstherapeut/onderzoeker, technicus, psycholoog, orthopedagoog, creatief therapeut en activiteiten therapeut.

Bij de behandeling kan onderscheid gemaakt worden tussen vaste- (veelal in groepsvorm) en individueel aangepaste programma's. In het laatste geval (bijvoorbeeld bij de CVA-patiënt) wordt per patiënt een wisselende combinatie aan stoornissen, beperkingen en handicaps behandeld. Omdat verschillende stoornissen en beperkingen door een variërende combinatie van therapeuten behandeld moeten worden, kan met name bij individuele behandeling de teamsamenstelling nogal wisselen. Het tempo van verbetering is individueel bepaald en sommige fasen van behandeling hangen voorwaardelijk met elkaar samen. Zo is een rolstoelhindernisoefening voor een dwarslaesiepatiënt die zijn houding nog niet kan handhaven, weinig zinvol. Door de vele mogelijke combinaties van variabelen wordt er, zeker als het om vele honderden patiënten tegelijk gaat, nogal wat van de organisatie en coördinatie gevraagd.

De communicatie tussen de behandelteamleden verloopt via schriftelijke berichtgeving, informele contacten en regelmatige patiëntenbesprekingen. De directe behandeltime is voor de patiënt en ook in de opbouw van het instellingsbudget een belangrijke bepalende factor. Niettemin is de afstemming in de indirect patiëntgebonden sfeer absoluut noodzakelijk voor de coördinatie ten behoeve van een efficiënte behandeling en een goed behandelresultaat.

Verwijzing naar de revalidatiearts verloopt rechtstreeks door de huisarts of via andere medisch specialisten (zoals neuroloog, orthopedisch chirurg, algemeen chirurg, reumatoloog en kinderarts). Indien klinische revalidatie overwogen wordt, komt de in het betrokken ziekenhuis werkzame revalidatiearts veelal eerst in consult om de indicatie voor klinische revalidatie te stellen en de overplaatsing te bespoedigen. Na ontslag uit revalidatiebehandeling vindt overdracht aan de thuiszorg en/of huisarts plaats. Adequate nazorg wordt nog weleens als een probleem ervaren (de Witte 1991).



Binnen deze complexe organisatie is het niet eenvoudig het begrip kwaliteit nader te definiëren; daartoe zal nog preciezer op het beoogde voortbrengingsproces gefocust dienen te worden én de positie van de beschouwer (manager, behandelaar, patiënt, verzekeraar) dienen te worden bepaald.

#### 4.2.3. Kwaliteitsbeleid in de revalidatiebranche

Het "organiseren van kwaliteit" van het primaire proces is in de bovenbeschreven omgeving niet eenvoudig. Voor kwaliteitszorg in revalidatiecentra bestaan (en bestonden ten tijde van de start van de in dit proefschrift beschreven ontwikkeling) geen voorbeelden of referentiekaders. In de Verenigde Staten was door de Commission en Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) weliswaar een accreditatiemodel in gebruik, maar dat was meer op structurele aspecten dan op een dynamische aanpak van kwaliteitszorg gericht. In 1993 heeft de VRIN - de Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland - het bedrijfsketenmodel, gebaseerd op de ISO-NEN-9004-2 richtlijn, als uitgangspunt voor haar kwaliteitsbeleid geformuleerd (zie fig. 4.2.).

Deze keuze werd vooral ingegeven door de externe druk van wijzigingen in het zorgstelsel zoals destijds geïntroduceerd door staatssecretaris Simons, met name de dreiging van het wegvallen van oude zekerheden en de introductie van marktelementen. Zo werd in 1992 de erkenningsbeschikking afgeschaft, zou er op prijs en kwaliteit geconcurrereerd moeten gaan worden en zouden vaste budgetonderdelen minder vanzelfsprekend worden. De VRIN heeft er uit profileringsmotieven voor gekozen prioriteit te geven aan de ontwikkeling van een globaal marktonderzoek instrument, een beschrijving van de kenmerkende aspecten van het revalidatieproces en een systeem van externe toetsing. Dit laatste traject is in 1995 uitgeprobeerd en is in 1996 ingevoerd. Een extern referentiekader voor de kwaliteit van revalidatiecentra is dus in ontwikkeling. Voorbeelden van - of aanbevelingen voor bepaalde kwaliteitssystemen zijn er echter nog niet.

Er bestond ten tijde van de start van de kwaliteitszorgactiviteiten van Het Roessingh geen expliciet kwaliteitsbeleid van professionals, werkzaam in de revalidatiecentra. De Vereniging voor Revalidatieartsen (VRA) heeft zich aanvankelijk voornamelijk gericht op het verbeteren van de opleiding tot revalidatiearts (Prevo 1991). Tevens was er regelmatig betrokkenheid van revalidatieartsen bij door het CBO georganiseerde consensusvorming over bepaalde handelwijzen. In 1995 heeft de VRA een kwaliteitsnota gepresenteerd welke kwaliteitsbewaking en -bevordering van het revalidatiegeneeskundig

handelen tot onderwerp heeft. De nadruk ligt op scholing, verbetering van structuuraspecten in het revalidatienetwerk en het betrekken van niet-opleidingspraktijken in een visitatiesysteem. Dit laatste naast de al langer bestaande visitatie-methodiek voor de opleiding tot revalidatiearts. Dit sluit goed aan bij de door Klazinga geïnventariseerde activiteiten van medisch specialisten in het kader van kwaliteitsmanagement (Klazinga 1996). Aanbevelingen voor audit-activiteiten en specifieke revalidatierichtlijnen ontbraken voorslagnog. Er wordt in het kwaliteitsbeleid van de VRA niet ingegaan op de aansluiting op kwaliteitszorgactiviteiten van andere professionals en instellingen. Ook worden geen suggesties gedaan voor de kennisopbouw ten aanzien van kwaliteitszorg onder deze beroepsgroep. Zo wordt gesteld dat revalidatiepraktijken een kwaliteitssysteem moeten hanteren, dit wordt echter niet nader gespecificeerd.

Van andere beroepsgroepen, die actief zijn binnen de revalidatiecentra, is geen specifiek op de revalidatie gericht kwaliteitsbeleid bekend.

### 4.3. Centrum voor revalidatie: Het Roessingh

#### Organisatiekenmerken

Het Roessingh is in 1948 (als "Overijsselse stichting voor revalidatie") gesticht en heeft na een periode van groei in de vijftiger en zestiger jaren, in 1974 zijn huidige bouwkundige omvang bereikt. Met 148 bedden en ruim 40 dagbehandelingsplaatsen, waarvan een aantal ingevuld wordt bij de algemene ziekenhuizen te Almelo en Winterswijk, behoort het tot één van de grootste revalidatiecentra van Nederland. Een erkenning voor dwarslaesiebehandeling, een afdeling voor arbeidsintegratie, klinische kinderrevalidatie, een afasie-diagnostiek team en een supra-regionale functie voor pijnrevalidatie bevestigen deze status. Door de nauwe regionale samenwerking is een sterk ontwikkeld revalidatie-netwerk ontstaan en bestaat er nauwelijks externe concurrentie.

Er waren in 1994 436 personeelsleden werkzaam op in totaal 355 full-time formatieplaatsen (Het Roessingh 1995). In twee circuits wordt de opleiding tot revalidatiearts vorm gegeven. In Het Roessingh en de ziekenhuizen in Enschede en Almelo is er een zelfstandige opleiding. Er bestaat ook samenwerking met revalidatiecentra in Zwolle en Arnhem met betrekking tot opleiding. In 1995 waren in deze twee circuits tien assistenten in opleiding. Eerder is beschreven dat de revalidatiegeneeskundige topreferentiefunctie gaandeweg door centra als Het Roessingh is ingevuld. Een dergelijke functie leidt in de regel tot de behoefte over aard en resultaten van behandeling te publiceren en bovendien de behandelmethoden met behulp van patiëntgebonden onderzoek te verdiepen en verbeteren. In Enschede is in samenwerking met de Universiteit Twente in het afgelopen decennium een eigen research instituut (Roessingh Research and

Development) opgezet dat inmiddels een belangrijke rol op het terrein van revalidatie technologie vervult. Met het Biomedisch Technologisch Instituut (BMTI) van de Universiteit Twente is een formeel samenwerkingsverband, het Center for Rehabilitation Technology (CeRT) gevormd (CeRT 1993). Er is daardoor in het centrum een sfeer ontstaan die "onderzoekminded" te noemen is.

Het revalidatiecentrum heeft een driehoofdige Raad van Bestuur, met daarboven een Raad van Toezicht. Vanwege de geprononceerde researchfunctie is er een taakverdeling, waarbij twee directieleden (beheer respectievelijk patiëntenzorg) het behandelinstituut besturen en de derde directeur vooral invulling geeft aan de taken en verplichtingen, voortvloeiend uit de research- en opleidingsactiviteiten. Er is een medische staf die de directie adviseert over beleidsmatige zaken.

### Strategie

Zoveel mogelijk wordt geprobeerd een pro-actieve en innovatieve koers te varen. Vanwege de sluipende bezuinigingen in de afgelopen jaren én de verwachting, dat de financiële situatie er alleen maar moeilijker op zal worden, is er voor gekozen actief te proberen deze uitdaging het hoofd te bieden. Naast de keuze voor kwaliteitszorg (zie 4.4.) wordt er tevens naar gestreefd door het opzetten van nevenactiviteiten op het terrein van zorg- en dienstverlening aan de doelstellingen op het gebied van "rehabilitation" invulling te blijven geven. Deze nevenactiviteiten, die materieel of immaterieel voordeel voor het behandelcentrum dienen op te leveren, liggen in de sfeer van behandeling (sport-privékliniek), dienstverlening (ergonomisch advies, adaptatietechniek, arbeidsintegratie) en productie en verkoop (orthopedische instrumentmakerij). Dit maakt in 1997 in totaal 30% van de totale exploitatie uit. Directieleden zijn via personeel unies als bestuurder of als aandeelhouder bij de hierbij betrokken rechtspersonen steeds strategisch sturend actief; er ontstaat zo een concernachtige structuur.

Tevens wordt actief ingespeeld op de mogelijkheid dat, met het vervagen van de Europese grenzen, ook Duitse patiënten van revalidatiezorg voorzien dienen te worden. Naast opbouw van het netwerk over de grens in de Euregio, betekent dit een veelvoud aan bestuurlijke contacten met overheden en verzekeraars in Duitsland, naast het gebruikelijke aantal in Nederland. Wetenschappelijk wordt steeds nauwer samengewerkt met de afdelingen orthopedie en neurochirurgie van de medische faculteit van de Universiteit van Münster.



*Figuur 4.1.: Roessingh organisaties*

### Interne organisatie

Traditioneel waren de meeste instellingen voor gezondheidszorg volgens een dienstenmodel georganiseerd. Zo ook het Roessingh. In de zeventiger jaren was er een zodanige invloed van de democratiseringsgolf, dat de besluitvorming in het instituut ernstig gehinderd werd. Als gevolg daarvan en van de immer aanwezige (latente) competentiestrijd tussen medici, paramedici en psychologische disciplines, werd tevens het medisch model en de dominantie van de medische professie ter discussie gesteld. Dit had tot gevolg dat verwijzende specialisten zich afkeerden van het revalidatiecentrum, en wel in zodanige mate dat het voortbestaan op het spel kwam te staan. Het toenmalige bestuur heeft daarop voor een drastische herinvoering van de medische dominantie in het management gekozen en, mede als reactie op de extreem doorgevoerde democratie, werd eind zeventiger jaren een sterk hiërarchische managementstijl geïntroduceerd. In ruim tien jaar heeft het Roessingh zich vervolgens tot de organisatie ontwikkeld, zoals hierboven beschreven is.

Met de toenemende (sub)specialisatie van de diverse professionals, de bezuinigingsactiviteiten vanuit de overheid en de sterker wordende behoefte aan "zorg op maat", bleek eind tachtiger jaren opnieuw een reorganisatie nodig. Decentralisatie van bevoegdheden en budgetbeheer en een betere communicatiestructuur werden geleidelijk gerealiseerd, onder andere door middel van invoering van een managementteam voor de patiëntenzorg van zes personen. Ook

werden voorbereidingen getroffen om de functiegerichte structuur te vervangen door een procesgerichte structuur, waardoor de diverse professionele diensten zich anders moeten gaan opstellen ten opzichte het zorgverleningsproces (zoals voorgeschreven door de medisch specialist). Dit wordt ook wel getypeerd als "het kantelen van de matrix-organisatie" hetgeen men momenteel ziet bij vele instellingen in de gezondheidszorg. In bijlage 1 bij dit hoofdstuk staat het organisatieschema beschreven (zie ook Beleidsplan Het Roessingh 1993-1996).

Deze laatste processen spelen zich tegelijkertijd af met de ontwikkeling en introductie van het kwaliteitssysteem. Het analyseren van de resultaten van deze introductie moet dus steeds plaatsvinden tegen de achtergrond van de gelijktijdig optredende organisatieveranderingen én de in hoofdstuk 2 aangeduide wijzigingen in de externe omgeving. Evenals het ontworpen kwaliteitssysteem door reacties uit de organisatie aangepast kan worden, is ook beïnvloeding door interactie met andere interne en externe processen mogelijk.

Het blijkt dat de interne en externe omstandigheden van de beschreven organisatie niet wezenlijk van die van andere instellingen verschillen. Wel kunnen natuurlijk verschillen bestaan in snelheid, aard en radicaliteit van organisatie veranderingen.

Voor de vergelijkbaarheid van de resultaten betekent dit dat intern en extern gelijksoortige processen plaatsvinden en de resultaten van onderzoek in deze organisatie in belangrijke mate generaliseerbaar zullen zijn. Onderscheidende aspecten, zoals de mate waarin van een onderzoeks- en opleidingscultuur sprake is en de geringe concurrentieprikkels ten gevolge van verregaande netwerkvorming, kunnen de generaliseerbaarheid in negatieve zin beïnvloeden.

#### **4.4. De keuze voor- en het ontwerp van een kwaliteitssysteem**

##### **4.4.1. Kwaliteitszorg als strategische keuze**

Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de voor Het Roessingh specifieke strategische overwegingen en de wijze waarop de keuze voor een bepaald kwaliteitssysteem tot stand is gekomen.

In hoofdstuk 2 is een aantal tendensen beschreven waaruit blijkt, dat het extern strategisch kader leidt tot de conclusie, dat de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitszorg ook voor zorginstellingen gewenst is. Nu zal meer in detail de relevantie daarvan voor het revalidatiecentrum beschreven worden, evenals bijbehorende specifieke branche-factoren of lokale omstandigheden.

### Professionalisering.

Reeds eerder is ingegaan op de positie van de revalidatiearts en het kwaliteitsbeleid van de VRA op landelijk niveau. Ten tijde van de keuze voor een bepaalde invulling van kwaliteitszorg in het revalidatiecentrum speelde dat een betrekkelijk geringe rol; wel bestond binnen de medische staf brede steun voor een actief kwaliteitsbeleid. Uit de omschrijving van de werkwijze van het revalidatieteam (4.2.) met zijn diversiteit aan tijdens het behandelproces parallel werkende therapeuten blijkt, dat dit aspect een belangrijke rol speelt. Tevens bestaat in de revalidatie bij de diverse therapeutische disciplines de neiging tot subspecialisatie, waardoor de deskundigheid van de therapeut toeneemt en de discussie met de dominante professie, de revalidatiearts, eveneens. Dit is vergelijkbaar met de zich eveneens wijzigende houding tussen arts en verpleegkundige en heeft consequenties voor communicatie en organisatie. De wijze waarop de specialist, verpleegkundige en paramedici werken, kan professioneel-technisch en op inter-menselijk gebied verbeteren afhankelijk van nieuwe samenwerkingsvormen. De onderlinge afhankelijkheid wordt sterker en daarmee de behoefte aan efficiënte communicatie (Stein e.a. 1990).

### De complexiteit van de organisatie.

De verdergaande professionalisering vindt gelijktijdig plaats met enkele andere ontwikkelingen. Subspecialisatie, een groter professioneel bewustzijn en proces- en cliëntgerichtheid gaan niet automatisch samen. Bovendien is er steeds minder tijd beschikbaar voor indirecte activiteiten als coördinatie, informatie-overdracht en afstemming. Daarnaast verloopt de doorstroming in de revalidatie steeds sneller. De complexiteit van de organisatie neemt daardoor op zich niet toe, wel wordt de kans op inadequate afstemming en suboptimale zorgverlening groter.

### Doeltreffendheid en doelmatigheid.

De macro-vraag naar doeltreffendheid en doelmatigheid heeft zeker effect op de revalidatiebranche. Het specialisme bestaat zo'n 40 jaar en heeft nog geen sterke wetenschappelijke traditie. Externe instanties en de daar werkzame artsen zullen - evenals binnen medisch specialistische kring - de revalidatie eveneens kritisch bejegenen. Bovendien is het een sector van betrekkelijk geringe omvang (1994: 450 miljoen gulden op jaarbasis). Het opkomen voor de belangen van de revalidatiebranche leidt tot de behoefte zich nadrukkelijker te profileren. Deze profileringswens heeft ook tot gevolg dat men zich kwalitatief wil bewijzen. De positie van de revalidatiecentra in de zorgketen betekent dat veel van de revalidatiepatiënten op verwijzing van andere specialismen (na een acute opname en/of behandeling) bij de revalidatiearts terechtkomen. Dit leidt

van oudsher tot een betrekkelijk goed ontwikkeld besef van de noodzaak van ketenkwaliteit; dit besef van inhoudelijke en zakelijke afhankelijkheid onderstreept de noodzaak zich regionaal kwalitatief sterk neer te zetten (zeker met de historie die Het Roessingh heeft doorgemaakt; zie 4.3.). De relatief grote omvang en het functiepakket leiden bij herhaling tot discussies met verzoekers over de doelmatigheid van het totale dienstenpakket van Het Roessingh. Kwaliteitszorg zou aan het externe doelmatigheidsimago kunnen bijdragen. Doelmatigheid is daarnaast een doel op zich, gezien de tendensen die onder kostenontwikkeling worden beschreven.

#### Kostenontwikkeling.

De voor de gezondheidszorg als geheel geschetste lijn van het relatief achterblijven van de budgetten bij het groeiend patiëntenaanbod speelt ook voor de revalidatiesector sterk mee. In de revalidatie heeft daarnaast de invoering van het functiewaarderingsstelsel voor ziekenhuizen en revalidatiecentra (1985-1995) een extra budgettaire aanslag tot gevolg gehad. De personele opbouw met relatief veel HBO-opgeleide therapeuten leidde gedurende 10 jaar tot een extra budgettaire impact van  $\pm 1\%$  van de loonsom per jaar. Afgezien van CAO-effecten moest dus meer geld voor hetzelfde (of minder) personeel uitgegeven worden. Daar waar het directe contact met de revalidant bepalend is voor het inhoudelijk eindresultaat, loopt de kwaliteit van de behandeling gevaar, doordat de hoeveelheid voor patiëntenzorg beschikbare tijd met enkele procenten per jaar dreigt af te nemen. Naast interne prioriteitstelling voor de patiëntgebonden sector en de nadruk op productiviteitsverhoging, vraagt dit extra inspanningen op het terrein van kwaliteitszorg. Inmiddels is (1995) de direct aan de patiënt bestede tijd, het revalidatie behandeluur, een belangrijke budgetparameter geworden en daardoor mede bepalend voor het zakelijk eindresultaat. Ook op het gebied van risico's van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid krijgt de werkgever een steeds grotere eigen verantwoordelijkheid. Bij toenemende financiële krapte en hogere werkdruk zullen individuele medewerkers steeds meer moeite hebben "plezier in het werk" te houden. Het aanbieden van een structuur en instrumenten, waarmee men zelf de werksituatie kan beïnvloeden en zo mogelijk verbeteren, is daarom een belangrijk argument om tot kwaliteitszorg te besluiten.

#### De rol van de cliënt.

Sinds de jaren zeventig wordt in Het Roessingh met een revalidantenraad over aspecten van behandeling en verblijf gesproken. Dit is een vertegenwoordiging van de opgenomen revalidanten, waarmee maandelijks door de patiëntenvoor-

lichtingsfunctionaris wordt overlegd. Er wordt op dit gebied, in het regelmatig overleg met patiënten en cliëntenorganisaties, geen extreme pressie ervaren. Wel is er sinds 1990 wisselend sprake van wachttijden en wachtlijsten voor dagbehandeling; deze lopen soms op tot meer dan 6 maanden. Dit leidt natuurlijk tot forse druk op indicatiestelling, doorstroming, planning en geeft een aantal ontevreden en ongeduldige patiënten. Daar gaat zeker een stimulans richting kwaliteitszorg vanuit.

#### Deregulering en marktwerking.

In 1992 is de revalidatie door de toenmalige staatssecretaris Simons als enige medisch-specialistische zorgsoort onder de termen van de, in het kader van de door hem voorgenomen stelselherziening, gedereguleerde AWBZ gebracht. Binnen enkele jaren zou een systeem van onderhandelingen met individuele verzekeraars over producten en prijzen in werking moeten treden. Hoewel zijn opvolger de zaak inmiddels formeel weer heeft teruggedraaid, blijft een aantal ontwikkelingstendensen onverminderd van kracht. Bovendien heeft de bedreiging, die van de stelselontwikkeling uitging, voor de revalidatie ook heilzame effecten gehad zoals een sterkere branche cohesie en een versterkt besef van de noodzaak tot profilering op kwaliteit. Verdergaande deregulering, zoals de beoogde verzekeraarsbudgettering, heeft ongetwijfeld uitwerking op de discussies tussen instellingen en verzekeraars over zaken zoals prijs-kwaliteit-verhouding en omvang van af te nemen zorg. Gezien de uitzonderingspositie van de revalidatie, was de prikkel in de jaren '92-'95 om kwaliteitszorg na te streven in deze sector groter dan elders.

#### Regionale factoren.

Specifieke lokale factoren als argumenten voor de introductie van kwaliteitszorg zijn er niet. Wel vraagt de perifere lokalisatie van een, volgens planningsnormen, (te) groot instituut met wetenschappelijke ambities om bijzondere inspanningen om deze positie voor de langere termijn te waarborgen. Een hoog streefniveau met betrekking tot de kwaliteit van het zorgproduct past daarbij.

In de eerste helft van de jaren negentig hebben de factoren, die in het algemeen voor de gezondheidszorg gelden om tot de introductie van kwaliteitszorg over te gaan, in versterkte mate richting revalidatie gewerkt.

Als meest bepalende redenen voor Het Roessingh golden samenvattend: het handhaven van de topositie op langere termijn en interne organisatiefactoren als het onder grotere kostendruk adequater inspelen op de behoefte van de klant, verbetering van het multidisciplinair samenwerken en de noodzaak instrumenten te ontwerpen, die helpen "het plezier in het werk" te waarborgen.



Evenals in de inventarisatie van kwaliteitssystemen in instellingen in alle zorgsectoren (NIVEL-1995) blijken ook in Het Roessingh voornamelijk interne overwegingen tot een besluit voor introductie van kwaliteitszorg te hebben geleid.

#### 4.4.2. Het ontwerp-kwaliteitssysteem

##### **Bestaande activiteiten.**

Aangezien door de instelling reeds gedurende een aantal jaren ervaring was opgedaan met diverse activiteiten en instrumenten, die liggen op het terrein van kwaliteitszorg, werd besloten deze als vertrekpunt te nemen.

Een systeem van exit interviews was al sinds 1985 in gebruik en steeds verder ontwikkeld (zie hoofdstuk 8). Er bestond een commissie kwaliteitsbeleid die ontwikkelingen op dit terrein coördineerde en stimuleerde, doch tot op dat moment (1992) geen geformaliseerde bevoegdheden bezat; de commissie was samengesteld uit leidinggevende functionarissen afkomstig van de belangrijkste organisatie-onderdelen (inclusief de beheerskant) en aangevuld met de P.R.- en patiëntenvoorlichtingsfunctionaris. Het voorzitterschap van de directeur patiëntenzorg zorgde wel voor een korte lijn met de instellingshiërarchie en een "de facto" invloed.

Van diverse behandelprogramma's waren protocollen beschikbaar; deze waren vooral in beschrijvende zin opgesteld en per discipline apart omschreven. Op enkele afdelingen, zoals fysiotherapie, waren contacten met het CBO met het oogmerk via audit-methoden op afdelingsniveau kwaliteitsprojecten op te starten. Een andere, meer op professionals gerichte activiteit, was de periodieke visitatie in het kader van de opleiding tot revalidatiearts. Daarnaast waren er de gebruikelijke commissies zoals FONA (fouten, ongevallen en near-accidents), medisch-ethische commissie, een geformaliseerde klachtenprocedure en het regelmatig overleg met de revalidantenraad (zo'n tien jaar bestaand). In vergelijking met de door Klazinga (1996) beschreven indeling in verschillende niveaus voor kwaliteitsactiviteiten van medisch specialisten in ziekenhuizen, valt op dat het aantal commissie-activiteiten op mesoniveau betrekkelijk gering is.

In 1992 werd in het beleidsplan de doelstelling geformuleerd dat, gebruikmakend van de bestaande elementen en activiteiten, door middel van de introductie van een kwaliteitssysteem als onderdeel van de normale bedrijfsvoering, uitvoering gegeven zou gaan worden aan kwaliteitszorg.

De keuze zo veel mogelijk voort te bouwen op reeds bestaande activiteiten, had twee redenen. Allereerst de erkenning van de waarde daarvan voor het op te zetten systeem; dit verzekert betrokkenen ook van het continueren van waardevol gebleken zaken. Vervolgens betekent dit dat niet te veel energie hoeft te

worden gestoken in het veranderen of stoppen van bestaande activiteiten; ook dat vergroot de haalbaarheid. Het was aannemelijk dat introductie van een kwaliteitssysteem een antwoord zou bieden op een aantal eerdergenoemde vragen waar de organisatie in toenemende mate mee geconfronteerd zou gaan worden.

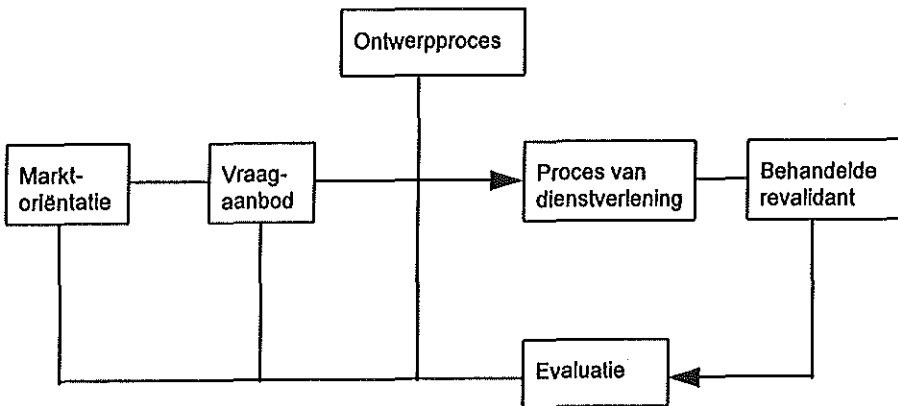
### Specificaties

In de literatuur was bekend dat bureaucrativering en verstarring kan optreden bij de introductie van een kwaliteitssysteem in de professionele dienstverlening. Daarom werd vanaf het begin continue verbetering, als dominant kenmerk van het op te bouwen systeem, belangrijker geacht dan het vastleggen en normeren van procedures in het kader van het kwaliteitsbeleid. Hiermee werd tevens expliciet gekozen voor een dynamisch karakter van de in de organisatie te introduceren kwaliteitszorg (zie ook hoofdstuk 2.2. en 2.4.) Daarnaast werd uitgegaan van het principe zo weinig mogelijk te werken met vrijgestelde "kwaliteitsfunctionarissen" maar voor het organiseren van kwaliteitszorg in de hiërarchische lijn. Met "continue verbetering" en "weinig vastleggen" als uitgangspunt konden vooraf geen objectiveerbare normen worden geformuleerd. Op de consequenties daarvan zal later worden teruggekomen. Ook werd gekozen voor "de klant" of "de markt" als uitgangspunt, zowel intern als extern.

Er bleken weinig systemen beschikbaar of in de literatuur specifiek voor de gezondheidszorg beschreven. Begin jaren negentig is de NEN-ISO-9004.2 richtlijn voor kwaliteitssystemen in de dienstverlening in het Nederlands beschikbaar gekomen. Een alternatief zou een vorm van Total Quality Management zijn geweest; vanwege de gevoelde behoefte kwaliteitszorg in engere zin te willen ontwikkelen, is gekozen voor een benadering die sterk gefocust is op het primaire proces. Ten tijde van de keuze was er geen behoefte alle organisatie-onderdelen in één kwaliteitssysteem te omvatten; veeleer zou elk onderdeel van het instrumentarium van het kwaliteitssysteem gebruik kunnen maken. Daarom is ook niet overwogen het EFQM- of NKP-model te introduceren. Voor uitsluitend (verder) ontwikkelen van deelsystemen (Sluys 1992) is evenmin gekozen.

Aangezien de systematiek van de NEN-ISO-9004.2 richtlijn in essentie gaat om marktanalyse, service-ontwerp, procesverbetering en resultaatmeting in een feedback cyclus, is door Het Roessingh besloten dit als uitgangspunt voor het kwaliteitssysteem te nemen (zie fig. 4.1.). Conform de door Broekhuis en de Leeuw (1994) gemaakte opmerkingen, is het naast een dynamische invulling tevens van belang aandacht te besteden aan de rol van de professionals bij de

invulling van kwaliteitszorg. Er dienen waarden te worden nagestreefd die zoveel mogelijk voor zowel management als professionals relevant zijn. Gekozen is voor projectmatige ontwikkeling van de verschillende onderdelen en pas over te gaan tot het vastleggen van regels en procedures als daaraan om praktische of organisatorische redenen beslist niet te ontkomen viel. Een andere reden daarvoor zou verplichting ten gevolge van externe toetsing of wetgeving zijn.



*Figuur 4.2.: Het bedrijfsketenmodel, gebaseerd op de NEN-ISO 9004-2 richtlijn (zie ook fig. 2.3.).*

#### 4.4.3. Voorbereidingen voor de invoering van het kwaliteitssysteem

De introductie van een organisatiestructuur voor kwaliteitszorg in de instelling is te beschouwen als een veranderingsproces.

De Leeuw (1994) heeft een indeling van de diverse fasen in een veranderingsproces beschreven. Dit proces begint met het stellen van een diagnose van de interne en externe situatie en het daarop baseren van een ontwerp voor verbetering. Deze fasen zijn in de hoofdstukken 2 en het voorgaande van hoofdstuk 4 behandeld.

Om het ontwerp te implementeren (hij gebruikt de term "verankeren") is een veranderkundig traject nodig. Dit kan weer in enkele stappen verdeeld worden. Een veranderkundige diagnose bestaat in zijn visie uit een pluriforme verken-

ning, een diagnose vóór de verandering waarin de ontwerp-ideeën worden geconfronteerd met de veranderkundige mogelijkheden. Tenslotte een diagnose ván de verandering waarin wordt nagegaan of er voldoende bestuurlijk vermogen is om de verandering vorm te geven. Op basis hiervan kan een veranderingsstrategie en -organisatie worden opgezet (deze zullen in hoofdstuk 5 beschreven worden). De terreinverkenning moet een antwoord geven op de vraag of het ontwerp werkelijk toegepast zal kunnen worden. Welke mate van verandering is nodig, zijn er strijdige autonome processen en is de positie van de veranderaar adequaat om in technische zin sturing aan te brengen?

Op basis van de eerder beschreven kenmerken van de organisatie werden geen beletselen voor introductie onderkend. Een beleidsmatige analyse, vastgelegd in het beleidsplan van de organisatie, had tot de conclusie van de noodzaak van invoering van een kwaliteitssysteem geleid. Er was geen oppositie tegen dit streven; evenmin was er sprake van ingrijpende organisatiewijzigingen. Er leek enthousiasme en draagvlak aanwezig en er waren op voorhand geen machtsfactoren herkenbaar die weerstand zouden kunnen gaan bieden.

Aangezien het om introductie van een voor veel medewerkers nieuwe management technologie gaat, moet tevens met de door Rogers (1983) beschreven diffusiefasen van innovaties worden rekening gehouden (zie ook hoofdstuk 5.2). Voorafgaand aan implementatie is bewustwording van de noodzaak door middel van kennisoverdracht en zo nodig overreding essentieel, zodat er een intrinsieke motivatie binnen de organisatie ontstaat. Ook door Koeleman (1995) wordt de noodzaak van een gedegen voorbereiding bij het invoeren van kwaliteitszorg onderstreept. In grote lijnen was deze motivatie zeker aanwezig, doch specifieke kennis over kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen ontbrak.

Uitgaande van het principe, dat vooralsnog de dynamiek en de introductie van het "model" prioriteit hadden, is gekozen voor het simpele model van de bedrijfsketen als steeds terugkerend thema in presentaties en stukken, omdat daarin de essentiële onderdelen van het kwaliteitsdenken zichtbaar zijn. Hiermee werd tevens aansluiting gezocht bij de stelling van Senge (1990), dat "mental models" tot de wezenlijke sturingsfactoren van een organisatie behoren. "Mentale modellen" worden omschreven als de beelden, veronderstellingen en theorieën die medewerkers in hun hoofd hebben en die bepalender blijken te zijn voor het vertoonde gedrag dan dat wat men zegt te doen. Ongeacht de verdere beschikbaarheid van middelen is vanaf het moment van keuze voor deze invulling van het kwaliteitssysteem (1992) en de vastlegging ervan in het hoofdstuk Kwaliteitszorg in het beleidsplan (1993), door de directie als onderdeel van de veranderstrategie steeds geprobeerd, dit model als "Leitmotiv" te hanteren.

De onderdelen marktanalyse/service-ontwerp, procesverbetering en resultaat-analyse zijn zoveel mogelijk als aparte projecten opgepakt. Gebruikmakend van de eigen research infrastructuur en de relatie met de Universiteit Twente is vanaf het begin geprobeerd via subsidiekanalen zoveel mogelijk externe financiering te genereren. Om de medewerkers niet met teveel onderwerpen tegelijk te belasten, is gekozen voor een parallelle ontwikkeling. De opzet en uitbouw van het kwaliteitssysteem in de organisatie, dus vooral het "proces" betreffend, moet dóór en in nauwe samenwerking mét de medewerkers geschieden. Projecten met een onderzoeks karakter zouden samen met sleutelfiguren maar met zo min mogelijk beslag op medewerkerstijd, ontwikkeld worden; hierbij moet vervolgens gedurende het project bijzondere aandacht aan de informatie aan medewerkers over voortgang, resultaten en implementatie besteed worden. Het voornemen tot de opbouw van een kwaliteitssysteem werd door de meeste werknemers positief-kritisch ontvangen en men toog in het algemeen enthousiast aan de slag. Aangezien een dergelijk traject echter zeker vijf jaar zou gaan duren, moest blijken of dit enthousiasme gehandhaafd zou kunnen worden.

Op de verdere voortgang en ervaringen met de uitbouw van de verschillende onderdelen, wordt in de hoofdstukken 5 t/m 10 verder ingegaan. In hoofdstuk 5 wordt een beoordelingskader beschreven, waarmee de invoering gestructureerd beschouwd kan worden.

#### 4.5. Generaliseren van "Roessingh"-ervaringen

De revalidatiezorg heeft de laatste jaren een vooruitgeschoven positie in de stelselontwikkeling ingenomen. De externe (strategische) overwegingen leidden daardoor wellicht iets sterker dan bij andere sectoren tot prikkels om tot kwaliteitszorg te besluiten. Concurrentie speelt voor revalidatie-instellingen minder, zeker in netwerkconstructies. In een revalidatienetwerk bestaat immers een vergaande mate van afstemming met de ziekenhuizen, waardoor (een zekere) invloed op relevante patiëntenstromen verzekerd is. Dit kan echter per regio verschillen. In verstedelijkte gebieden kan concurrentie met een concentratie van voorzieningen in diverse zorgsoorten (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg) wel een factor blijken. Overwegend is de constatering dat in Het Roessingh, evenals in de meeste instellingen, vooral interne argumenten tot de invoering van een kwaliteitssysteem hebben geleid.

Geconstateerd is dat de organisatie-ontwikkeling parallel loopt aan die van andere sectoren, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen. In de ziekenhuissector heeft de discussie over de inkomens van medisch specialisten de laatste jaren

echter bijzonder veel energie gevraagd; bekend is dat onzekerheid over de eigen (inkomens) positie de bereidheid om te investeren in organisatiedoelen negatief beïnvloedt. Eerst als dus een zekere stabilisatie in de verhouding ziekenhuis - medisch specialist optreedt, komt er een situatie die vergelijkbaar is met een revalidatiecentrum met in loondienst werkende medisch specialisten.

Daarnaast blijft de aanwezigheid van slechts één medisch specialisme een belangrijk verschil met de ziekenhuizen; binnen het revalidatiecentrum hoeft geen energie gestoken te worden in grensafbakening, prioriteitsstelling en samenwerking met andere specialismen. Hier ligt ook een belangrijk verschilpunt met de verpleeghuissector. Met de start van de opleiding tot verpleeghuisarts is eerst eind tachtiger jaren door verpleeghuisartsen een proces van professionalisering ingezet; hoewel er in die situatie meestal sprake is van een meer op "care" gerichte situatie met minder paramedici en verpleegkundigen, zal daar de positie als dominante professie nog moeten uitkristalliseren.

In Het Roessingh is er sprake van een cultuur die meer dan elders "onderzoeksminded" te noemen is. Faciliterende factoren, zoals de mogelijkheden voor onderzoeksprojecten en verwerving van subsidies, zijn waarschijnlijk gunstiger dan bij organisaties, waar opleiding noch formele onderzoeksstructuur aangetroffen worden. Een verschil met universitaire situaties is de combinatie van onderzoeksactiviteiten en kleinschaligheid.

De omvang van de organisatie is een volgend aspect. Bekend is dat grotere instellingen meer moeite hebben met het introduceren van kwaliteitszorg (Shortell e.a. 1995). Aannemelijk is dat vooral de met omvang samenhangende cultuuraspecten als bureaucratie, gebrek aan flexibiliteit en gebrek aan gedelegeerde handelingsvrijheid belemmerend kunnen werken. Het zal per organisatie verschillen in welke mate dit aan de orde is en wat dit voor de invoering van een kwaliteitssysteem, eventueel gerelateerd aan de Roessingh-ervaringen, voor consequenties heeft.

De vergelijkbaarheid met verpleeghuizen of ziekenhuisclusters van enkele specialismen met maximaal 600 medewerkers zal dus groot zijn; boven deze omvang zal met een aantal aannames ten aanzien van de invloed van een veelheid aan specialismen en de invloed van (met omvang samenhangende) organisatiecultuur gewerkt moeten worden. Steeds dient wel de specifieke positie van de dominante professie in acht te worden genomen. De onderzoekscultuur blijft een evident verschilpunt.

De resultaten van diverse deelprojecten zullen slechts beperkt generaliseerbaar zijn omdat deze sterk gekleurd worden door de specifieke revalidatiesetting. De ervaringen met de ontwikkeling en implementatie van de methodiek per onder-

deel van het kwaliteitssysteem kunnen wel relevant zijn als bouwstenen voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem elders.

## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 4

Broekhuis H., de Leeuw A.C.J.; NEN-ISO normering in de professionele dienstverlening: verleiding of misleiding. Faculteit Bedrijfskunde RUG, Groningen, 1994.

CeRT; Bundeling van krachten in het Centrum voor Revalidatie Technologie. Symposiumverslag ter gelegenheid van de start van het CeRT. Enschede, 1993.

Klazinga N.S.; Quality management of medical specialist care in the Netherlands. Acad. proefschr., Rotterdam, 1996.

Koелеman W.P.T.; Verandering in kwaliteitszorg. Acad. proefschrift, Enschede, 1995.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid; Tussen Cure and Care. Zoetermeer, 1994.

Prevo A.H.J.; Kwaliteitsbevordering in de opleiding tot revalidatie-arts. Medisch Contact 1991; 46: 18: 567-568.

Revalidatie in Nederland; Voorlichtingsfolder VRIN. Utrecht 1994.

Revalidatiecentrum Het Roessingh; Beleidsplan 1993-1996. Enschede, 1993.

Revalidatiecentrum Het Roessingh; Jaarverslag 1994. Enschede, 1995.

Rogers E.M.; Diffusion of Innovations; New York, MacMillan Publ., 1983.

Senge P.M.; The fifth discipline: the art and practice of the learning organisation. New York, Doubleday 1990.

Shortell S.M. c.s.; Assessing the impact of Continuous Quality improvement/Total Quality, Management: concept versus Implementation. Health Service Research, 1995; 30: 377-401.

Sluys E.M., de Bakker D.H.; Kwaliteitssystemen in ontwikkeling; Nivel, Utrecht, 1992.

Stein L.I., Watts D.T., Howell T.; The Doctor-Nurse game revisited. N. Engl. J. Med. 1990; 546-549.

VRA-kwaliteitsnota; Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde, Utrecht, 1995.

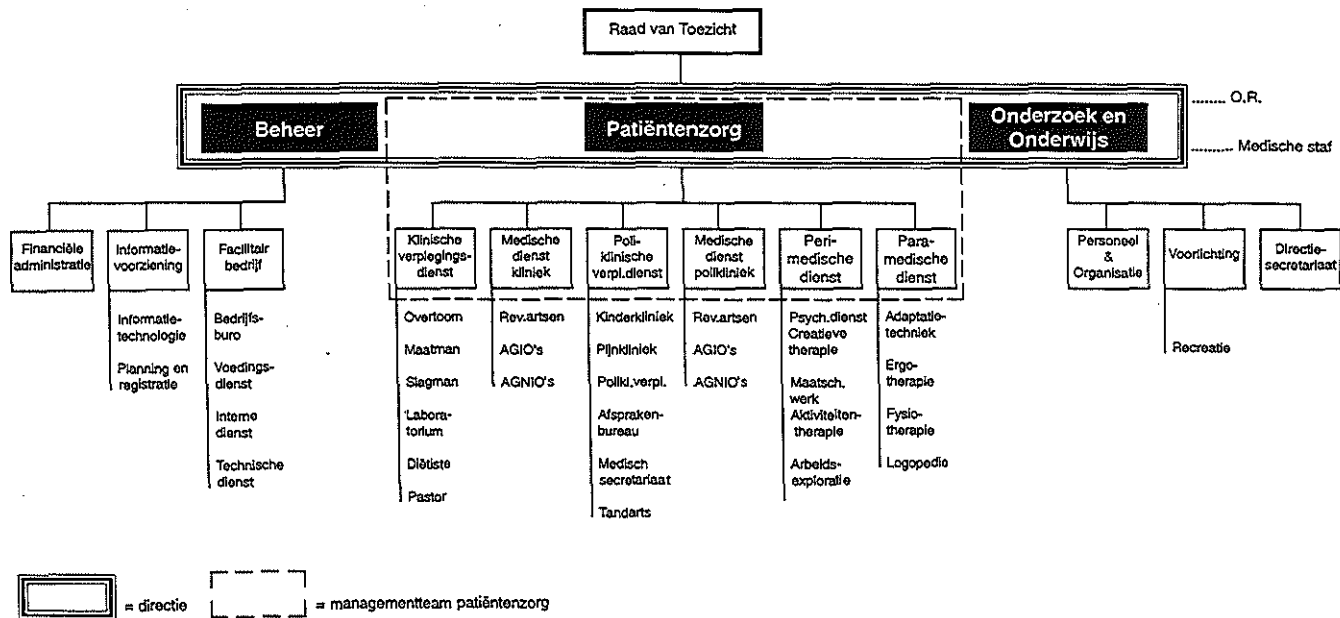
Wagner C., Bakker D.H. de, Sluys E.M.; Kwaliteitssystemen in instellingen, de stand van zaken. NIVEL, Utrecht, 1995.

Witte L. de; After the rehabilitation center. Acad. proefschrift, Hoensbroek, 1991.





BIJLAGE 1: ORGANISATIESCHEMA HET ROESSINGH





## 5. INTRODUCTIE VAN EEN KWALITEITSSYSTEEM ALS VERANDERINGSPROCES

### 5.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven welke argumenten zijn gebruikt om te kiezen voor het, aan de NEN-ISO 9004.2 richtlijnen ontleende, bedrijfsketenmodel als uitgangspunt voor de opzet van een kwaliteitssysteem. In hoofdstuk twee en vier zijn de voorbereidingen voor invoering van het kwaliteitssysteem behandeld. De introductie van kwaliteitszorg wordt onder andere door Vinkenburg (1994) getypeerd als "een complex en langdurig veranderingsproces". Voor de beschrijving en analyse van zo'n proces zijn geen specifiek op dit type organisatie toegesneden modellen aangetroffen.

In dit hoofdstuk wordt de invoering van een kwaliteitssysteem (een nieuwe technologie) als een veranderingsproces benaderd waarop de daarvoor ontwikkelde bedrijfskundige principes van toepassing zijn. Theorieën van Rogers (1971), Pettigrew en Whipp (1991) en De Leeuw (1994) worden daarbij als kader voor de beschrijving gebruikt. De strategie en de organisatie voor het invoeren van een kwaliteitssysteem worden beschreven, evenals de projectmatige uitvoering, aan de hand van dit beoordelingskader.

Tijdens dit veranderingsproces zal de eerder beschreven sociaal-dynamische interactie van de organisatie met het ontworpen systeem, naar verwachting de uiteindelijke vormgeving bepalen. Uitgebreid zal worden ingegaan op potentieel beïnvloedende factoren, mede vanwege de diversiteit aan organisatie-aspecten die bij een CTA-benadering aan de orde dienen te komen. In het nu volgende gedeelte wordt vooral het accent gelegd op de organisatorische aspecten van de invoering van het kwaliteitssysteem gedurende de periode vanaf 1992 tot en met 1995.

Nadat de verankering van het kwaliteitssysteem in de organisatie is beschreven, zullen in een afsluitende beschouwing de fasen van het veranderingsproces en de diverse kritische dimensies en aspecten op basis van de opgedane ervaringen nogmaals getoetst worden.

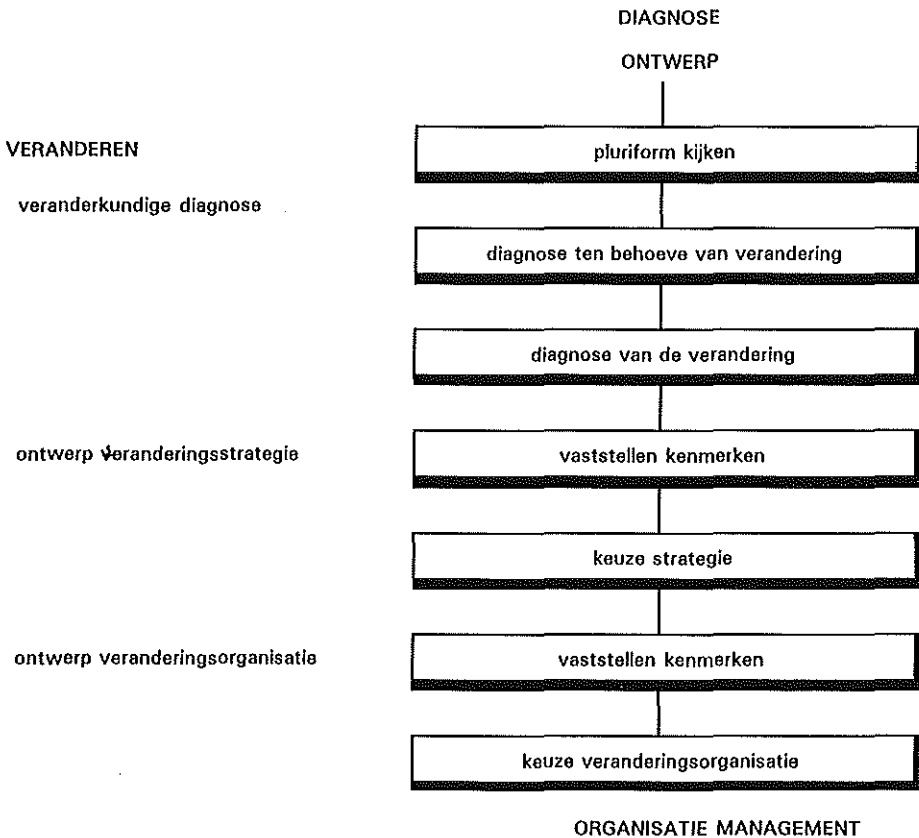
### 5.2. Het kader voor de beschrijving van het veranderingsproces

Er bestaan geen beproefde analysemethoden voor de beschrijving van de introductie van een kwaliteitssysteem. Invoering van een kwaliteitssysteem kan beschouwd worden als de diffusie van een nieuwe technologie binnen een organisatie én als een veranderingsproces. Eerst zal de diffusie, aan de hand van de theorie van Rogers (1971) behandeld worden; daarna veranderingspro-



Vinkenburg (1994) beschrijft de invoering van kwaliteitszorg als veranderingsproces. Bij veranderingen zijn zowel de fasering als de inhoudelijke factoren van belang.

De Leeuw (1994) brengt de systematiek van organisatieverandering als volgt in schema: 1; probleembesef (diagnose), 2; ontwerp toekomstvisie, 3; transitie (verandering), 4; verankering (organisatiemanagement). Fase 3, de transitie of verandering staat in figuur 5.1. beschreven.



**Figuur 5.1.: Methode van organisatieverandering, overgenomen uit De Leeuw (1994); besturen van veranderingsprocessen.**

De diagnose en de daaruit voortvloeiende toekomstvisie (het ontwerp) zijn respectievelijk in hoofdstuk twee en hoofdstuk vier beschreven. Het onderdeel veranderkundige diagnose is eveneens in hoofdstuk vier behandeld (4.4.2. en 4.4.3.).

De voor dit deel van het onderzoek relevante stappen zijn met name het ontwerp van de veranderingsstrategie (waarop in 4.4.3. al even is ingegaan) en het ontwerp van de veranderingsorganisatie. De laatste fase - verankering - is bedoeld de verandering in te bedden in de instelling en deze via evalueren en signaleren in een opwaartse spiraal verder te verbeteren. De "diagnose"- en "ontwerpfase" van De Leeuw zijn vergelijkbaar met "agendasetting" en "matching" van Rogers. In de implementatiefase lijkt Rogers weinig aandacht te besteden aan specifiek veranderkundige aspecten en sneller op aanpassing van de innovatie en verankering af te koersen.

Rogers beschrijft de introductie van een nieuwe technologie in een organisatie meer in technische zin beschrijft, bij de Leeuw lijkt er een completere benadering door ook veranderkundige elementen te benadrukken. Als tijdsas voor het invoeren van verandering zal zijn schema dan ook gehanteerd worden (fig. 5.1.).

#### De veranderingsstrategie.

Bij de vormgeving van deze op elkaar volgende fasen, zijn een aantal basale methode- en strategiekeuzen van belang. De keuze hangt daarbij sterk af van diagnose. Gaat het om een geleidelijke overgang, een natuurlijke ontwikkeling van de oude naar de nieuwe situatie? Dit wordt ook wel omschreven als een convergente ontwikkeling of een transitie. Of betreft het een vrij sterke wijziging, te beschrijven als een divergente ontwikkeling of een transformatie. De twee belangrijkste interventie-strategieën voor verandering in een organisatie worden in de literatuur omschreven als "planned change" en "organisational development" (De Leeuw 1994). "Planned change" is te beschouwen als een top-down benadering met "gehoorzamen" als belangrijk kenmerk en past eerder bij transformatieprocessen. "Organisational development" is veeleer een mix van-, of interactie tussen top-down en bottom-up en heeft "leren" als belangrijkste kenmerk. Bij een verandering met transitiekenmerken past een "organisational development" aanpak.

Gericht op organisatie-onderdelen of medewerkers zijn er drie strategieën te onderscheiden bij het invoeren van veranderingen: Machtsstrategieën werkend met druk-uitoefening, legitimatie- en coalitiemacht; Rationele overtuigsstrategieën en Zachte strategieën zoals inspireren en consulteren. De meest waarschijnlijke uitkomsten worden daarbij door De Leeuw op basis van literatuuronderzoek omschreven als respectievelijk Weerstand, Inschikkelijkheid en Commitment. De keuze hangt van situationele factoren af. Naarmate de verandering ingrijpender is, zal het teweegbrengen van commitment essentieel zijn, alleen bij minder belangrijke of incidentele besluiten wordt aanbevolen een machtsstrategie te gebruiken; in dat geval wordt namelijk altijd weerstand opgebouwd en

dat belemmert "internalisering" van de beoogde verandering. Voor de strategie is tevens de vraag van belang of de "veranderaar" de positie en de competentie heeft om de interventie te realiseren. Bij het begrip competentie gaat het om het "verstand van de inhoud van organisatieprobleem" (de expert-functie), de begeleidingsvaardigheden en het beeld dat daarvan bij diverse betrokkenen leeft. Naarmate de competentie lager ingeschat wordt, neemt de noodzaak van op macht gebaseerde interventie toe.

#### De veranderingsorganisatie.

De veranderingsorganisatie heeft veelal het karakter van een projectstructuur. Daarbij dient aandacht te worden besteed aan inhoudelijke, procesmatige en structurele samenhang. Het geheel dient coherent te verlopen. De Leeuw merkt daarbij op dat aan de procedurele rationaliteit van het veranderproces vooraf de nodige aandacht besteed moet worden, doch dat die rationaliteit in de praktijk nog wel eens in het gedrang komt vanwege de continue interactie tussen ontwerp en veranderproces. Veelal zal een meer of minder omvangrijke "hulporganisatie" opgezet worden. Het inschakelen van externe deskundigheid is te overwegen bij capaciteitsgebrek, gebrek aan competentie op inhouds- of veranderingsgebied en ter versterking van het besturend vermogen.

#### Aandachtspunten en kritische factoren.

Behalve de vaststelling dat het veranderingsproces een aantal kenmerkende fasen kent waarbinnen strategiekeuzes gedaan moeten worden, zijn er een aantal factoren te onderscheiden, welke van invloed kunnen zijn. Dit kunnen algemene organisatie kenmerken zijn maar ook kenmerken, specifiek samenhangend met het veranderingsproces.

In een analyse van het concurrentievermogen van het Engelse bedrijfsleven hebben Pettigrew en Whipp (1991) vastgesteld dat "managing change" de meest bepalende factor bleek voor organisaties die zich door hun succes positief wisten te onderscheiden. De "high performers" vielen op door de volgende (succesvolle) accenten in hun beleid:

- omgevingsanalyse
- leidinggeven aan verandering
- verband tussen strategische en operationele verandering
- "human resources" als bedrijfskapitaal
- coherentie.

Op basis van dit onderzoek werd geconstateerd dat er geen algemene regels voor de wijze van verandering te geven zijn en dat het management, afhankelijk van de omstandigheden, vooral van belang is voor het scheppen van een

klimaat voor verandering, het vermogen óm te veranderen én de richting waarin deze zou dienen plaats te vinden. Binnen de hoofdaccenten die volgens hen bepalend zijn voor het succesvol omgaan met verandering, konden in totaal 44 primaire en secundaire succesfactoren worden geïdentificeerd. In figuur 5.2. worden alle door hen gevonden factoren gerubriceerd; daaraan kunnen wellicht een aantal aandachtspunten voor de beoordeling van het veranderingsproces ontleend worden.



	Omgevingsanalyse	Leiding geven aan verandering	Verband tussen strategische en operationele verandering	Human resources als bedrijfskapitaal	Coherentie
Primaire factoren	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beschikbaarheid van sleutelfiguren.</li> <li>2. Interne gerichtheid van de organisatie</li> <li>3. Omgevingsdruk</li> <li>4. Omgevingsanalyse als taak van meerdere organisatie-onderdelen</li> </ol>	<p>Legitimatie; het</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. creëren van een gunstige context</li> <li>2. aanbrengen van verandercapaciteit</li> <li>3. inhoud en richting van verandering aangeven</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Legitimatie van verandering</li> <li>2. Aanbrengen van capaciteit voor actie</li> <li>3. Visie, waarden en richting aangeven</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verhogen HRM-bewustzijn</li> <li>2. Situationeel bepaalde stimulering HRM</li> <li>3. Noodzaak van verandering zichtbaar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consistentie</li> <li>2. Consonantie</li> <li>3. Voordeel</li> <li>4. Haalbaarheid</li> </ol>
Secundaire factoren	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Rol van marketing</li> <li>6. Onderhouden van netwerken met stakeholders</li> <li>7. Benutten van gespecialiseerde "task-forces"</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Veranderingsnoodzaak weten te operationeren</li> <li>5. Scheppen van kritische veranderingsmassa binnen senior management</li> <li>6. Communicatie</li> <li>7. Succes behalen en vieren</li> <li>8. Balans tussen verandering en continuïteit</li> <li>9. Coherentie</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Strategie in hanteerbare onderdelen doseren.</li> <li>5. Leidinggevenden en structuren positioneren en concrete doelen formuleren</li> <li>6. Kritisch herzien communicatie</li> <li>7. Beloningssysteem</li> <li>8. Intern onderhandelingsklimaat rond doelstellingen</li> <li>9. Zo nodig bijstelling plegen in het licht van de context</li> <li>10. Monitoring</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ad hoc inspelen op stimulatiekansen</li> <li>5. Aanbrengen verband tussen organisatie-doelen en HRM acties</li> <li>6. Gebruik maken en mobiliseren van externe invloeden</li> <li>7. Delegeren aan de lijnorganisatie</li> <li>8. Scheppen van elkaar versterkende structuren</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Leiderschap</li> <li>6. Integriteit senior management</li> <li>7. Verbinden van doelstelling en implementatie</li> <li>8. Ontwikkelen van adequate en up to date relevante kennis</li> <li>9. Coherentie tussen organisaties</li> <li>10. Het realiseren van met elkaar verband houdende veranderingen in de tijd</li> </ol>

*Figuur 5.2.: Managing change for competitive success: karakterisering van de vijf centrale factoren (naar Pettigrew en Whipp 1991) (HRM = Human Resources Management).*

De omgevingsanalyse en de daarvoor geldende kritische factoren zijn vooral relevant voor de diagnosefase. In de ontwerpfase is het aanbrengen van een verband tussen strategische en (gewenste) operationele verandering van belang.

Met coherentie wordt een integrale en consistente wijze van omgaan met verandering, zowel in interne als externe organisatie-aspecten, bedoeld. Coherentie lijkt niet speciaal aan een bepaalde fase of onderdeel te verbinden en is dus meer als algemene voorwaarde te beschouwen. Het omgaan met human resources als bedrijfskapitaal heeft een algemeen karakter maar is bij veranderingsprocessen ook specifiek van invloed. De bij leidinggeven aan verandering aangegeven factoren zijn zeer relevant voor de beoordeling van het veranderingsproces.

De inventarisatie van Pettigrew en Whipp heeft een meer strategisch karakter en zal daarom bij de beoordeling van het veranderingsproces als secundair kader gebruikt worden. Het geheel is daarentegen wel relevant voor de beoordeling van het concurrentievermogen/de marktpositie van Het Roessingh en zal daarvoor in hoofdstuk elf gebruikt worden.

De invoering van kwaliteitszorg is niet slechts een veranderingsproces in algemene zin. Het doel daarvan is in de organisatie het vermogen tot het aanbrengen van (structurele) verbeteringen te vergroten. Vinkenburg (1995) heeft onderzoek verricht naar kritieke factoren bij het verbeteren van dienstverlening in het kader van kwaliteitszorg. Naast een inventarisatie van kwaliteitskundige en veranderkundige inzichten in de literatuur, heeft hij bij een aantal commerciële dienstverlenende organisaties praktijkonderzoek gedaan naar het verloop van kwaliteitsacties. Hij onderscheidt een aantal dimensies: sociaal, inhoudelijk, betekenisgevend, ordenend en voorwaardelijk; daarbinnen zijn een aantal kritieke factoren voor het realiseren van kwaliteitsverbetering te benoemen. Deze factoren staan in figuur 5.3. beschreven.

De ordenende en voorwaardelijke dimensies welke als conclusie uit zijn onderzoek naar voren komen, stemmen vergaand overeen met wat eerder door Pettigrew en Whipp beschreven is. Bij ordening gaat het om de aansluiting tussen verandervisie en -praktijk. De voorwaardenscheppende dimensie bevat factoren als: aandacht richten, perspectief bieden, klimaat scheppen en interventies plegen. Deze laatste twee dimensies kunnen als meer algemene kenmerken van adequaat management (en dus ook verandermanagement) worden gekenschetst; in het beoordelingskader worden ze niet expliciet opgenomen.

Sociale dimensie	Inhoudelijke dimensie	Betekenisgevende dimensie
deelname voldoende betrokkenheid invloed top-down en bottom-up communicatie adequaat en feedback momenten inbouwen interactie geschikte gespreks-situaties, elkaar serieus nemen rolvervulling adequaat gedrag van de veranderaar acceptatie rol veranderaar	intentie veranderingsrichting en doel bekend? veranderbaarheid van - attitude - blijvend t.a.v. kennis, gevoelsgedrag? - worden medewerkers geraakt? - interactie slaagt men erin vastgeroeste interactie patronen te verbeteren? helderheid - continue info over begrippen - objectief omschreven doelen	motivering realiseer een gedrevenheid tot verbetering continue creatie van betekenissen aanspreekbaarheid eenduidige beelden van de beoogde verandering elke betrokkene is aanspreekbaar verbondenheid vieren van bijzondere gebeurtenissen coherentie strategisch en operationeel niveau uitwisseling gedachten en gevoelens (positief én negatief)

*Figuur 5.3.: Overzicht van kritische factoren binnen diverse dimensies van veranderen, Vinkenburg (1995).*

De door Vinkenburg beschreven factoren binnen de verschillende dimensies zijn van toepassing op de in het schema van De Leeuw aangegeven stappen in de fase "veranderen" (en in mindere mate de fase "verankeren"). Er bestaat daarbij een grote mate van overlap met de primaire en secundaire succesfactoren welke door Pettigrew en Whipp zijn geïnventariseerd; bijvoorbeeld het verband tussen strategisch en operationeel niveau, het bekend zijn van de veranderingsrichting en de communicatie.

Voor het construeren van een beoordelingskader kunnen op de tijdsas de door De Leeuw geformuleerde stappen van het veranderingsproces gebruikt worden. De door Pettigrew en Whipp en door Vinkenburg geïnventariseerde kritieke factoren zullen voor de beoordeling van sociaal-dynamische aspecten gebruikt worden. Behalve het hoofddaccent "coherentie" bij Pettigrew en Whipp en adequaat inschatten van de veranderbaarheid (Vinkenburg) worden in de literatuur geen specifieke factoren voor de fase van verankering aangetroffen.

Fasering veranderingsproces De Leeuw (1994)	Succesfactoren Pettigrew & Whipp (1991)	Kritische factoren Vinkenburg (1995)		
		* sociale dimensie	inhoudelijke dimensie	betekenisgevende dimensie
<b>diagnose</b>	- omgevingsanalyse	* deelname * invloed * communicatie	* intentie	* verbondenheid
<b>ontwerp</b>	- verband tussen strategische en operationele verandering		* intentie * veranderbaarheid	* verbondenheid
<b>veranderen</b> * veranderkundige diagnose - transitie - transformatie * veranderingsstrategie	- leiding geven aan verandering			
* veranderingsstrategie A - planned change - organisational development B - machtsstrategie - rationale overtuigingsstrategie - zachte strategie * veranderingsorganisatie - hulp/projectstructuur - externe deskundigheid	- human resources als bedrijfskapitaal  - coherentie	* deelname * invloed * communicatie  * interactie * rolvervulling	* veranderbaarheid * helderheid	* motivering * aanspreekbaarheid * verbondenheid
<b>verankeren/organisatiemanagement</b>	- coherentie	-	* veranderbaarheid	* verbondenheid

Figuur 5.4.: *In dit hoofdstuk gehanteerde beoordelingskader voor de introductie van kwaliteitszorg als veranderingsproces.*

De Leeuw noemt deze fase organisatiemanagement en suggereert dat vooral algemene managementvaardigheden van belang zijn.

Voor de beschrijving en beoordeling van het veranderingsproces in die tijd kunnen dus de stappen in het schema van De Leeuw worden aangehouden. Daarbij zijn diagnose, ontwerp en veranderkundige diagnose reeds in voorgaande hoofdstukken beschreven. Bij het beschrijven van de veranderingsstrategie en -organisatie én het uiteindelijke inbedden in de instelling zullen de in het beoordelingskader weergegeven fasen, factoren en dimensies gebruikt worden. In 4.4.2. is al kort op de voorbereiding van de invoering ingegaan; in 5.3. zal dat meer gestructureerd en aan de hand van het beoordelingskader geschieden. Het beoordelingskader is eerst na afloop van het te beschrijven veranderingsproces opgesteld en niet gebruikt bij de opzet van het plan van aanpak.

### 5.3. Strategie en organisatie voor het invoeren van een kwaliteitssysteem

#### Strategie

De in hoofdstuk vier vastgestelde ontwerpspecificaties van het kwaliteitssysteem zijn in het kort: een dynamische invulling van het bedrijfsketenmodel, rekening houdend met de specifieke positie van professionals, weinig normerend en uitgaand van bestaande activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg. Inmiddels waren de uitgangspunten voor de opzet van een kwaliteitssysteem (eind 1992) door de organisatie in het beleidsplan vastgesteld. Er is dus overwegend sprake van een transitie model, waarbij een benadering van "organisational development" past.

Voorafgaand aan de implementatie van het kwaliteitssysteem moet aandacht worden besteed aan bewustwording en kennisoverdracht, zodat uiteindelijk bereidheid tot inbedding in de organisatie ontstaat en duidelijkheid ontstaat over de intenties en aansluiting op de organisatiedoelen. Primair betekent dat tevens een voorkeur voor overwegend rationele en zachte benaderingen als invoeringsstrategie richting medewerkers. Om aan de kritische factoren helderheid en communicatie tegemoet te komen, zou het geheel in een aantal concrete projecten moeten resulteren teneinde de te behalen voordelen voor de medewerkers ook in de praktijk zichtbaar te maken.

Besloten werd tot een projectmatige aanpak waarbij de introductie en het consequent hanteren van het bedrijfsketenmodel (als "mental model"), kennisoverdracht over kwaliteitszorg, en voorbeeldprojecten tot een in de organisatie in te bedden kwaliteitssysteem zou moeten leiden.

## Organisatie

De inhoudelijke kenmerken van de te introduceren verandering zijn bepalend voor de veranderorganisatie. De Leeuw (1994) noemt dit "inhoudelijke rationaliteit". Zo zal de te kiezen organisatievorm moeten passen bij het transitie model en tegemoet moeten komen aan de eerder aangegeven aandachtspunten en factoren.

Het is moeilijk het procesverloop vooraf precies te definiëren vanwege de continue interactie tussen de ontworpen organisatie en het veranderingsproces in de instelling zelf. Van belang is dus een aanpak met voldoende feedback mogelijkheden. Tevens dient de structuur zoveel mogelijk kenmerken in zich te dragen van de nieuwe organisatie om consistentie aan te brengen. Er werd gekozen voor een participatieve opzet vanwege zo groot mogelijke draagvlakontwikkeling.

De behoefte in vrij korte tijd een zo groot mogelijk deel van de organisatie te betrekken en zo een "vliegende start" van een langjarig traject te realiseren, resulteerde in een projectorganisatie, aangestuurd door een interne stuurgroep; deze werd samengesteld uit een directielid, de kwaliteitscoördinator, het hoofd personeel en organisatie en een extern adviseur. Deze laatste werd ingeschakeld vanwege de omvang van het project en de veranderkundige expertise; in praktische zin werd de realisering pas echt mogelijk toen aanmerkelijke externe subsidiëring voor de eerste fase van introductie werd verkregen. Het alternatief - met bekostiging uit eigen budget - zou een veel langduriger en geleidelijker veranderingsproces geweest zijn.

Veranderstrategie en veranderorganisatie werden vooraf vastgelegd in een projectplan. Deze sloten aan bij de ontwerpspecificaties en werden door de commissie kwaliteitsbeleid vastgesteld. In bijlage 1 is de kern van de projectomschrijving te lezen.

Hoofdt thema's waren de verbetering van het professionele handelen en verbetering van de kwaliteit van de organisatie van het behandelproces.

In het plan van aanpak werden de volgende doelstellingen en uitgangspunten geformuleerd:

- ontwikkelen van een visie op kwaliteit, resulterend in een helder en haalbaar plan van aanpak voor de organisatie, waarin doelstellingen met daaraan gekoppelde acties geformuleerd staan (wat is kwaliteit, wat willen we bereiken en op welke wijze doen we dat);
- verbeteren van de multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt;
- verbeteren van de kwaliteit van de organisatie, verslaggeving en voortgangsbewaking, communicatie, overleg tussen de disciplines binnen de primaire processen;

- de uitwerking van een verbeterde systematiek voor een methodische en multidisciplinaire werkwijze;
- het ontwikkelen van een systeem voor integrale kwaliteitsverbetering binnen de organisatie, op een zodanig wijze dat er sprake is van een continu verbeteringsproces; aansluitend op het bedrijfsketenmodel.

Via informatiebulletins, werkoverleggen en conferenties zou de organisatie op de hoogte gehouden en betrokken worden. De volgende fasering was voorzien:

1. Oriëntatie en voorbereiding.
2. Ontwikkeling van kwaliteitsvisie en plan van aanpak.
3. Trainen organisatie-onderdelen en voorbereiding testfase.
4. Testfase met een aantal proefprojecten.
5. Invoering en training multidisciplinaire kwaliteitszorg.
6. Evaluatie en opstellen van een aanpak van inbedding van het kwaliteitssysteem in de organisatie.

Dit invoeringsschema was gebaseerd op een empirisch model voor veranderingsprocessen, dat binnen het Van Leer-concern is ontwikkeld (Lulofs 1988). Wanneer de fasering van invoering van kwaliteitszorg van Koeleman (1995) hiernaast wordt gelegd, zijn de fasen kennismaking en besluitvorming (hier 1 en 2), voorbereiding (hier 2 en 3), implementatie (hier 3, 4 en 5) en evaluatie (6) herkenbaar.

De fasen 1 t/m 4 zijn in de fasering van De Leeuw te beschouwen als nadere invulling van de veranderstrategie en met de punten 5 en 6 wordt een begin gemaakt met de verankering. De zes fasen worden in 5.4. en 5.5. beschreven en geanalyseerd; het geheel heeft in 2 jaar zijn beslag gekregen.

#### **5.4. Verloop van het project ter introductie van een kwaliteitssysteem**

##### **5.4.1. Projectfase 1: Oriëntatie en voorbereiding**

De formele start van de oriëntatie en voorbereiding was voorafgegaan door een periode waarin reeds begonnen was met het op diverse wijzen en momenten benadrukken van de noodzaak van kwaliteitszorg. Dit werd gedaan met de bedoeling de motivatie en de intenties zo helder mogelijk voor het voetlicht te brengen. Het perspectief werd geschilderd van een veeljarig traject waarbij deze projectfase bedoeld was als stevige impuls voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

In de eerste fase is door de externe adviseur een aantal oriënterende gesprekken gevoerd met afdelings- en diensthoofden en directieleden. In deze gesprekken was de doelstelling:

- het leren kennen van de organisatie;
- een nadere oriëntatie te verkrijgen op ontwikkelingen binnen de diensten met betrekking tot kwaliteitszorg;
- het verkrijgen van een sterkte-zwakke analyse van het primaire proces;
- het genereren van suggesties voor verbetering in het primaire proces van de eigen dienst, het multidisciplinair samenwerken en de organisatie daaromheen.
- een aanzet te geven tot bewustwording en commitment ten aanzien van kwaliteitszorg.

De extern adviseur kwam tot de conclusie dat Het Roessingh beschreven kon worden als een vernieuwingsgezinde organisatie (ondernemend en dynamisch). Tevens dat er een sterk afdelingsgerichte oriëntatie was, waardoor een neiging bestond tot het ontstaan van een eilandcultuur; niet het proces maar de afdeling lijkt dominant als het om verbeteringen gaat. De dominante rol van de revalidatie-arts werd bevestigd.

In deze fase werd dus vooral aandacht besteed aan de sociale dimensie: gewerkt werd aan de acceptatie van de extern adviseur als een van de veranderaars, en aan de interactie en de communicatie. Inhoudelijk werd de voorgaande fase geverifieerd en verder uitgewerkt; de veranderbaarheid en veranderrichting werden bepaald. Wat betreft de betekenisgevende dimensie werd voornamelijk aan motivering gewerkt.

#### 5.4.2. Projectfase 2: Ontwikkeling van een kwaliteitsvisie en plan van aanpak

Vervolgens zijn deze bevindingen getoetst tijdens een werkconferentie met (50) vertegenwoordigers van alle afdelingen. Om vanaf het allereerste (formele) begin de marktgerichtheid te benadrukken, werd gestart met een video, waarin een aantal patiënten hun negatieve en positieve ervaringen met de revalidatiebehandeling vertelden. Met hulp van brainstormtechnieken, groeps- en plenaire discussies, werd een aanzet gegeven tot het definiëren van een visie op de Roessingh-kwaliteit. Tevens werd een eerste poging gedaan tot het formuleren van knel- en verbeterpunten, welke in volgende bijeenkomsten nader gedefinieerd zouden moeten worden. De belangrijkste thema's op deze bijeenkomst waren gebaseerd op de eerste onderdelen van de bedrijfsketen, marktorientatie en procesbeheersing:

- hoe revalidantgericht is de zorg in Het Roessingh?
- wie is verantwoordelijk voor welk deel van de zorg; en wie voor het gehele proces?



- wat levert het multidisciplinair werken aan meerwaarde op voor de revalidant en welke eisen vloeien daaruit voort voor de individuele medewerker? De externe adviseur en de kwaliteitscoördinator hebben bijna alle werkoverleggen van de diverse behandeldisciplines bezocht. Deze bezoeken waren gericht op het verstrekken van informatie omtrent de voortgang van het project, het vergaren van problemen en het inventariseren van ideeën. Ook werd gekeken in hoeverre afdelingen al zelf bezig waren met kwaliteitsverbeterende activiteiten. Fase 2 werd afgesloten met (opnieuw) een plenaire bijeenkomst.

Op basis van de uitkomsten tot dan toe, kon een kwaliteitsvisie worden geformuleerd (zie bijlage 2). Deze werd in het beleidsplan opgenomen. Op grond van de gesignaleerde knelpunten bleek vooral de processturing een belangrijk thema te zijn. Uitvoerig is gesproken over verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid met betrekking tot het primaire proces, hetgeen aanknopingspunten opleverde voor een betere organisatie van proces- en dienstverantwoordelijkheid. Deze meer structurele aspecten waren op zich niet het doel van dit verandertraject; in het kader van een coherente aanpak werd aan dit organisatie-aspect in de discussie over het kantelen van de organisatie evenwel veel aandacht besteed.

Mede omdat enige tijd voor de start van dit project door de behandelaars aandacht was gevraagd voor het lastige probleem van een efficiënte organisatie rond de patiëntenbespreking, werd dit als een belangrijk thema voor de proefprojecten gekozen. Een multidisciplinair samengestelde werkgroep had reeds een aantal knelpunten ten aanzien van informatie-overdracht, rapportagediscipline, faciliteiten en voorzitterschap geïnventariseerd en een aantal verbetervoorstellen geformuleerd. De patiëntenbespreking moet in de multidisciplinaire samenwerking als coördinatie mechanisme een belangrijke bijdrage aan de meerwaarde van de revalidatie leveren.

De uitgebreide interactie met de medewerkers, de bottom-up invloed op de keuze van de verbeterthema's en de geformuleerde kwaliteitsvisie kwamen tegemoet aan de diverse door Vinkenburg (1995) geformuleerde factoren. Naast versterking van de sociale dimensie (communicatie, interacties) kregen de inhoudelijke en vooral de betekenisgevende dimensie (kwaliteitsvisie) meer nadruk.

#### **5.4.3. Projectfase 3: Trainen organisatie-onderdelen en voorbereiding van de testfase**

In de hierop volgende fase is in een mengvorm van trainings- en discussiebijeenkomsten, op basis van gebleken behoefte, aandacht besteed aan algemene

kennis over kwaliteit, teamwork en technische vaardigheden, die nodig zijn voor kwaliteitsverbetering. De kennis en de capaciteit om deze nieuwe technologie daadwerkelijk toe te gaan passen, werd op deze wijze versterkt. Het accent werd in eerste instantie gelegd op procesbeheersing als onderdeel van de bedrijfsketen. Daarbij werden de volgende thema's aan de orde gesteld en uitgangspunten gehanteerd:

- kwaliteitsverbetering en de relatie met bestaande organisatiedoelen;
- verheldering (vastlegging) van werkprocessen, met als verwacht gevolg: vermindering van fouten en daarmee samenhangende kosten;
- het bestaan van systematische en incidentele fouten en de relatie met procesbeheersing;
- kwaliteit betekent ook technische- en organisatorische kwaliteitsbeheersing in de niet direct patiëntgebonden sfeer;
- een goede relatie met interne en externe toeleveranciers is van essentieel belang.

Tijdens de trainingssessies werd tevens de basis gelegd voor een volgende uitgebreide werkconferentie, waarbij het de bedoeling zou zijn een aantal verbeterpunten met betrekking tot het primaire proces verder te concretiseren. Alvorens de 2e werkconferentie in te gaan, gingen acht werkgroepen aan de slag om aanvullend suggesties voor verbeterpunten te genereren vanuit:

- \* de inmiddels ontwikkelde kwaliteitsvisie van Het Roessingh;
- \* het gezichtspunt van de revalidant;
- \* de huidige- en gewenste primaire proces(sen);
- \* de noodzaak tot verbetering van de patiëntenbespreking.

De acht groepen waren onderverdeeld in "clusters", zoals klinische revalidatie, poliklinische revalidatie, kinderrevalidatie en ondersteuning/logistiek. De gemiddelde omvang was tien personen, zodat in deze fase in totaal zo'n honderdvijftig medewerkers actief betrokken waren. Teneinde de procesgerichtheid te bevorderen en de interdisciplinaire interactie (als sociale dimensie) te versterken werden deze groepen multidisciplinair samengesteld. Aangezien ondersteuning/logistiek, zeker voor zover samenhangend met de patiëntenbespreking steeds weer als belangrijk thema naar voren kwam, en het ongewenst zou zijn dat elke groep een andere logistiek ging ontwerpen, is rond dit thema een aparte (coördinerende) groep ingesteld.

In een aantal bijeenkomsten van de acht groepen, ondersteund door een externe adviseur, werd het volgende geproduceerd:

- 10 algemene verbeterpunten;

- 12 verbeterpunten met betrekking tot intake/observatiefase;
- 14 verbeterpunten met betrekking tot de fase van eerste- en vervolg patiëntenbespreking;
- 10 verbeterpunten met betrekking tot de ontslagfase;
- een aantal procesbeschrijvingen in de vorm van stroomdiagrammen.

Een paar groepen waren al gestart met de uitwerking en zelfs met de invoering van hun plannen, omdat wachten op centrale aansturing onnodig leek.

Dit sluit aan bij het eerder gesignaleerde aspect van procedurele rationaliteit van het veranderingsproces. Aanpassingsprocessen beginnen al voordat er formeel is beslist, omdat de feitelijke organisatie al reagerend op het veranderingsontwerp, ertoe neigt reeds een richting te kiezen. De transitie wordt blijkbaar reeds in gang gezet door de voorbereidingen van het veranderproces te starten. Zo lang de coherentie in het proces gehandhaafd lijkt te worden hoeft dit geen problemen op te leveren.

De tweede werkconferentie had de volgende agenda:

1. de presentatie van de uitkomsten van de acht werkgroepen;
2. het formuleren van een eenduidig prototype van het primaire proces; dit om het besef van stuurbaarheid te vergroten;
3. het definiëren van de informatie- en formulierenstroom met betrekking tot het primaire proces (prototype) als hulpmiddel bij het vervolg;
4. het voorbereiden van een testfase, waarin verbeteringen rond de patiëntenbespreking uitgeprobeerd zouden gaan worden.

Met de medische staf is een aparte sessie georganiseerd. Deze aparte bijeenkomst werd vooral om twee redenen noodzakelijk geacht. Het ging zowel om informatie-overdracht en meedenken met de ontwikkelingen als om het verwerven van commitment van deze belangrijke discipline. Naast informatie-overdracht is daarbij aandacht besteed aan sociale en inhoudelijke aspecten. Het betrof het omgaan met suggesties en inbreng van (andere) teamleden en de rol van de revalidatie-arts ten aanzien van sturing en coördinatie van de patiëntenbespreking.

De tweede werkconferentie verliep slechts ten dele zoals verwacht. Het gedeelte met de presentatie van de acht groepen voldeed volledig aan de verwachtingen. Men was per organisatie-eenheid in staat een analyse van de procesgang per patiënt en daarbij de nodige verbetervoorstellen - met het accent op de patiëntenbespreking - te presenteren.

Het was de bedoeling te komen tot een prototype van het primaire proces, maar dat leverde enkele problemen op. Het werd al snel duidelijk, dat er een wezenlijk verschil in opvattingen bestond tussen volwassen- en kinderrevallidatie met betrekking tot rapportage en organisatie van het werk. De projectleiding zag dit als het vasthouden aan vastgeroeste patronen en probeerde aanvankelijk vergeefs de visie op inhoudelijke kenmerken parallel te stellen met de visie op de processtypering. Eerst nadat erkenning was uitgesproken voor de inhoudelijke verschillen werd consensus bereikt; alle activiteiten konden in het prototype benoemd worden.

Administratief-organisatorische voorwaarden bepalen in belangrijke mate het verloop van de patiëntenbespreking. Voor het ingaan van fase 4 met een aantal proefprojecten was ter ondersteuning en objectivering een adequate informatievoorziening en formulierenstroom noodzakelijk. Het leek erop dat voor elke activiteit op elke afdeling een apart formulier bestond, waarbij de terminologie verre van eenduidig was.

Een poging nog tijdens de werkconferentie afspraken te maken over deze aspecten, mislukte volledig. Er ontstond eerder verwijdering dan toenadering, waarbij vooral enkele medewerkers uit de administratief-organisatorische sfeer zich miskend voelden. Mede door de wijze van verwoorden, kregen vervolgens de professionals de indruk dat de professionele vormgeving ondergeschikt zou moeten zijn aan administratieve voorwaarden en deze tegenstellingen bleken onoverbrugbaar.

Toch werd het noodzakelijk geacht dat hier een oplossing voor zou worden gevonden voordat met de start van de proefprojecten kon worden begonnen, zeker omdat de patiëntenbespreking het hoofdthema was. Vanuit het inzicht, dat variatie op bepaalde punten zelfs zinvol kan zijn, is het uitgangspunt van eenduidigheid genuanceerd; variaties op het prototype van de procesbeschrijving werden vanaf dat moment voor zover zinnig en noodzakelijk, geaccepteerd.

Vanuit dit vertrekpunt gingen vervolgens drie groepen aan het werk om de informatie- en formulierenstroom te inventariseren en een voorstel te maken voor een nieuwe "set" formulieren.

Om te zorgen, dat er sprake zou zijn van een wijze van informatie-overdracht die in principe uniform gebruikt zou kunnen worden, werd er tevens een referentiegroep geïnstalleerd. Deze groep bestond uit een aantal medewerkers die dagelijks met deze formulieren te maken heeft. Gedacht moet worden aan lay-out van de rapportage, instructie en verwerking van planningsconsequenties etc. Ongewild kwam het accent van verbetering van het proces zo nogal sterk op de administratieve organisatie te liggen.

Als tweede opdracht werd aan de drie groepen gevraagd na te denken over de criteria op grond waarvan de pilots beoordeeld dienden te worden. Aanknopingspunten hiervoor waren de mogelijke effecten van verbeterde aansturing van het behandelproces:

- de doorlooptijd van de onderdelen van het proces;
- het aantal fouten tijdens het primaire proces;
- een stabiele samenstelling van het behandelteam;
- de kwaliteit voor de revalidant.

Het was mogelijk in enkele maanden op basis van het stroomschema en de geformuleerde verbeterpunten per groep een rapportage- en een administratief verwerkingsvoorstel te formuleren.

De voorstellen van de drie groepen en het advies van de referentiegroep werden gepresenteerd in een tweetal lunchbijeenkomsten. Daar werd het licht weer op groen gezet en kon de testfase ingaan (fase 4).

In deze fase werd door de projectleiding aanvankelijk kennelijk onvoldoende rekening gehouden met de inhoudelijke en betekenisgevende dimensies. Medewerkers van verschillende organisatie-onderdelen wensden niet over één kam geschoren te worden met, in hun visie, inhoudelijk verschillend werkende collega's. De meerwaarde van kwaliteitszorg en procesverbetering weegt in dat geval niet op tegen het beleefde verlies aan inhoudelijke waarde.

Ook de schijnbare controverse tussen professionals en administratieve medewerkers was niet voorzien. Aan bijna alle kritische factoren ten aanzien van de sociale dimensie, bleek te weinig aandacht te zijn besteed en op inhoudelijk gebied was aan de factoren helderheid en veranderbaarheid niet voldaan. De betekenisgevende dimensie (motivering, aanspreekbaarheid, verbondenheid), was nog niet zodanig ontwikkeld dat men bereid was ten behoeve van de voortgang van het project over de verschilpunten heen te stappen. Opvallend was dat dit tot uiting kwam in het bovenbeschreven blokkerend geschilpunt over administratieve en procedurele aspecten. Hierachter lag echter ook een inhoudelijk aspect dat voor elke discipline consequenties kon hebben, namelijk het veel strikter gaan rapporteren volgens het SAMPC-model in termen van Stooris, Beperking en Handicap (SBH) -zie hoofdstuk vier-. Het op voorhand afstand nemen van een stuk professionele vrijheid ("hoe rapporteer ik") ten behoeve van een meer gestructureerde, soepele coördinatie van het behandelproces was

in dit stadium blijkbaar teveel gevraagd. Slechts met een extra inhoudelijke exercitie kan dit bezwaar weggenomen worden.

#### 5.4.4. Projectfase 4: Testfase met een aantal proefprojecten

De testfase van het project had als doel:

1. het verbeteren van de multidisciplinaire patiëntenbespreking;
2. oefenen met het vernieuwde formularium;
3. ontwikkelen van "nieuwe" werkwijzen, zoals bijvoorbeeld:
  - een vast behandelteam op de polikliniek
  - een andere wijze van rapportage (SAMPC / SBH-model)
  - een andere intake/observatie procedure
  - een andere aanpak bij ontslag en nazorg.

Besloten werd deze testfase te laten plaatsvinden binnen drie testteams:

Een klinische afdeling voor het rapportage-systeem en de ontslagprocedure, een poliklinische groep voor het formeren van een vast team en het werken met het SAMPC/SBH-model en de klinische kinderafdeling om te werken met een nieuwe wijze van rapporteren en het uitproberen van een nieuwe intake procedure.

Om de testfase in te gaan met een aantal test-criteria, werd een nulmeting gedaan middels enquêtes bij een aantal revalidanten alsmede interviews door de projectleiding van een aantal medewerkers. Voor de interviews van patiënten werden de bestaande vragenlijsten met enkele vragen rond het projectthema uitgebreid; vanwege de beschikbare tijd ging het om een beperkt aantal patiënten en leverde dit niet meer dan een kwalitatieve impressie op. De uitkomsten van deze enquêtes en de interviews met medewerkers werden als stuurinformatie gebruikt bij de opzet van de projecten.

In de loop van fase 2 en 3 was Het Roessingh benaderd met de vraag of er belangstelling bestond te participeren in een onderzoek naar de waarde van een nieuw rapportagesysteem, het Revalidatie Activiteiten Profiel. Door informatie middels een scoreformulier een aantal maal tijdens de behandeling, met name voor de patiëntenbespreking, vast te leggen zou de communicatie tussen de teamleden efficiënter moeten gaan verlopen. Het RAP is verdeeld in een vijftal domeinen: communicatie, mobiliteit, persoonlijke verzorging, dagbesteding en relaties. Deze domeinen zijn weer onderverdeeld in 21 items en 71 subitems. Het aantrekkelijke van dit systeem was de, op beperkingen en handicaps gerichte, rapportagesystematiek welke bedoeld was om de multidisciplinaire patiëntenbespreking beter te structureren. Dit sloot goed aan bij de in fase 3

omschreven doelstellingen van de testfase. Enerzijds omdat hiertoe in het kader van wetenschappelijk onderzoek door een universitaire afdeling werd verzocht, anderzijds omdat er mogelijk aanknopingspunten voor verbetering van de patiëntenbespreking uit voort zouden kunnen komen, werd besloten dit op een klinische behandelafdeling te gaan uitproberen. Dit werd beschouwd als een vierde proefproject.

De testfase werd na een periode van 6 maanden afgesloten.

De klinische afdeling had zich bezig gehouden met rapportagesystematiek en de ontslagprocedure en was er als enige in geslaagd op het beoogde tijdstip te starten. Het bleek niet mogelijk de rapportage volgens SBH te structureren omdat deze systematiek door de medewerkers nog onvoldoende beheerst werd. Het resultaat was dat de SAMPC-aandachtsgebieden consequenter gehanteerd werden. Men was erin geslaagd dit voor de verschillende disciplines te uniformeren, de eerste patiëntenbespreking zo te plannen dat alle therapeuten de patiënt voldoende gezien hadden, een verbeterde voortgangs- en afsprakenbewaking te ontwikkelen en de informatievoorziening aan de revalidant te verbeteren. Op basis hiervan kon ook de ontslagprocedure verbeterd worden.

De kinderafdeling had geruime tijd nodig om tot goede afstemming te komen over de voorgestelde intake-procedure en wijze van rapporteren. De vooraf opgestelde rapportagesystematiek voldeed niet en een alternatief systeem moest ontwikkeld worden. Een rapportageformulier werd voor elke discipline opgesteld en op basis daarvan moest een samenvatting en de behandelvisie door de revalidatie-arts geformuleerd worden. Deze informatie zou ter beschikking moeten zijn vóór eenieder bijeenkomt voor de patiëntenbespreking.

Op de dagbehandeling bleken de voorwaarden te ontbreken om tot een daadwerkelijke projectinvulling te komen. De bedoeling was in een vast team met het SAMPC/SBH-model te gaan werken. Er was hier nog niet overgegaan tot het formeren van vaste behandelteams voor individuele behandeling. Doordat eerst veel energie in het formeren van een vaste groep, en vervolgens de communicatie over de aanpak, moest worden gestoken, was binnen de gestelde periode geen projectrealisatie mogelijk. Een belangrijke aanbeveling vanuit dit proefproject was dan ook de suggestie om ook in dit organisatie-onderdeel vaste teams te gaan organiseren.

De klinische afdeling, die met het RAP proefdraaide, werd door een extern adviseur van de betrokken faculteit begeleid. De resultaten van dit experiment zijn in een proefschrift over het model beschreven (Van Bennekom en Jelles 1995). Voor het project zijn vooral de ervaringen met een verdergaande structurering van de patiëntenbespreking van belang. Er was inhoudelijk voor een aantal betrokken disciplines sprake van verbetering. De meerderheid van

betrokkenen vond de beproefde, met formulieren werkende, versie inhoudelijk op een aantal punten echter te beperkt en procedureel te omslachtig. De verbeteringen op de kliniek volwassenen en de kinderkliniek zijn structureel ingevoerd. De ervaringen met het RAP werden als leermoment positief maar qua beoogd effect (verbetering van de communicatie in de patiëntenbespreking) als overwegend negatief beoordeeld. Het project op de polikliniek moest als mislukt beschouwd worden.

Hoewel het vooraf de bedoeling was ook een nameting bij revalidanten en medewerkers te doen is daar om methodische redenen vanaf gezien. De voormeting betrof per project tussen de 8 en 12 patiënten en vanwege de langer dan verwachte duur waren deze voor een belangrijk deel reeds ontslagen.

De testfase (4) werd dus afgesloten met gemengde gevoelens. Hoewel er in het algemeen een zekere gretigheid bleef bestaan om aan kwaliteit te werken, ontstond er in de organisatie een gevoel van teleurstelling over het uitblijven van zichtbare successen. Het was dus zaak uit de ervaringen zodanig lering te trekken dat desondanks de basale veranderingsbereidheid zou kunnen worden aangewend in een meer structurele vervolgaanpak. Het formuleren van een instellingsvisie op de organisatie van kwaliteitszorg leek een voorwaarde voor verdere ontwikkeling. Dit betekende dat - mede vanwege het opgetreden tijdsverlies en de beschikbare financiering - op dat moment afgezien moest worden van verdere training en een brede introductie van multidisciplinaire kwaliteitszorg (fase 5).

Tijdens de testfase werd in multidisciplinair verband ervaring opgedaan met kwaliteitsverbetering; vooraf leek aan alle dimensies adequaat invulling te zijn gegeven. De inhoudelijke dimensie kreeg uiteindelijk voldoende invulling; de betekenisgevende dimensie bleef een probleem omdat de eventuele resultaten in verband werden gebracht met mogelijke reorganisatievoorname. Inspanningen op de kritieke factoren communicatie en informatie konden dit niet corrigeren. Tevens kan worden geconcludeerd dat een belangrijke organisatorische voorwaarde, het werken vanuit diensten, het soepel omgaan met multidisciplinaire procesverbetering in de weg stond.



#### 5.4.5. Projectfase 5: Evaluatie van de projectfasen en voorbereiding van de verankering van het kwaliteitssysteem

Uitgaande van de eerder beschreven (5.2.) doelstellingen is het volgende als opbrengst van het project te kenmerken.

- Er is een kwaliteitsvisie omschreven en in het instellingsbeleidsplan opgenomen, welke als kader voor beoordeling van bijvoorbeeld voortgang en projectopzet bruikbaar bleek.
- Door middel van informatie- en gedachtenwisseling is een bewustwordingsproces rondom het thema kwaliteitszorg op gang gekomen. In prioriteitsvolgorde is een aantal verbeterpunten voor de toekomst aangegeven.
- De kwaliteit van het primaire proces en de patiëntenbespreking heeft in de werkconferenties en voorlichtingssessies bij de diensten veel aandacht gekregen en heeft in een aantal gevallen (kinderkliniek, klinische volwassen afdeling) tot structurele procedurele verbeteringen geleid.
- Ervaring is opgedaan met een nieuw systematische wijze van rapportage en structurering van de teambespreking middels het Revalidatie Activiteiten Profiel.
- De uitgebreide exercities rond het SAMPC/SBH-model hadden als gevolg, dat er beter inzicht ontstond in het ineengrijpen van theorie en praktijk van behandelen en rapporteren. Dit heeft echter nog niet tot concrete verbeteringen in de gehele organisatie geleid.
- Het bewustzijn dat het werken in vaste teams een voorwaarde is voor systematische kwaliteitszorg én dat een meer diagnosegerichte organisatie-indeling noodzakelijk is, leidde tot vergroting van het draagvlak voor organisatie-ontwikkeling (het kantelen van de organisatie, zie 4.3).
- Er is tevens een groot draagvlak ontstaan voor de institutionalisering van kwaliteitszorg. Het voorstel daartoe werd uiteindelijk organisatiebreed geaccepteerd. Oorspronkelijk besloeg het project namelijk alleen de patiëntenzorgafdelingen.

Op basis van de ervaringen in de "project"-fasen (1 t/m 4) is een voorstel voor een meer structurele, en in de lijnorganisatie ingebedde, aanpak geformuleerd. Directie en managementteam zouden de verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsbeleid rechtstreeks moeten gaan invullen; daartoe zou de (adviserende) commissie kwaliteitsbeleid opgeheven worden. De functieomschrijving van kwaliteitscoördinator kon eveneens opgesteld worden. (Deze functionaris had inmiddels een op zijn taak toegesneden opleiding gevolgd) Leidinggevenden van verschillende afdelingen werden rechtstreeks verantwoordelijk voor het regelmatig uitvoeren van verbeterprojecten. Daartoe zouden, omdat geregelde

ondersteuning onmisbaar bleek, naast de kwaliteitscoördinator, een aantal (7) kwaliteitsmentoren worden aangesteld. Deze mentoren zouden moeten worden getraind in technische vaardigheden op het gebied van verbeterprojecten.

#### 5.5. Definitieve verankering van het kwaliteitssysteem in de organisatie

Vanwege het strategisch belang werd ervoor gekozen een formele adviesaanvraag aan ondernemingsraad en medische staf over de organisatie van kwaliteitszorg en de aanstelling van kwaliteitsmentoren voor te leggen. Weliswaar was met de behandeling van- en besluitvorming over deze adviesaanvraag en vervolgens het selecteren van de mentoren bijna een half jaar gemoeid; voor een goede kans op succes op langere termijn werd dit tijdverlies als secundair beschouwd. Op deze wijze werd tegemoet gekomen aan de factoren waar in een eerdere fase onvoldoende invulling was gegeven of rekening mee was gehouden (zie ook 5.6.).

Hieruit komt ook het dynamische of constructieve karakter van de gevolgde benadering naar voren. Het project ter invoering van kwaliteitszorg was vooraf in dynamische termen geformuleerd (zie ook bijlage 1). Desondanks diende ook om inhoudelijke en praktische redenen een brede introductie uitgesteld te worden tót na formalisering van de organisatie van kwaliteitszorg. Bovendien werd de brede introductie omgezet in het zoveel mogelijk via concrete projecten zichtbaar maken van de meerwaarde van kwaliteitszorg. Tenslotte kon worden vastgesteld dat multidisciplinaire verbeterprojecten in de bestaande dienststructuur niet vanzelfsprekend, maar onder sterke top-down sturing tot stand komen.

Begin 1995 vond de training van de mentoren plaats. Evenals over de eerdere besluitvorming werd hierover door regelmatige aandacht in diverse overlegssituaties en interne nieuwsbulletins informatie aan de organisatie verschaft. Een kennismakings- en informatieronde startte en (lerend van eerdere ervaringen) ondersteund door de mentoren begon men op diverse afdelingen met een beperkt aantal welomschreven projecten met goede slaagkans. Er werd een bescheiden bedrag in de begroting opgenomen ter facilitering van eventuele projecten. Van groot belang was de start van een project binnen de medische dienst rond het thema "wachtlijstverkorting". Een actieve revalidatie-arts-kwaliteitsmentor heeft dit project geleid en na een bijeenkomst met de voltallige medische staf waren met de resultaten intern en extern zinvol vervolgvacatiteiten te organiseren. Na een gezamenlijke tussentijdse evaluatie van mentoren en managementteam is eind 1995 de commissie kwaliteitsbeleid daadwerkelijk

opgeheven en zijn de taken door het managementteam overgenomen. Uit de eerste projecten bleek vervolgens dat het samenspel tussen leidinggevende als project-"eigenaar" en de mentor als project-facilitator verbetering behoefde. Ook de invulling van de verantwoordelijkheid van de leidinggevende om ook "lager" in de organisatie continue aan verbetering te werken, minder in afwachting van signalen vanuit de hiërarchie, leidde tot de erkenning van de noodzaak een volgende training te organiseren. Een verdere opleiding van de leidinggevende als projectleider is vervolgens voorbereid. Dit had mede als doel het verband tussen strategische en operationele verandering te verstevigen. De respons hierop was uiterst positief.

Inmiddels werd het thema kwaliteitszorg ook regulier tijdens begrotingsbesprekingen aan de orde gesteld. Geleidelijk aan begon zo een structureel ingebedde, op kwaliteitsverbetering gerichte, organisatie te ontstaan. De in hoofdstuk tien te beschrijven evaluatie van het functioneren en van de effecten, zou vervolgens gebruikt worden voor eventuele verdere verbetering en aanpassing van het systeem.

## 5.6. Beschouwing

In deze beschouwing wordt aan de hand van het beoordelingskader teruggekeken op de invoering van kwaliteitszorg in het revalidatiecentrum. Eerst komen de verschillende fasen aan de orde en daarna wordt ingegaan op de kritische factoren. Vervolgens het beoordelingskader en afgesloten wordt met een analyse van de mate van realisatie van het vooraf ontworpen kwaliteitssysteem.

### Het veranderingsproces. De fasering.

De door De Leeuw (1994) beschreven stappen waren herkenbaar. De diagnosefase is met name in hoofdstuk twee beschreven. Het ontwerp-kwaliteitssysteem werd in hoofdstuk 4.4. behandeld. In de fase van veranderkundige diagnose is ten aanzien van enkele voornemens een conclusie getrokken die te optimistisch was over de verandermogelijkheden. Wanneer in de voorbereiding meer aandacht zou zijn besteed aan een aantal factoren van met name sociale en inhoudelijke dimensie, zou de uitkomst van de proefprojecten beter zijn geweest. Er had meer in kennisoverdracht geïnvesteerd moeten worden en het management was te optimistisch over de "fit" tussen het procesgerichte kwaliteitssysteem en de organisatiestructuur. Zo was een dekkende deelname in de hiërarchische lijn onvoldoende gewaarborgd omdat de proeffase in de proces-kant van de organisatie plaats vond (het behandelteam), terwijl deelname, commitment en bereidheid tot verandering namens een bepaalde discipline

op dienstniveau moest worden geregeld. Dat beïnvloedde met name de mogelijkheid tot multidisciplinaire kwaliteitszorg in organisatie-onderdelen, waar nog geen vaste teamstructuur bestond. In zekere zin was er dus minder van transitie sprake dan vooraf was ingeschat en werd - zeker met het oog op de slaagkans in een aantal proefprojecten - de mogelijkheid in een beperkte tijd een zo grootschalige innovatie in te voeren, te optimistisch ingeschat. Ook de inhoudelijke verschillen tussen organisatie-onderdelen bleken te zijn onderschat. Daar tegenover staat, dat sommige in de voorbereidingsfase (projectfase 3) gesuggereerde verbeteringen al voor de formele start van de proefprojecten werden opgepakt.

#### De veranderstrategie.

De gekozen veranderstrategie bleek in belangrijke mate het beoogde effect te sorteren. Ten aanzien van sommige aspecten bleek dat te zeer was uitgegaan van de veronderstelling dat er sprake was van een transitieproces. De nadruk op rationele overtuigings- en zachte strategieën staat achteraf gezien niet ter discussie, maar er had ten aanzien van de bedoelde aspecten meer tijd en energie aan besteed dienen te worden. Hoewel procesgerichte multidisciplinaire samenwerking ook vanuit professioneel oogpunt nagestreefd wordt, blijken medewerkers - evenzeer uit professionele overwegingen - ten aanzien van bepaalde punten prioriteit aan hun dienst of discipline te blijven geven. Voor het aanbrengen van procesgerichtheid in de organisatie door middel van structuurwijzigingen lijkt dan op een aantal punten een machtsstrategie onvermijdelijk. Inhoudelijk had waarschijnlijk nog meer in kennisoverdracht geïnvesteerd moeten zijn alvorens met proefprojecten te starten. Het logische verband tussen kwaliteitsverbetering en verandering van attitude en interactie (Vinkenburg) was niet alleen onvoldoende gecommuniceerd; blijkbaar vraagt het veranderen van concreet gedrag een leerproces waarbij de organisatie ook van falen kan leren.

#### De veranderorganisatie.

De ingestelde hulpstructuur ondersteund door externe deskundigen bleek effectief, maar communicatie en interactie met de formele leidingstructuur was onvoldoende geregeld. Op moeilijke momenten was het daardoor mogelijk afstand te nemen, omdat het project te weinig als "eigen" werd ervaren. De veranderorganisatie bleek op dit punt minder adequaat. Het verband tussen strategische en operationele verandering en de coherentie van diverse activiteiten binnen de gehele organisatie waren vooraf onvoldoende doordacht en werden blijkbaar onvoldoende gecommuniceerd. Het gevolg was tevens dat diverse medewerkers door de opeenvolging van fases en parallel lopende projecten met een (soms onder woorden gebracht) gevoel van "alweer een

project" een wat afwachtende houding begonnen aan te nemen. De betekenisgevende dimensie kwam op die momenten onvoldoende tot stand. Ook was de schaal en snelheid zodanig dat informatievoorziening soms tekort schoot om adequate beweging in het veranderingsproces te houden; het ontstaan van een zeker gevoel van teleurstelling - in het licht van (te) hooggespannen verwachtingen - was zo niet te voorkomen. Bovendien was de interactie tussen inhoudelijke (product) kwaliteit en proces kwaliteit en de daarbij behorende organisatieaspecten onvoldoende inzichtelijk gemaakt, waardoor bij meniggeen de nadruk op proces- en organisatie-aspecten weerstand opriep.

De thema's in de projecten, hoewel breed gedragen, bleken uit teveel onderdelen te bestaan, waardoor onvoldoende beheersbaarheid en kans op succes aanwezig was. Voor het vervolg leverde dit laatste de suggestie op om prioriteit te geven aan invulling middels welomschreven, in tijd af te grenzen projecten.

#### **Kritieke factoren en dimensies.**

Tijdens de diagnose- en ontwerpfase is er weinig weerstand geweest tegen het voornemen een kwaliteitssysteem te introduceren. Achteraf gezien leek tijdens die fasen aan de meeste kritische factoren voldoende tegemoet gekomen te zijn. Het op dat moment ervaren voordeel (een niet bureaucratische, dynamische aanpak) veranderde in de volgende fasen in zekere mate in een nadeel. Door onvoldoende inzicht (vooraf) in de mogelijke consequenties ontstond weerstand toen de contouren van organisatorische en praktische aspecten van het kwaliteitssysteem zichtbaar werden. Het beter gedoseerd en "just in time" investeren in kennisoverdracht en communicatie is waarschijnlijk de enige manier om hieraan tegemoet te komen. Uit de diagnose- en projectfasen 1 t/m 3 is gebleken, dat de mate van succes vergroot zou zijn wanneer (in afnemend belang) aan de sociale, inhoudelijke en betekenisgevende dimensies meer aandacht zou zijn besteed. Alle door Vinkenburg (1995) geïnventariseerde sociale factoren speelden daarbij een rol; op inhoudelijk gebied vooral de helderheid en veranderbaarheid. De betekenisgevende dimensie blijkt voldoende ontwikkeld te moeten zijn wil men - bottom up - over tegenstellingen heen kunnen stappen. Wanneer deze tegenstellingen van professioneel inhoudelijke aard zijn, heeft het management nauwelijks formele instrumenten tot ingrijpen, teneinde een ontstane impasse te doorbreken.

Refererend aan het beoordelingskader moet gesteld worden, dat met name tijdens de proefprojecten (projectfase 4) de veranderorganisatie onvoldoende aansloot op- en/of rekening hield met de feitelijke organisatie en inhoudelijke verschillen tussen organisatie-onderdelen. Dat gold vooral voor de polikliniek en de kinderkliniek. Vervolgens bleken de factoren uit de sociale dimensie van overwegende invloed voor de polikliniek. Aan geen enkele factor bleek daar in

voldoende mate voldaan om enig resultaat te sorteren. Inhoudelijke factoren speelden in alle projecten in meerdere of mindere mate een rol en eens te meer bleek hoe weinig deze in een professionele organisatie stuurbaar zijn; de medewerkers van de kinderkliniek bleken (op inhoudelijke gronden) toch niet met de centraal ontwikkelde wijze van werken uit de voeten te kunnen. Inhoudelijke professionele argumenten speelden een grote rol bij de beoordeling van het RAP en vervolgens de bereidheid om het met succes te implementeren.

**Communicatie en informatievoorziening.**

Deze factor wordt in het model van Vinkenburg wel genoemd, maar zou wellicht een zwaarder accent moeten krijgen.

Gedurende alle fasen en vooral bij de overgang tussen de verschillende fasen is veel aandacht aan communicatie besteed. Dit werd gerealiseerd door de plenaire bijeenkomsten, een aantal "kwaliteits-nieuwsbrieven" en het consistent aandacht besteden aan de voortgang in werkoverleggen en bij officiële gelegenheden. Het valt moeilijk in te schatten in hoeverre deze informatie adequaat is geweest en heeft bijgedragen aan de te realiseren doelen. Er zijn geen signalen geweest dat er sprake was van te weinig informatie. Uitgebreidere, of beter gedoseerde, kennisoverdracht was in de voorbereidingsfase wellicht zinvol geweest om enkele van de eerder beschreven problemen te voorkomen.

**Het beoordelingskader.**

In figuur 5.4. is het beoordelingskader voor dit veranderingsproces geschetst. De diverse theorieën bleken gecombineerd tot een hanteerbaar kader te leiden. Zowel de fasering als de kritische factoren waren in de praktijk herkenbaar. Uit de voorgaande beschrijving van de fasering, de veranderkundige diagnose, de veranderingsstrategie, -organisatie en kritische factoren bleek het niet nodig het beoordelingskader wezenlijk aan te passen. De fasering bleek soms in elkaar over te gaan en in de praktijk is het niet mogelijk de diverse fasen strikt te scheiden. Zowel in de door Pettigrew en Whipp (1991) en Vinkenburg (1995) geïnventariseerde dimensies en factoren bleken de factoren kennisoverdracht, interactie en communicatie bij de introductie van een kwaliteitssysteem onderbelicht. Op grond van dit onderzoek kan daarom gesteld worden dat de door hen geïnventariseerde factoren niet gelijkwaardig zijn. De factor kennisoverdracht, én de timing daarvan, dient een zwaarder accent te krijgen. Het aspect communicatie/informatievoorziening moet wellicht als een separate dimensie benaderd worden.

Bij veranderingsprocessen moet het management rekening kunnen houden met de externe referentiekaders van de professionals; men dient daar tot op zekere hoogte dus ook inhoudelijk kennis van te hebben. Dan is het mogelijk tijdens

het veranderingsproces vooral op grond van "shared values" vooruitgang te boeken. In de professionele dienstverlening kan daarom als inhoudelijke factor, die van belang is voor de kans van slagen van veranderingsprocessen, "de aansluiting bij professionele waarden" toegevoegd worden.

#### **Mate van realisatie en gevolgen voor de wijze van verankering.**

Gezien de specificaties die voor het in te voeren kwaliteitssysteem waren opgesteld (zie 4.4.2.), kan gesteld worden dat het op de interne organisatie gerichte ontwerp in belangrijke mate is gerealiseerd. Ten gevolge van onvoldoende kennis-overdracht en aandacht voor een aantal inhoudelijke, sociale en vooral coherentie factoren heeft het proces ter inbedding van kwaliteitszorg in de lijnorganisatie ruim 6 maanden langer geduurd dan voorzien (24 i.p.v. 18 maanden). De "mislukkingen" zijn gebruikt om toekomstige veranderingen beter te organiseren.

De open, dynamische benadering, de betrokkenheid van de medewerkers en het, waar mogelijk, werken met evaluatiemomenten op grond van zelf opgestelde criteria, heeft tot een breed geaccepteerd systeem geleid. Hoewel eerst achteraf tot evaluatie is besloten, past deze benadering bij de uitgangspunten van constructieve technology assessment.

Het blijkt noodzakelijk continu aan de verschillende dimensies aandacht te besteden. Het besluit tot formalisering (met onder andere kwaliteitsmentoren) dient in de praktijk steeds bevestigd en met concrete acties ingevuld te worden. Dit geldt met name voor die factoren die eerder als problematisch werden ingeschat. Een belangrijke betekenisgevende en inhoudelijke vraag is in hoeverre men als medewerker concreet een bijdrage denkt te leveren aan een kwaliteitssysteem. Verondersteld mag worden dat dit de mate van bottom-up initiatieven en de mate van medewerking aan top-down acties positief beïnvloed. Daartoe zullen leidinggevenden en kwaliteitsmentoren ook de uit marktonderzoek en resultaatmeting voortkomende gegevens structureel dienen te gebruiken ter evaluatie van de bestaande gang van zaken en het signaleren van verbetermogelijkheden. Indien dit tot een continue reeks van overwegend succesvolle verbeterprojecten leidt, is er pas werkelijk sprake van een naar behoren functionerend kwaliteitssysteem. In hoofdstuk tien zal geëvalueerd gaan worden in welke mate daarvan na 4 jaar sprake is.

Voor de gezondheidszorg lijkt het van belang te constateren dat de introductie van multidisciplinaire kwaliteitszorg in een functiegerichte organisatie wellicht eerder kenmerken van een transformatie- dan van een transitieproces draagt. De kans van slagen van de invoering van kwaliteitszorg hangt dan af van de mate waarin de medewerkers in staat zijn over de grenzen van de eigen dienst

of discipline heen te stappen. Is de geneigdheid daartoe onvoldoende aanwezig, dan is het wellicht beter eerst veranderingen in de organisatie na te streven alvorens aan (verdere) invoering van het kwaliteitssysteem te werken.



## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 5

Bennekom C. van, Jelles F.; *The Rehabilitation Activities Profile*. Acad. Proefschrift Amsterdam 1995.

Koelman W.P.T.; *Verandering in kwaliteitszorg*. Acad. Proefschrift Enschede 1995.

Leeuw A.C.J. de; *Besturen van veranderingsprocessen*. Van Gorcom, Assen, 1994.

Lulofs H.W.; *De lerende organisatie*. In: *Werken met MANS*. Zoetermeer, Stichting MANS; 1988.

Pettigrew A.M., Whipp R.; *Managing change for competitive success*. Oxford, Blackwell Publ., 1991.

Rogers E.M.; *The Diffusion of Innovations*. New York, Macmillan publ. 1971.

Vinkenburg H.H.M.; *Het invoeren van kwaliteitszorg*. Handboek Kwaliteit van Zorg. 1994.

Vinkenburg H.H.M.; *Stimuleren tot perfectie, kritieke factoren bij het verbeteren van dienstverlening*. Acad. proefschrift. Groningen 1995.

## BIJLAGE 1: PROJECTOMSCHRIJVING, INVOERING VAN EEN KWALITEITS-SYSTEEM; HET ROESSINGH.

### Uitgangspunten aanpak

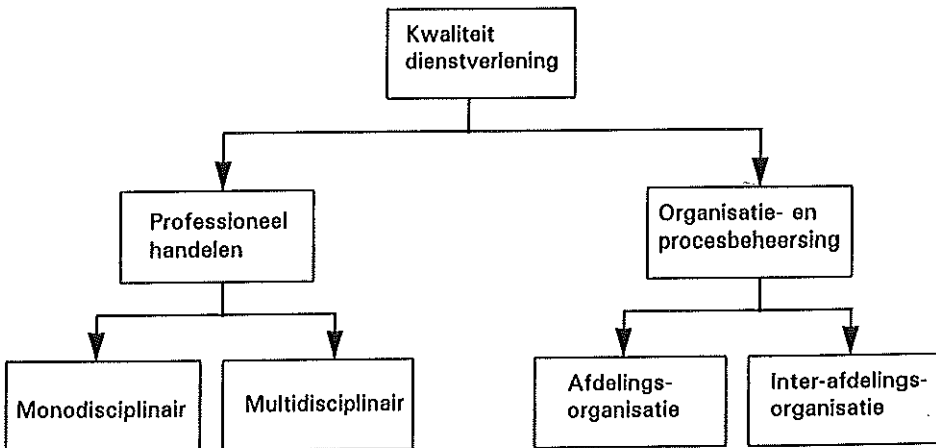
Gekozen wordt voor een aanpak die als volgt getypeerd kan worden:

*het primair proces: de multidisciplinaire zorg rondom de patiënt staat centraal.*

Het project is erop gericht de kwaliteit van de primaire patiëntenzorg stapsgewijs op diverse niveaus te verbeteren.

Tezamen met de disciplines die een bijdrage aan deze multidisciplinaire zorg leveren wordt geconcretiseerd wat wezenlijke kwaliteitskenmerken zijn van de eigen bijdrage in dit proces, de samenwerking met de andere disciplines, de werkwijze en de organisatie van het werk van de eigen afdeling en over de afdelingen heen.

In het onderstaande schema worden deze elementen weergegeven.



### *gefaseerde veranderingsaanpak*

Om een dergelijk proces te laten slagen is het noodzakelijk om een stapsgewijze aanpak te kiezen. Het veranderingsproces in Het Roessingh zal zich op diverse niveaus op verschillende terreinen afspelen.

Zo zullen het expliciteren van een visie, verandering van de eigen functionele werkcultuur, verandering van het procesbeheer en afspraken daarover, als ook een andere werkwijze en opstelling van de individuele beroepsbeoefenaar gedurende het project aan de orde zijn.

Een gefaseerde aanpak is noodzakelijk om de complexiteit te reduceren en tot haalbare verbeteringen te komen. Voorts biedt de fasering de mogelijkheid om tussentijds op basis van resultaten besluiten te nemen/zaken vast te leggen en indien noodzakelijk bijsturing te laten plaatsvinden.

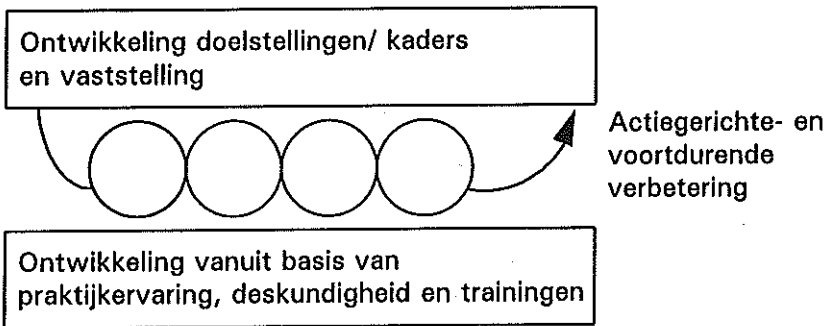
### *informatievoorziening voor noodzakelijke betrokkenheid*

Het voorgestelde programma heeft het karakter van een omvangrijk veranderingsproject. Teneinde medewerkers optimaal te betrekken bij het proces en steeds een dynamisch en motiverend effect te kunnen bereiken is de informatievoorziening tijdens alle fases van belang. Dit houdt in dat medewerkers mondeling en schriftelijk geïnformeerd worden over de aanpak, besluiten, voortgang en successen in het traject. Uit de wijze van informatievoorziening blijkt dat het een niet-vrijblijvend en voor de organisatie belangrijk project is.

### *kwaliteitsontwikkeling als proces*

Het voorgestelde programma is een iteratief proces van ontwikkelen, uitwerken, trainen, testen, evalueren en bijstellen.

We stellen een aanpak voor die vanuit de basis leidt tot vaststelling in de top van de organisatie.



De facto zal het proces gekenmerkt zijn door een bottom-up proces wat vanuit de centrale regie wordt aangestuurd. Het ontwikkelen van een gezamenlijke visie (zie stapsgewijze aanpak) is reeds een belangrijk onderdeel van het veranderingsproces (cultuurverandering).

### *aansluiten bij de staande kwaliteitsorganisatie*

De Commissie Kwaliteitsbeleid speelt een belangrijke rol op het gebied van de kwaliteitszorg (coördineren, initiëren, ontwikkelen en adviseren).

De expertise die in deze commissie bijeen is, zal dan ook maximaal in het project aangeboden moeten worden. Ook van de werkgroep deskundigheidsbevordering kan geconstateerd worden dat deze qua aandachtsgebied en expertise een geëigende rol dient te spelen.

Tijdens het project zal daarnaast in besluitvormende zin, onder voorzitterschap en verantwoordelijkheid van de directeur patiëntenzorg in de hiërarchie van de organisatie (in het managementteam) tot vaststelling van veranderingen gekomen worden. Uit het project zal naar voren kunnen komen dat in organisatie-onderdelen aanpassingen in werkwijze, organisatie of procesbeheer vereist zijn. Betrokkenheid van het betreffende diensthoud/lid van het managementteam in het proces is derhalve van wezenlijk belang voor een geslaagde uitvoering.

### *zo concreet en actiegericht mogelijk*

Om zo snel mogelijk op een concrete en actiegerichte wijze met de teams te kunnen gaan werken, is een relatief kort traject noodzakelijk waarin de kwaliteitsvisie geëxpliciteerd wordt en de belangrijkste zaken op organisatorisch terrein worden uitgewerkt (systematische

multidisciplinaire werkwijze met daarbij het rapportagesysteem en de werkwijze in patiëntenbesprekingen).

We stellen ons voor dat training en invoering in één van de organisatie-onderdelen worden getest en vervolgens in de breedte worden ingevoerd na een evaluatie.

Training zal plaatsvinden gericht op afzonderlijke disciplines alsook gericht op multidisciplinaire teams.

Nu reeds zijn door de werkgroep deskundighedsbevordering, alsook door het hoofd personeel en organisatie inhoudelijk de trainingsaspecten nader benoemd.

## **Plan van aanpak**

In het plan van aanpak onderscheiden we de volgende inhoudelijke stappen en kenmerken van de processtructuur.

### **Stappen.**

#### **Stap 1. Oriëntatie en voorbereiding.**

In deze fase vinden de volgende activiteiten plaats:

- vaststelling van de aanpak door de directeur patiëntenzorg;
- interviewronde met een aantal stake-holders in de organisatie;
- opstellen van een bouwstenennotitie waarin een voorzet voor een kwaliteitsvisie met daarbij een aantal uit te werken thema's wordt beschreven;
- samen met de stuurgroep inhoud en organisatie (plaats, programma, deelnemers, uitnodigingen etc.) voorbereiden van de werkconferentie.

De output van deze fase is:

Een vastgestelde aanpak van het project en een goede Informatievoorziening hierover bij de betrokken medewerkers.

De inhoudelijke en organisatorische voorbereiding van de werkconferenties.

#### **Stap. 2. Uitwerking kwaliteitsvisie/verbeterplan op instellingsniveau.**

Tijdens deze stap vinden de volgende activiteiten plaats:

- een tweetal werkconferenties met een 25-tal deelnemers;
- verwerking van de ontwikkelde visie in een rapportage getiteld: visie op kwaliteit primair proces: een kwaliteitsverbeterplan.
- bespreking, bijstelling van de rapportage in de stuurgroep.
- presentatie in de organisatie;
- uitwerking van aanpak stap 3.

De output van deze fase is:

Een kwaliteitsvisie en een verbeterplan op instellingsniveau die worden gedragen in de organisatie en bekend zijn.

Uitwerking en voorbereiding aanpak stap 3, zijnde geformuleerde taakopdrachten en samenstelling multidisciplinaire groepen voor diverse organisatie-onderdelen.

(We stellen ons voor dat de huidige functionele organisatie van klinische afdelingen, polikliniek en behandelcentrum de basis vormt om ongeveer tien multidisciplinaire groepen samen te stellen).

#### **Stap 3. Kwaliteitsverbetering op niveau organisatie-onderdelen.**

De activiteiten die in deze stap met deze multidisciplinaire groepen in vijf bijeenkomsten kunnen plaatsvinden zijn:

- training van basisvaardigheden zoals multidisciplinair samenwerken, communicatie, taakvolwassenheid, coördinatie, attitude;
- uitwerking van een methodische en systematische multidisciplinaire werkwijze die voor de betreffende populatie revalidanten/voor het betreffende organisatie-onderdeel tot een meer effectieve en efficiënte revalidatie leidt. (de kwaliteitsvisie en het RAP-systeem worden hierbij als input gebruikt);
- nadere uitwerking van verbetervoorstellen op basis van de kwaliteitsvisie, zoals ontwikkeld in stap 2. Hierbij staat de procesbeheersing van multidisciplinaire zorg centraal. Dit leidt onder andere tot aanbevelingen voor de organisatie en werkwijze van diverse disciplines, het overleg, het planningssysteem, rapportagesysteem e.d.
- per groep wordt een samenvattende rapportage over de drie onderdelen aan de stuurgroep uitgebracht;
- de stuurgroep bereidt de uitwisseling en visievorming over deze ontwikkelde inzichten (inhoudelijk en organisatorisch) in een werkconferentie voor;
- hiervan wordt een samenvattende rapportage opgesteld, besproken in de stuurgroep en ter besluitvorming voorgelegd;
- de aanpak voor fase 4 wordt uitgewerkt;
- er vinden informatiebijeenkomsten over de resultaten en aanpak plaats.

De output van deze fase is:

Er zijn basisvaardigheden aangeleerd in de organisatie. Door tevens de meest wezenlijke methodische en organisatorische verbeteringen uit te werken worden deze vaardigheden direct in de praktijk gebracht (feed-back mogelijkheid).

Professionals hebben zelf de te hanteren systemen uitgewerkt voor het organisatie-onderdeel. Dit is op instellingsniveau uitgewisseld; de gezamenlijke visie wordt verder geconcretiseerd. Op basis hiervan kan de overgang van een test in een multidisciplinair team op het niveau van de individuele patiëntenzorg gaan plaatsvinden.

#### **Stap 4. Testfase en training facilitators/kwaliteitsmanagers.**

De activiteiten in deze stap zijn:

- met een tweetal groepen worden een training en een test in de praktijk uitgevoerd;
- deze groepen bestaan uit medewerkers die in de navolgende fase de invoering tevens faciliteren/ondersteunen;
- de ontwikkelde inzichten worden in de praktijk toegepast en geëvalueerd;
- de groepen rapporteren aan de stuurgroep over de bevindingen;
- dit leidt tot voorstellen voor aanpassingen en besluitvorming hierover;
- er vindt informatievoorziening over resultaten en aanpak stap 5 plaats.

De output van deze stap is:

De test in een tweetal groepen leidt tot een beoordeling of er voldoende aantoonbare resultaten worden behaald.

De voorstellen worden in de praktijk beproefd. Dit leidt tot lering in de organisatie. Tegelijkertijd wordt de verbreding in de navolgende fase voorbereid door deelnemers faciliterende vaardigheden aan te leren.

#### **Stap 5. Verbredingsfase: Kwaliteitsverbetering multidisciplinaire teams.**

De activiteiten in deze fase zijn:

- er vinden informatiebijeenkomsten plaats waarin de werkwijze wordt toegelicht;
- de diverse multidisciplinaire teams gaan volgens de vastgestelde werkwijze werken;
- een training vindt plaats waarin zowel de samenwerking als ook het leveren van specifieke bijdragen vanuit de discipline centraal staat;
- de facilitator ondersteunt de invoering in het team;
- de externe adviseur/trainer neemt deel aan één of twee bijeenkomsten en geeft het team feedback.

De output van deze fase is:

Een in de praktijk beproefde werkwijze wordt algemeen ingevoerd. Afzonderlijke teams krijgen hierbij door een intern opgeleid functionaris en de extern begeleider ondersteuning.

## Stap 6. Evaluatie en aanpak vervolg

Tijdens deze stap vindt als activiteit plaats:

In een werkconferentie wordt het project qua aanpak en resultaten geëvalueerd.

Dit leidt tot een actualisering van de kwaliteitsdoelstellingen en een uitwerking van een kwaliteitsplan 1994. In elk geval zal in dit plan uitgewerkt worden op welke wijze een systeem van continue kwaliteitsverbetering in het primaire proces zal plaatsvinden. (opzet en werkwijze kwaliteitscirkels).

De output van deze fase is:

Op basis van ervaringen starten met het continue leerproces dat kenmerkend is voor integrale kwaliteitszorg. Dit wordt in een rapportage ter afronding van het project vastgelegd.

## Processtructuur

In de processtructuur onderscheiden we:

**Opdrachtgever:** directeur patiëntenzorg.

**Stuurgroep:**

**Taak:**

sturing en bewaking van de voortgang gedurende het project, vaststelling van rapportages en het zorgdragen voor organisatie van informatievoorziening.

**Samenstelling:**

Voor in het bijzonder de eerste drie fases is het van belang dat leden van het managementteam een actieve en sturende rol hebben. Dit kan het meest eenvoudig plaatsvinden door het managementteam de rol van stuurgroep te laten vervullen. In latere fases zal de Commissie Kwaliteitsbeleid een nadrukkelijker rol kunnen spelen.

De directeur patiëntenzorg treedt op als voorzitter.

**Frequentie:**

De stuurgroep zal in stap 1 en 2 gemiddeld eens per drie weken bijeen komen.

In de navolgende fasen zal de vergaderfrequentie op gemiddeld eens per 4 tot 6 weken liggen.

**Programmagroep:**

**Taak:**

Coördinatie en organisatie van de uitvoering alsook de voorbereiding van stappen.

**Samenstelling:**

Hoofd Personeel & Organisatie

Extern adviseurs/trainers

Afhankelijk van de fase enige deskundigen (werkgroep deskundigheidsbevordering)

De programmagroep zal naar behoefte bij elkaar komen.

## Extern adviseurs/trainers:

Van de extern adviseurs/begeleiders wordt onder andere het volgende verwacht:

- inhoudelijke kennis op het gebied van kwaliteitsverbetering;
- training gericht op ontwikkeling van vaardigheden en gedragsverandering;
- ondersteuning procesbegeleiding van het project;
- vroege signalering relevante zaken in procesverloop;

- motiverende en dynamische rol gedurende het hele project;
- rapportages en leveren een ondersteunende bijdrage bij de mondelinge en schriftelijke informatievoorziening in het Centrum.

### **Organisatie van het programma**

Gegeven de aard en intensiteit van het programma verwachten we dat een doorlooptijd van een jaar reëel is.

Daar er zowel sprake zal zijn van een gezamenlijke inhoudelijke visievorming en uitwerking, alsook van een daadwerkelijke training en gedragsverandering is deze tijd ook nodig om de veranderingen daadwerkelijk te laten beklippen.

In het onderstaande schema worden de fases met de diverse activiteiten weergegeven.

## BIJLAGE 2.

### Kwaliteitsvisie

*Wij staan voor:*

*Op de behoefte van de revalidant afgestemde revalidatiezorg, waarbij behandeling en begeleiding, gegeven mogelijkheden leiden tot een zo compleet mogelijk herstel en functioneren binnen beperkte tijd en kosten.*

*Hiervoor:*

*werken we als één team, met zo weinig mogelijk verschillende mensen (vertrouwen), met behulp van behandelplannen (één doel), die regelmatig bijgestuurd worden op basis van meetbare vorderingen alsmede efficiënte en effectieve afstemming in het team (één effect).*



## 6. HET MARKTONDERZOEK: INFORMATIE TEN BEHOEVE VAN HET SERVICE-ONTWERP

### 6.1. Inleiding

In een kwaliteitssysteem, en zeker in de ISO-9004.2 richtlijn, speelt klant- en marktgerichtheid een belangrijke rol. Klantgerichtheid niet slechts in de zin van de juiste attitude van- en de bejegening dóór de hulpverlener; in het kwaliteitssysteem gaat het meer om het inspelen op de specifieke wensen en behoeften van de individuele klant of een bepaalde doelgroep. De "markt" in de gezondheidszorg is een nog complexer begrip; daarin worden niet alleen de directe gebruiker, maar ook belangrijke beïnvloedende partijen begrepen zoals verwijzers en verzekeraars. Daarnaast is er in de algemene populatie sprake van een veelal onbekend aantal potentiële klanten. Daarbij moet rekening gehouden worden met het verschil tussen "needs", de reële zorgbehoefte, en "demands", de gevraagde maar niet altijd absoluut noodzakelijke zorg.

De bedoeling van het verrichten van marktonderzoek is het genereren van informatie om te verifiëren of bestaande behandelvormen nog bij de behoefte aansluiten en mogelijk aanpassing behoeven, of om nieuwe zorgvormen te ontwerpen. Als onderdeel van het bedrijfsketenmodel is dit te omschrijven als het aanpassen van het service-ontwerp. Het is in de gezondheidszorg nog weinig gebruikelijk expliciet marktonderzoek te doen. Uit inventariserend onderzoek zoals de eerder genoemde Nivel studies (Wagner e.a. 1995) blijkt, dat er zelfs in kwaliteitssystemen nog maar weinig aandacht is voor het bevorderen van de aansluiting van het aanbod op de behoefte. In de regel is dit nog een impliciet proces dat volledig aan professionals wordt overgelaten en niet gestuurd wordt door het management. Methoden voor behoefte-onderzoek in de gezondheidszorg zijn nauwelijks beschreven.

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de kenmerken van de markt in de gezondheidszorg, vervolgens op de wijze en het moment waarop behoefte onderzoek kan worden gedaan. Dit wordt toegelicht aan de hand van enkele pilots op het gebied van dwarslaesiebehandeling, bewegingsanalyse en pijnrevalidatie. Per pilot worden de consequenties voor het service-ontwerp beschreven. Tenslotte volgen aanbevelingen voor de afwegingen, die de instelling moet maken om te komen tot een keuze voor de wijze van marktonderzoek. Dit varieert van de wijze van gegevens verzamelen tot de manier waarop dit tot een eventuele aanpassing van het service-ontwerp kan leiden.

De ontwikkeling van dit deel van kwaliteitssystemen staat in de zorgsector nog in de kinderschoenen. Met dit hoofdstuk wordt beoogd een bijdrage te leveren

aan een betere wetenschappelijke onderbouwing van methoden en toepassingsvormen.

## 6.2. De gezondheidszorg"markt".

In het kader van de beschrijving van een kwaliteitssysteem is het gebruikelijk, om van "markt" te spreken, zeker wanneer van de ISO-systematiek wordt uitgegaan. Het gaat daarbij om de omgeving waaruit de instelling zijn klanten/patiënten en/of financiering verkrijgt. In hoofdstuk twee is beschreven dat de gezondheidszorg steeds meer "marktconforme" eigenschappen krijgt. De belangrijkste marktpartijen zijn de patiënt/consument, de aanbieder van zorg en de verzekeraar. Aanbieders zijn soms onderling afhankelijk als er een verwijzingskeuze of een doorstromingsrelatie bestaat. In die zin heeft een instelling te maken met een aantal "stakeholders" in de markt, waarmee, met name ook in het kader van strategische beleidsvoering, rekening moet worden gehouden. Aanbieders van zorg, die onvoldoende inspelen op de (veranderende) behoeften in de populatie die zij bedienen, verliezen uiteindelijk hun legitimatie en (mogelijk) financiering. In die zin dient elke instelling in de gezondheidszorg zich regelmatig af te vragen of nog geboden wordt wat "de markt" vraagt. In de Verenigde Staten is dit principe voor de revalidatiesector het uitgangspunt geweest voor het opzetten van het accreditatie model door de Commission for Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF 1984). Reeds in de eerste helft van de tachtiger jaren werd "market based planning" als uitgangspunt voor de revalidatiesector in de Verenigde Staten gekozen. Men achtte het een basaal organisatie uitgangspunt adequaat zicht op de markt te houden door behoeften en voorkeuren van de omgeving in beeld te brengen. Dit werd afgezet tegen de aanbod- en verkoopgerichte benadering, waarbij veeleer het professionele- of instellingsinzicht (en eventueel het -belang) als enig uitgangspunt voor het inrichten van het behandelproces gold. De belangrijkste doelstelling van deze "market based planning" was de tevredenheid van de klant; dit was ook de toets voor de mate van succes van de organisatie. Hieruit blijkt reeds dat onderzoek naar de behoefte van de cliënt en tevredenheidsonderzoek dicht bij elkaar kan liggen.

Voor het kwaliteitssysteem is informatie over de markt van belang voor een adequate vormgeving van de dienstverlening. Deze markt heeft een aantal specifieke eigenschappen (Wiersma 1993, van Kooy 1995).

De primaire klant, de patiënt, is wel degene aan wie de dienst (of zorg) verleend wordt, maar hoeft echter zelden meer dan een beperkte eigen bijdrage te betalen, zodat economische afwegingen geen grote rol spelen in het zoeken van

een hulpverlener of hulpverlenende instelling. Bovendien kan een zogeheten "moral hazard"-effect optreden: wetende dat men verzekerd is voor de meeste kosten van de ontvangen zorg, wil men een maximaal zorgpakket genieten. Er bestaat een verschil tussen de objectief vaststelbare behoefte aan zorg (de "needs") en de door het individu op meer subjectieve gronden gewenste zorg (de "demands"). Het effect van "moral hazard" zou een verschuiving in de richting van het tegemoetkomen aan "demands" kunnen zijn. De cliënt is vervolgens ook nog eens deel van het product: de interactie tijdens de zorgverlening heeft invloed op de beleving, de tevredenheid en het resultaat (van Erp 1989).

Naast de klant als patiënt, is het van belang in te gaan op de klant als consument. In hoofdstuk twee is toenemend consumentisme en individualisme als een invloedrijke trend aangemerkt. Dit gaat niet voor alle zorgvormen op, bij acute levensbedreigende situaties heeft men bijvoorbeeld nauwelijks keuze. Bovendien vraagt een keuze om kennis van de alternatieven of op zijn minst de notie van wat in een bepaalde situatie "het beste adres" is. Het alternatief is vertrouwen op de deskundigheid van de verwijzer; veelal wordt van die deskundigheid nog als vanzelfsprekend uitgegaan. De verwijzer neemt daarom in de gezondheidszorgmarkt een bijzondere positie in.

In Nederland worden patiënten via de huisarts of via een collega specialist naar de specialist (i.c. de revalidatie-arts) verwezen; dit betekent dat de opinie van de verwijzer zelf over de in te schakelen expertise en de indicaties voor de verwijzing, van groot belang is.

Een derde belangrijke partij, naast de patiënt en de verwijzer, is de betalende instantie. Afgezien van wettelijke regels en bepalingen, zal de neiging bij financiers om een instelling meer of minder middelen ter beschikking te stellen mede afhangen van het imago en de informatie waarover men beschikt. Indirect zijn ook overheden van belang, doch voor de individuele instelling telt dat minder; hoogstens als met het oog op speciale erkenningen of bijvoorbeeld bouwtrajecten, bijzondere of verstrekkende beslissingen van de overheid nodig zijn. Voor specifieke zorgvormen en/of behandelprogramma's speelt de overheid nauwelijks een "markt-rol"; natuurlijk bestaat er wel invloed op de regels die in de markt gelden.

In de periode voordat tot een meer systematische wijze van marktbenadering werd overgegaan, heeft Het Roessingh enkele positieve ervaringen met marktonderzoek opgedaan (Van Harten 1995). Verbetering van het kinderrevalidatieaanbod is als voorbeeld te noemen. Interviews met verwijzers, kinderfysiotherapeuten, ouderorganisaties en verzekeraars hebben tot een aantal aanbevelingen

voor verbetering van de organisatie en het zorgaanbod geleid, welke met succes zijn ingevoerd.

Hoewel de gezondheidszorg steeds meer kenmerken van een markt krijgt, is in Nederland, anders dan in de Verenigde Staten, het vertonen van expliciet (en soms expansief) marktgedrag, niet gebruikelijk. Het is dan ook de vraag in hoeverre kwaliteitszorg en de introductie van (klantgerichte) kwaliteitssystemen, zich met de strakke kostenbeheersingsstrategie van de overheid (en verzekeraars) verdraagt. Het is onwaarschijnlijk dat instellingen en beroepsbeoefenaars kwaliteitszorg invoeren met als achterliggende doelstelling het aantal patiënten te consolideren of te verminderen. Eerder mag verondersteld worden dat de onvermijdelijke, intrinsieke doelstelling van kwaliteitszorg, de klant zo goed mogelijk tevreden stellen, als vanzelf leidt tot beïnvloeding van patiëntenstromen in de richting van de instelling die daar het best in slaagt.

Hier stuiten we op een zeker dilemma. Introductie van kwaliteitszorg is een in vele opzichten gewenste en gestimuleerde ontwikkeling in de gezondheidszorgmarkt; de daarvan ongetwijfeld uitgaande marketing- en concurrentie prikkels zullen mogelijk niet door alle marktpartijen als even gewenst beschouwd worden.

### **6.3. Marktonderzoek en service-ontwerp.**

Het is nodig de doelstelling van marktonderzoek precies te omschrijven, alvorens keuzes voor een bepaalde onderzoeksmethode gedaan kunnen worden. Hoewel een zekere overlap bestaat, kan marktonderzoek in engere zin in het kader van het kwaliteitssysteem, en in bredere zin als onderdeel van strategische marketing beschreven worden. Omdat het laatste als het ware het kader biedt voor de invulling binnen het kwaliteitssysteem, zal op het proces van strategische marketing kort ingegaan worden. In de terminologie van CARF bestaat dit uit de volgende stappen:

Analyse, strategieformulering, opstellen beleidsplan, implementatie en evaluatie. De analyse betreft een onderzoek naar kenmerken van de markt, de eigen positie, de concurrentie en maatschappelijke- en omgevingsontwikkelingen. De gegenereerde gegevens worden vervolgens gebruikt voor het formuleren van strategie en beleid.

Ook door Van Kooy en Ravensbergen (1995) zijn de door een zorginstelling te nemen stappen van strategische marketing uitvoerig beschreven: marktonderzoek, SWOT-analyse (sterkte/zwakte/kansen/bedreigingen), vormgeving van het product, beschikbaar stellen van mensen en middelen en (indien nodig en mogelijk) de public relations strategie. Dickinson (1995) stelt dat het concept

van marketing voor verschillende vormen van innovatie in de gezondheidszorg te gebruiken is.

Marktonderzoek in het kader van een kwaliteitssysteem is vooral gericht op eventuele aanpassing van het ontwerp van dienstverlening, dit komt ook in de (eerder) schematisch weergegeven bedrijfsketen tot uiting. Niettemin kunnen de stappen van het marketingproces als hulpmiddel gebruikt worden om de besluitvorming over eventuele aanpassing te vergemakkelijken of om een beleidskader te hebben waarbinnen bepaalde besluiten makkelijker te plaatsen zijn.

#### Aggregatieniveau en informatiebronnen.

Bij het analyseren van de markt ten behoeve van een bepaald (aspect van het) zorgaanbod, dient een aantal vragen te worden beantwoord ter afbakening van het onderzoeksterrein. Het analyiseniveau (een diagnosecategorie, de instellingspopulatie, de regio) moet worden vastgesteld. Bij de bedrijfsketen gedachte past vooral het behandelprogramma of de zorg voor een bepaalde diagnosegroep. Maar een analyse van bepaalde aspecten die op instellingsniveau van belang zijn, is evenzeer denkbaar.

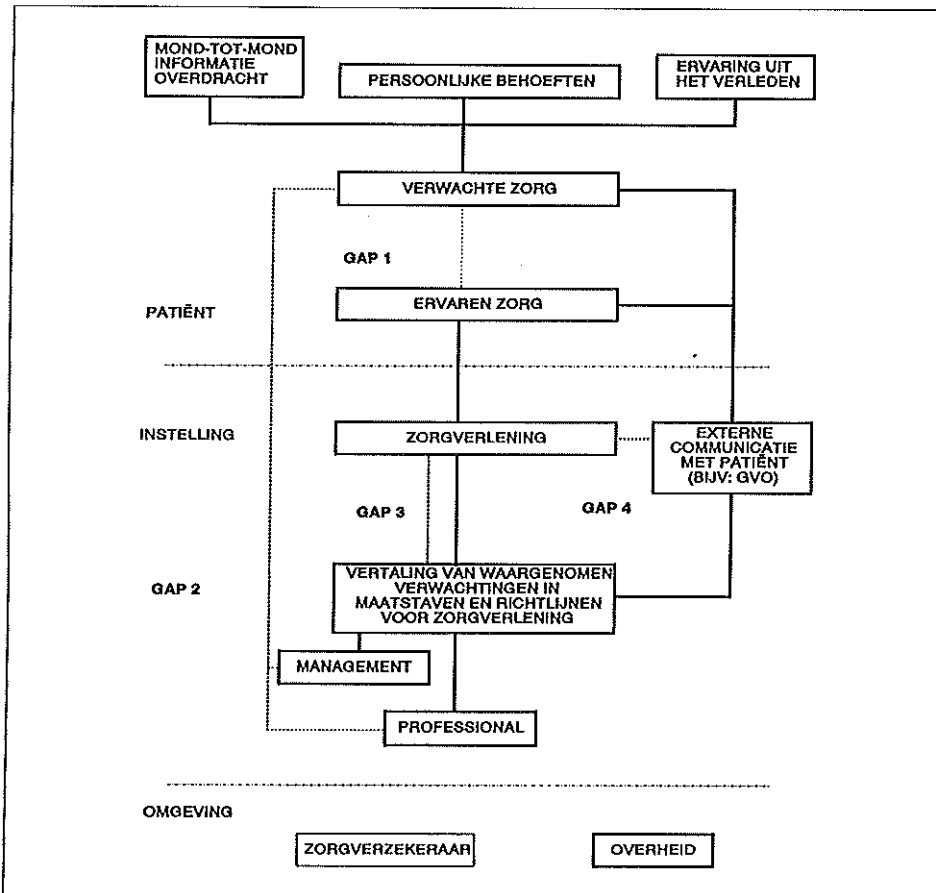
Vervolgens moet worden bepaald of men in eigen kring, bij de direct betrokken professionals en via eigen registratiesystemen, voldoende zicht heeft op marktontwikkeling en de aansluiting van het aanbod op de marktfragen. "Desk-research" is noodzakelijk om uit de literatuur en overige externe informatie- en gegevensbronnen, relevante informatie te genereren. Daarbij kan gedacht worden aan beleidsnota's, epidemiologische registratiegegevens en studies of toekomstscenario's over morbiditeitsontwikkelingen.

In de laatste plaats moet bepaald worden, welke marktpartijen in het onderzoek betrokken moeten worden. Benadert men van de zorgverzekeraars alleen de regionaal werkzame, of worden deze landelijk naar hun opinies gevraagd? Bestaat er een lacune in kennis over de behoeften van bijvoorbeeld de patiënt of de verwijzer? Het kan ook zijn dat er behoefte is aan informatie van alle mogelijke betrokkenen. Daarbij komt de vraag op wie van de marktpartijen ten aanzien van de onderzoeksvraag als "gebruiker" moet worden beschouwd. Bij diagnostische procedures is de arts of specialist die indiceert eerder als "gebruiker" te beschouwen dan de patiënt, die het geheel ondergaat. Bij veel behandelingskeuzen is er sprake van invloed van beide "gebruikers" (arts en patiënt) en zal elk van de waarde van de beoogde procedure of behandeling overtuigend moeten zijn. Vooralsnog lijkt de professionele opinie van de arts daarbij dominant, doch versterking van de positie van de patiënt in de komende jaren kan hier verandering in brengen.

Moment van onderzoek en aard van de te verkrijgen informatie (patiënten). Wanneer eenmaal besloten is tot het verrichten van marktonderzoek onder bepaalde "stakeholders" of doelgroepen, is het noodzakelijk stil te staan bij de vraag welke informatie redelijkerwijs aan deze bron te ontfanen zal zijn. Parasuraman e.a. (1985) hebben een conceptueel model ontwikkeld dat inzicht verschafat in de relaties tussen diverse betrokkenen bij het dienstverleningsproces. Het model geeft een aantal factoren aan die de door betrokkenen verwachte en beleefde kwaliteit beïnvloeden. Behoeften zijn voor een deel gebaseerd op algemene indrukken, verwachtingen en eerdere ervaringen.

Dit model sluit goed aan bij de door Harteloh en Casparie (1994) geformuleerde definitie van kwaliteit. De term kwaliteit is naar hun zeggen van toepassing indien er sprake is van een optimale verhouding van de gerealiseerde zorg ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van zorgverlening.

Het "Service Quality"-model van Parasuraman c.s. geeft een aantal mogelijke discrepanties (of "gaps") aan in de beleving van de kwaliteit van zorgverlening. De eerste discrepantie kan bestaan tussen de verwachte en de daadwerkelijke ervaren zorg. Als tweede, de discrepantie tussen het beeld dat de aanbieder zelf van de zorg heeft en de algemene indruk, zich uitend in verwachtingen, van de patiënt. Vervolgens discrepanties tussen de managementbeleving en de daadwerkelijk verleende zorg én de verleende zorg en de publiciteit of PR-vertaling daarvan (externe communicatie). Dit theoretisch model is allereerst van belang omdat het betrachten van voorzichtigheid ten opzichte van door subjectief oordeel verkregen informatie benadrukt wordt.



*Figuur 6.1.: Model voor de kwaliteit van zorgverlening (Parasuraman et al. 1985).*

Het verschil tussen verwachte- en beleefde zorg is niet alleen een mogelijke kwaliteitsindicator, maar kan ook als aangrijpingspunt dienen voor het bepalen van behoeften van de patiënt. Op basis van diverse interviews en later bevestigd door andere auteurs, hebben Parasuraman c.s. een aantal determinanten of algemene kenmerken voor het begrip kwaliteit van zorg bepaald, welke tevens als uitgangspunt voor behoefte-onderzoek zouden kunnen fungeren. De kenmerken zijn: toegankelijkheid, communicatie, competentie, beleefdheid, geloofwaardigheid, betrouwbaarheid, flexibiliteit, veiligheid, tastbaarheden en begrip/kennis van de cliënt.

De omschrijving van de determinanten kan als basis dienen voor onderzoek naar de algemene aspecten, die de verwachting (vooraf) en/of het oordeel (achteraf)

van de patiënt over de kwaliteit van een bepaald zorgaanbod kunnen bepalen (zie bijlage 1). Steeds zal dit algemene model naar de specifieke kenmerken van het zorgaanbod toegesneden moeten worden.

Het is weinig zinvol in een willekeurige populatie te gaan onderzoeken wat de behoefte aan c.q. de specifieke verwachtingen over een bepaald zorgproduct zijn. De individuele kans dat men er daadwerkelijk een beroep op zal doen is immers zeer klein en aangenomen mag worden, dat men zich nauwelijks enig beeld of verwachtingspatroon gevormd heeft. Morbiditeitsgegevens zijn eerder geschikt voor algemene beeldvorming maar minder voor de specifieke vormgeving van de zorgverlening. Een keuze voor algemeen populatie-onderzoek ligt dus niet voor de hand.

Het onderzoek onder patiënten vraagt om een nadere omschrijving van het begrip behoefte. Diverse auteurs beschrijven verschillende niveaus van behoefte aan zorg (Bijl en Mastboom 1986, McKillip 1987, Moons e.a. 1989).

Hoewel er variatie wordt aangetroffen in het aantal beschreven niveaus, komen de volgende drie in de regel voor:

1. Het hebben van problemen, verstoring van gezondheid en welzijn.
2. Behoefte aan het ontvangen van hulp in verband met deze problemen.
3. Behoefte aan het ontvangen van bepaalde professionele zorgvoorzieningen.

Vervolgens kan nog onderscheid gemaakt worden tussen "needs" - de objectieve zorgnoodzaak - en de "demands" - de meer subjectief bepaalde zorgbehoefte, waarop sociaal-culturele factoren sterker van invloed zijn. Het gaat er in deze studie niet om een keuze tussen deze vormen van behoeften te bepalen, maar om de bestaande behoeften nader te omschrijven.

Als tot behoefte-onderzoek onder (potentiële) cliënten overgegaan wordt, dan moet de patiënt zich op niveau 3 bevinden wil deelname aan het onderzoek zinvolle informatie opleveren. Immers door aselechte steekproeven uit de algehele populatie en de potentiële cliënten op niveau 1 en 2 te willen opsporen lijkt erg arbeidsintensief; dit vraagt om grote steekproeven. Voor dergelijk onderzoek komen bovendien slechts diagnosegroepen in aanmerking met een lage zorgbehoefte en ziekte met een niet-acuut of levensbedreigend verloop. Er blijven dan voor behoeftenonderzoek op niveau 3 als mogelijkheden over: kort voor -, tijdens - of na de behandeling.

Voor het doen van behoefte-onderzoek zou dan het interviewen van patiënten, die reeds geïndiceerd zijn maar nog wachten op het begin van de behandeling, een mogelijkheid zijn. Niet alle diagnosegroepen zijn hiervoor geschikt; het moet om sub-acute of chronische aandoeningen gaan, waarvoor minimaal een



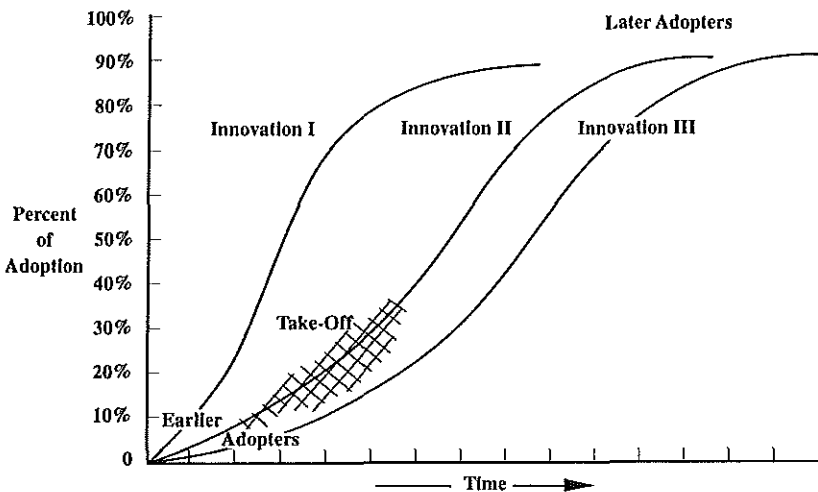
bepaalde wachttijd bestaat en de organisatie van het onderzoek in de wachtperiode mogelijk is. Wellicht wordt inzicht verkregen in essentiële behoeften (needs), doch het realiteitsgehalte van de verwachtingen ten aanzien van de behandeling mag betwijfeld worden. Zo vond Winter in zijn onderzoek naar de effecten van pijnrevalidatie (1992) dat alleen al het geplaatst zijn op de wachtlijst, een positief effect op de pijnbeleving van patiënten had.

Het onderzoeken van de zorgbehoefte tijdens of in een vroeg stadium van de behandeling heeft als voordeel, dat zowel verwachtingen als ervaringen beschikbaar zijn. Het conceptueel model van Parasuraman c.s. is dan wellicht bruikbaar. Naarmate men de patiënt verder in het verloop van de behandeling naar zijn behoefte aan zorg vraagt, heeft de afweging tussen (impliciete) verwachting en de ervaren zorg nadrukkelijker plaats gehad. De mate van tevredenheid zal dan meer van invloed zijn op de (achteraf) aangegeven behoefte. In een bepaald stadium verschilt behoefte-onderzoek dus eigenlijk niet meer van het vragen om suggesties voor verbetering tijdens exit-interviews. Theoretisch kan dus worden vastgesteld, dat deze twee niet zozeer conceptueel, maar qua uitvoering heel dicht bij elkaar liggen. Gezien de theoretische complexiteit van de opzet van behoefte-onderzoek mag de vraag opgeworpen worden of het in de dagelijkse managementpraktijk - ook in het kader van een kwaliteitssysteem - in de meeste gevallen niet volstaat uit exit-interviews of satisfactie-onderzoek de behoeften voor cliënten te destilleren.

Ontwikkelingsfase en de consequenties voor het onderzoek (m.n. verwijzers). Ook voor onderzoek onder verwijzers zijn de uitgangspunten van het "service quality"-model te gebruiken. Er ontstaat een probleem op het moment dat het om een nieuw product of nieuwe technologie gaat waarvan men op basis van eerdere ervaringen geen verwachtingspatroon heeft ontwikkeld. Nieuwe producten of technologieën maken in de regel een diffusieproces door, dat onder andere is beschreven door Rogers (1983). Het diffusieproces is vooral beschreven met het oog op het gedrag van degenen, die met de nieuwe technologie gaan werken. Het lijkt ook een bruikbaar theoretisch kader te kunnen leveren voor het beantwoorden van de vraag op welk moment in de diffusiefase van een bepaalde zorgtechnologie een benaderingswijze van de markt gekozen dient te worden. Daarnaast zijn een aantal eigenschappen van de (nieuwe) technologie van belang, waardoor de ene innovatie sneller ingang vindt dan de ander. Het gaat dan om aspecten als ervaren voordeel, aansluiting op bestaande werkwijzen, complexiteit, de mogelijkheid tot uitproberen, en de inzichtelijkheid van de voordelen voor een sociaal systeem als geheel. Met deze aspecten moet rekening gehouden worden wanneer mogelijke marktpartijen benaderd gaan worden. Rogers onderscheidt een aantal stadia in het besluitvor-

mingsproces van een belanghebbende om tot introductie van een nieuwe technologie over te gaan: kennisvergaring/overdracht, overreding, besluitvorming, implementatie en bevestiging. Vooral in de (verwijzings)contacten tussen professionals is het belangrijk dat men van het nut van de beoogde innovatie bewust wordt; in de gezondheidszorg is het (nog steeds) minder gebruikelijk innovaties rechtstreeks aan de gebruikersmarkt te presenteren, omdat de professionele acceptatie in de regel zwaarder weegt. Onder concurrentiedruk gaan onderzoeksinstituten echter wel steeds meer over tot rechtstreekse berichtgeving aan de markt, bijvoorbeeld via de televisie.

Het diffusieproces van de innovatie in de markt verloopt in de regel via een curve, waaraan een viertal fasen te onderkennen zijn: de fase het adopteren door van de "early adopters", de "early majority", de "late majority" en de "laggards", de achterblijvers. Elk heeft daarbij een basishouding, die kort en bondig door Rogers respectievelijk als ondernemend, overwogen, sceptisch en traditioneel omschreven is.



*Figuur 6.2.: Innovatie-diffusieproces volgens Rogers (1983).*

Als aan de hand van de diffusiecurve vastgesteld kan worden dat de techniek of het product zich nog in de fase van de "early adopters" bevindt, zal behoeftepeiling vooral door informatieverschaffing en het registreren van de reacties daarop dienen te geschieden. Het aanpassen of verbeteren van een bestaand

product dat na zijn diffusie in een min of meer stabiele fase is gekomen, kan met een geheel andere benadering omdat men kan refereren aan ervaringen met het betreffende product (of een voorganger ervan).

Nadere uitwerking van de onderzoeksmethode.

De vorm van onderzoek onder cliënten en verwijzers kan grofweg verdeeld worden in een individuele (interview of enquête) benadering en een groepsbenadering (bijv. focus group). In het laatste geval wordt een aantal ervaringsdeskundigen of recent uit behandeling ontslagen patiënten uitgenodigd en gericht gevraagd naar een aantal algemene kwaliteits- en inhoudelijke zorgaspecten. De mogelijke onderlinge interactie tussen de respondenten is een belangrijk verschil met de individuele benadering. Voor het opstellen van hun model zijn Parasuraman c.s. vooral van de focus-group benadering uitgegaan. Voor onderzoek naar behoeften onder patiënten kan, afhankelijk van het behoefteniveau dat onderzocht wordt, in diverse stadia voor of tijdens de behandeling, van het model van Parasuraman c.s. gebruik gemaakt worden. Juist omdat - zoals aangegeven - de grens met satisfactie bepaling erg dichtbij is, dient per onderzoek en zorgvorm een zorgvuldige afweging van de te volgen werkwijze plaats te vinden.

Voor de meer technische aspecten van het doen van onderzoek naar de mening van patiënten wordt naar hoofdstuk acht verwezen.

Voor onderzoek onder verwijzers geldt dat naast het professioneel oordeel ook ervaringen uit het verleden en de opinies van vakgenoten van belang zijn. Ook daar kan een "gap" optreden tussen verwacht versus gerealiseerd nut voor de patiënt. Tevens dient dan rekening gehouden te worden met de eerder genoemde kenmerken van technologieën, welke van invloed zijn op de snelheid van diffusies.

Omdat elke behandelvorm zijn eigen marktkenmerken heeft, zal volgens een aantal stappen per geval een onderzoeksmethode moeten worden uitgewerkt.

Samenvattend dienen voor de start van behoefte-onderzoek de volgende afwegingen te worden gemaakt:

1. vaststellen aggregatieniveau; meestal behandelprogramma of organisatie;
2. a. verifiëren intern beschikbare impliciete of expliciete (schriftelijke) informatie;  
b. aanvullende desk-research; bijvoorbeeld literatuuronderzoek, scenario-studies en commissierapporten;
3. vaststellen onderzoeksdoelgroep(en); dient het onderzoek onder (potentiële) patiënten, verwijzers, verzekeraars óf onder meerdere doelgroepen tegelijk uitgevoerd te worden;

4. Uitwerking van de onderzoeksmethode:
  - a. - bepaling van het moment van onderzoek onder (potentiële) patiënten; vlak voor of tijdens de eerste fase van de behandeling;
  - bepaling van het diffusiestadium in verband met onderzoek onder (potentiële) verwijzers;
  - b. nadere uitwerking van de onderzoeksopzet en instrumenten, aangepast aan de te onderzoeken behandelvorm en gekozen doelgroep(en).

In het vervolg worden enkele pilots van behoefte-onderzoek beschreven van in verschillende diffusiestadia verkerende zorgvormen/diensten. De bovenbeschreven stappen zullen daarbij worden gevolgd. Onder andere zal worden getoetst of het model van Parasuraman een bruikbaar uitgangspunt is voor het doen van behoefte-onderzoek onder patiënten.

#### 6.4. Case-behoefte-onderzoek dwarslaesiepatiënten

##### 6.4.1. Productomschrijving dwarslaesiebehandeling, relevante kenmerken

Om ervaring op te doen met behoefte-onderzoek onder patiënten, is gezocht naar een behandelprogramma waarover bij de betrokken behandelaars ten aanzien van de inhoudelijke invulling geen twijfel bestond. Allereerst dient te worden onderzocht of op basis van de eerder behandelde theorie een goed meetinstrument te ontwikkelen is; vervolgens of de betrokken behandelaars met de gegenereerde gegevens in staat zijn het behandelprogramma kritisch onder de loep te nemen. Gekozen is voor de revalidatie van dwarslaesiepatiënten. Deze categorie is mede gekozen vanwege, in de regel, goede verbale vaardigheden en het ontbreken van cognitieve stoornissen.

De behandeling van dwarslaesiepatiënten is in de na-oorlogse jaren sterk verbeterd en vanwege de speciale deskundigheid, die voor de revalidatie van deze categorie vereist is, is aan zeven centra in Nederland een erkenning voor de opvang van verse hoge dwarslaesies toegekend. Wereldwijd ziet men steeds nauwere samenwerking met trauma-centra en neurochirurgische klinieken in de vorming van zogeheten "spinal units". Professioneel bestaat in Nederland en België consensus over de wijze waarop de behandeling moet worden vorm gegeven. Juist vanwege de grote mate van consensus onder professionals is ervoor gekozen onder deze ernstig gehandicapte doelgroep van patiënten behoefte-onderzoek te doen. Niet zozeer dus vanwege een besef van gebrek aan impliciet intern aanwezige kennis, maar veeleer ter toetsing van professionele inschattingen. De doelgroep als niveau-insteek en de keuze van de patiënt als marktpartij zijn daarmee bepaald.

Het diffusie stadium - een gevestigde vorm van behandeling - leidt tot de conclusie dat een onderzoek op basis van ervaringen en/of beeldvorming mogelijk is. Het moment van onderzoek kan op zijn vroegst (kort) na de aanvang van de revalidatie plaatsvinden. Daarbij dient in aanmerking genomen te worden dat er tijdens de immobilisatiefase vaak nog geen reële inschatting bij de patiënt bestaat over de beperkingen en handicaps waar hij mee geconfronteerd zal worden; bovendien is de patiënt nog maar nauwelijks aan het, veelal langerdurende, acceptatieproces begonnen. Er wordt vanuit gegaan dat dit in totaal wel twee tot vijf jaar kan duren. Wel zal een instrument moeten worden ontwikkeld dat de voor deze zorgvorm specifieke behoeftes meet.

#### 6.4.2. Uitwerken van de onderzoeksmethode

De typering van de doelgroep is belangrijk omdat op basis van het theoretisch model niet alleen de algemene aspecten, maar juist ook diagnose-gebonden persoonlijke zorgbehoeften bevestigd dienen te worden. Uitgaande van de theorie van Parasuraman c.s. en de gekozen periode van onderzoek (de eerste fase van de behandeling) zijn de algemene kenmerken van de revalidatiebehandeling en de specifieke zorgbehoeften van dwarslaesiepatiënten in een vragenlijst uitgewerkt. In het eerste deel van deze vragenlijst wordt ingegaan op achtergrondgegevens en eerdere ervaringen met Het Roessingh.

Vervolgens worden in het tweede deel uitgebreidere vragen gesteld over de persoonlijke zorgbehoeften; hiertoe is in de literatuur en in gesprekken met betrokken professionals naar veel voorkomende aandachtsgebieden bij dwarslaesiepatiënten gezocht (Raadsen en Van Asbeck 1994). Het gaat om:

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| - Wassen en verzorgen  | - Handhaven gewicht       |
| - Aan- en uitkleden    | - Rolstoelrijden          |
| - Decubitus            | - Transfers               |
| - Spasticiteit         | - Vervoer                 |
| - Contracturen         | - Belastbaarheid/conditie |
| - Houdingen handhaven  | - Eten en drinken         |
| - Houdingen veranderen | - Continentie handhaven.  |

Het aandachtsgebied "aanpassingsproblemen" is gericht op de sociaal-maatschappelijke aanpassing aan de nieuw ontstane situatie (familie, vrienden, werk). Na de eerste vijf interviews bleek dat dit aspect gemist werd. Het is daarop alsnog toegevoegd; in de verdere bewerking mist dit aandachtsgebied enkele respondenten die dus wél aangaven moeite te ervaren.

In het kader van het behoefte-onderzoek zijn niet slechts de aanwezige stoornissen en beperkingen belangrijk, maar vooral ook de problemen die de patiënt

daarmee ervaart. Er kan daarbij ook een belevingsaspect aan de orde zijn. De vragenlijst wordt daarom begonnen met het niveau van stoornissen en beperkingen (welke moeite heeft u met ...?); vervolgens wordt gevraagd in welke mate dit als probleem wordt ervaren.

Aan de methode van het Revalidatie Activiteiten Profiel (Van Bennekom en Lankhorst 1992) is de score van de mate van probleemervaring ontleend (0-geen moeite/geen probleem, 1- een beetje moeite/een klein probleem, 2-tamelijk veel moeite/een ernstig probleem, 3- veel moeite/een zeer ernstig probleem). Daarnaast worden per persoonlijke zorgbehoefte aanvullend vragen gesteld over de verwachte- en de ervaren behandeling. Behalve voor de vragen over probleemervaringen is een vijfpuntsschaal gebruikt (deze zullen bij de betreffende scores toegelicht worden).

De door Parasuraman c.s. ontwikkelde algemene kenmerken (zie bijlage 1) zijn , per kenmerk, in meerdere vragen uitgewerkt in het derde gedeelte. Onderstaand zijn daarvan een aantal voorbeelden gegeven.

Voorbeelden van vragen over de algemene kenmerken van zorgverlening.

#### **MATE VAN TOEGANKELIJKHEID**

1. *Afspraken kunnen snel en gemakkelijk worden gemaakt.*
2. *De behandelaars in Het Roessingh zijn telefonisch goed bereikbaar.*
3. *Ik kon direct worden opgenomen in Het Roessingh.*

#### **GELOOFWAARDIGHEID**

9. *Het Roessingh heeft een goede naam.*
10. *Je hoort over Het Roessingh veel goede verhalen.*
11. *Bij Het Roessingh ben je op het beste adres op het gebied van revalidatie.*

#### **VEILIGHEID**

17. *Bij Het Roessingh wordt discreet omgegaan met de problemen die ik heb.*
18. *Op de kamers heerst voldoende privacy.*
19. *Bij Het Roessingh is het mogelijk mijn persoonlijke eigendommen goed op te bergen.*
20. *Binnen Het Roessingh werd er alles aan gedaan om ongelukken zoveel mogelijk te voorkomen.*

Ter verificatie van het theoretisch model van Parasuraman c.s. en het relateren van de resultaten aan het oordeel over de kwaliteit van zorg zijn enkele globale vragen over de gepercipieerde kwaliteit opgenomen. Dit om na te gaan hoe bepaalde (verwachtings- of ervarings-)aspecten met het oordeel over de kwaliteit van zorg correleren. De vragen naar het oordeel over de kwaliteit van zorg staan hieronder weergegeven.

Dit vierde deel van de vragenlijst bestond uit een aantal stellingen, die beantwoord konden worden met: absoluut niet mee eens, niet mee eens, geen mening, mee eens, volledig mee eens.

**KWALITEITSOORDEEL**

55. *Ik ben erg tevreden over de zorgverlening in Het Roessingh.*
56. *De zorgverlening in Het Roessingh voldoet aan mijn verwachtingen.*
57. *Op de zorgverlening in Het Roessingh is weinig aan te merken.*
58. *De kwaliteit van de zorgverlening in Het Roessingh is goed.*
59. *De hoeveelheid hulp die ik kreeg was voldoende.*
60. *De persoonlijke aandacht die ik kreeg was voldoende.*
61. *De hoeveelheid tijd die aan mij werd besteed was voldoende.*
62. *De ruimte die ik kreeg voor eigen inbreng was voldoende.*

Eenzelfde werkwijze werd tenslotte gevolgd bij vragen over de informatievoorziening waarbij zowel de inhoud als de wijze van informatieverschaffing aan de orde kwamen.

Aangezien in deze pilot onderzocht wordt of het instrument geschikt is om zorgbehoeften te meten, is bij de analyse tevens de betrouwbaarheid getoetst. Voor de specifieke zorgbehoeften was een statistische toetsing niet mogelijk. Voor de vragenlijst die is opgesteld over de algemene kenmerken van de zorgverlening was dit wel het geval. Hiertoe is als betrouwbaarheidscoëfficiënt voor de consistentie in het beantwoorden van de vragen, de Cronbachs alpha ( $\alpha$ ) bepaald. Deze kent een waarde tussen 0 en 1 en naarmate de score hoger is, is de interne consistentie van de vragenlijst hoger. Voorzover een waarde onder de 0,60 werd gevonden is nagegaan in hoeverre het achterwege laten van bepaalde vragen tot verbetering van de  $\alpha$  kon leiden. Enkele vragen zijn daarop in de verdere bewerking niet meegenomen.

Voor het beoordelen van de validiteit van het 2e en 3e gedeelte is nagegaan of de antwoordpatronen overeenstemden met het door Parasuraman gegeven kader; er dient zowel op het terrein van persoonlijke zorgbehoeften als ten aanzien van de algemene kenmerken een aantoonbare relatie te bestaan met het oordeel over de kwaliteit van zorg. Hiertoe zijn correlatie coëfficiënten bepaald.

De resultaten van dit behoefte-onderzoek zijn vervolgens aan de verantwoordelijke revalidatie-artsen (2) voor dit programma voorgelegd. Daarbij zijn de juistheid, de interpretatie en de bruikbaarheid voor een kritische beschouwing van het bestaande behandelaanbod aan de orde gesteld. De reactie van de behandelaars wordt bij de resultaten integraal beschreven. De verschillende

onderdelen van de vragenlijst met diverse antwoordschalen en bewerkingen geven een vrij complex beeld. Daarom wordt in een overzicht het geheel nogmaals gepresenteerd.

**Tabel 6.3.: Overzichtskader behoefte-onderzoek dwarslaesiepatiënten.**

Onderdelen vragenlijst	Bron	Antwoordschaal	Bewerking	Correlaties
I Demografische kenmerken	n.v.t.	n.v.t.	gemiddelde/SD	n.v.t.
II Persoonlijke zorgbehoeften per aandachtgebied a. moeite b. probleemervaring  c. verwachting t.a.v. vermindering problemen d. ervaring t.a.v. vermindering problemen	* Raadsen v. Asbeck - revalidatieartsen * RAP-scores Bennekom en Jelles	0 geen moeite/geen probleem 1 ... 2 ... 3 veel moeite/zeer ernstig probleem	steeds gemiddelde/SD <i>tabel 6.4</i>  <i>tabel 6.5</i>	correlatie met oordeel over kwaliteit van zorg <i>tabel 6.11</i>  kruistabel met ervaring behandeling <i>tabel 6.6 e.v.</i>
		1 nee, zeker niet 2 ... 3 weet niet/geen mening 4 ... 5 ja, zeker wel	verschil verwachting, ervaring, Wilcoxon-test <i>tabel 6.8</i>	kruistabel met probleemervaring <i>tabel 6.6, 6.7</i> correlatie met oordeel over kwaliteit van zorg <i>tabel 6.11</i>
III Algemene kenmerken	Parasuraman c.s.	1 veel minder dan verwacht 2 ... 3 ... 4 ... 5 veel beter dan verwacht	Cronbach's $\alpha$ <i>tabel 6.9</i>  gemiddelde/SD <i>tabel 6.10</i>	correlatie met oordeel over kwaliteit van zorg <i>(tekst)</i>
IV Kwaliteitsoordeel	eigen ontwerp	1 absoluut niet mee eens 2 ... 3 ... 4 ... 5 volledig mee eens	Cronbach's $\alpha$ gemiddelde/SD	correlatie met Ila, IId in <i>tabel 6.11</i> met IIf in <i>tabel 6.12</i>



### 6.4.3. Resultaten Behoeftte-onderzoek dwarslaesiepatiënten

Er zijn in totaal 24 dwarslaesiepatiënten geïnterviewd.

Van deze patiënten was de gemiddelde leeftijd 38 jaar (SD = 17 jaar), 21 waren van het mannelijk geslacht, 3 vrouwelijk. Het moment van enquête vond plaats bij een gemiddelde opnameduur van 5 maanden (SD = 5 maanden). De totale opnameduur varieerde in de regel tussen 6 en 15 maanden. Het bleek niet mogelijk alle patiënten aan het begin van de behandeling te interviewen vanwege de beoogde duur van de pilot.

De persoonlijke zorgbehoeften.

#### a. Moeite met bepaalde aandachtsgebieden.

De gemiddelden van de antwoorden die de patiënten gegeven hebben op de vraag of zij moeite hadden met bepaalde zaken staan weergegeven in tabel 6.1.

"Geen moeite" kreeg een score 0. Indien men ergens moeite mee had, kon men dat aanduiden met "een beetje moeite" (score 1), "tamelijk veel moeite" (score 2) en "veel moeite" (score 3).

Uit tabel 6.4. kan worden afgeleid dat men gemiddeld genomen met alle aandachtsgebieden "een beetje moeite" had. Met uitzondering van decubitus, handhaven gewicht, rolstoelrijden, vervoer en eten en drinken, daar lag de score gemiddeld dicht bij "geen moeite". Zeker bij aanvang van de behandeling zijn deze lage scores wellicht uit de beperkte ervaring met deze aandachtsgebieden te verklaren. Voor aan- en uitkleden kwam het niveau uit tussen "een beetje moeite" en "tamelijk veel moeite".

De revalidatie-artsen vonden het moeilijk de juistheid van deze gegevens in te schatten. Vooral vanwege de gebruikte score; hoewel deze volledig aansluit bij de systematiek van het Revalidatie Activiteiten Profiel is interpretatie op groepsniveau met een forse standaarddeviatie niet eenvoudig. Wel werd opgemerkt, dat de gemiddelde "moeite-scores" als te laag werden beschouwd vanuit professioneel oogpunt. Dit kan evenwel bij de ziektefase passen. Ontwikkeling van ziekte-inzicht en -acceptatie vergen een vrij lange periode.

#### b. Probleemervaring t.o.v. bepaalde aandachtsgebieden.

De vragen ten aanzien van probleemervaringen en de later weer te geven verwachtingen en ervaringen, zijn alleen gesteld indien men bij de eerste vraag minimaal "een beetje moeite" met het betreffende aandachtsgebied

heeft gescoord. Geantwoord kon worden met "nee, geen probleem" (score 0), "ja, een klein probleem" (score 1), "ja, een ernstig probleem" (score 2), "ja, een zeer ernstig probleem" (score 3).

**Tabel 6.4.:** De gemiddelde moeite van de respondenten t.a.v. verschillende aandachtsgebieden (n = 24, 0 = geen moeite, 3 = veel moeite).

Aandachtsgebied	Moeite		
	Gem	Stdev	n
wassen en verzorgen	1,3	1,2	24
aan- en uitkleden	1,5	1,4	24
decubitus	0,3	0,8	24
spasticiteit	1,3	1,0	24
contracturen	0,7	0,7	24
handhaven houding	0,8	0,9	24
houding veranderen	1,3	1,3	24
handhaven gewicht	0,3	0,7	24
rolstoelrijden	0,5	0,8	24
transfers	1,0	1,4	24
vervoer	0,3	0,8	24
belastbaarheid	0,8	0,9	24
eten en drinken	0,4	0,9	24
continentie handhaven	0,9	1,1	24
aanpassingsproblemen	0,8	1,1	19

De score van de meeste aandachtsgebieden lag gemiddeld rond "een klein probleem". De gemiddelde score voor decubitus, continëntie handhaven en aanpassingsproblemen lag tussen "een klein probleem" en "een ernstig probleem". Daarbij moet men wel bedenken dat de vraag of het voorkomen van decubitus problemen met zich meebrengt, slechts door vier mensen is beantwoord.

De behandelaars hadden in grote lijnen hetzelfde commentaar als bij de moeite-scores. Opnieuw vond men de geringe mate van probleemervaring opvallend; zou meer moeten worden gewerkt aan ziekte-inzicht?

**Tabel 6.5.: De gemiddelde probleemervaringen van de respondenten ten aanzien van verschillende aandachtsgebieden (0 = geen probleem, 3 = een zeer ernstig probleem).**

Aandachtsgebied	Probleem		
	Gem.	St. dev.	n
wassen en verzorgen	0,7	0,8	16
aan- en uitkleden	0,8	0,8	17
decubitus	1,8	0,8	4
spasticiteit	1,2	0,8	18
contracturen	0,8	0,7	14
handhaven houding	1,1	0,8	12
houding veranderen	1,1	1,0	15
handhaven gewicht	0,8	1,0	6
rolstoelrijden	0,7	0,5	7
transfers	1,0	0,9	10
vervoer	1,0	0,8	4
belastbaarheid	1,2	1,0	13
eten en drinken	1,2	0,8	5
continentie handhaven	1,7	1,2	11
aanpassingsproblemen	1,5	1,1	8

In tabel 6.6. wordt de relatie tussen probleemervaring en de mate waarin er volgens de patiënten aandacht aan wordt besteed bij de behandeling, weergegeven. Er is een kruistabel van de antwoorden onder IIb en IIc gemaakt.

Op de diverse aandachtsgebieden geeft de gehele groep 157 keer aan moeite te ervaren. Daarvan geeft men 111 keer aan dit als probleem te zien en 46 maal is dat niet het geval.

Van de aangegeven problemen wordt 80 keer (72%) gemeld dat behandeling ervaren wordt en 27 keer (24%) dat dit niet het geval is. In vier gevallen (3,6%) weten patiënten niet of ze behandeld worden voor bepaalde problemen die ze ondervinden. In zesentwintig gevallen geven patiënten aan dat ze weliswaar moeite hebben met bepaalde aandachtsgebieden (tabel 6.1.), maar dit niet als een probleem ervaren. Toch is het zo dat in die gevallen wel aandacht

besteed aan de aspecten wordt bij de behandeling. Hierbij kunnen zich verschillende mogelijkheden hebben voorgedaan:

- de patiënt heeft zich erbij neergelegd dat het een probleem is en ook zal blijven. Het aandachtsgebied krijgt een lage prioriteit, toch is behandeling geïndiceerd.
- de patiënt erkent het probleem niet. Toch achten zorgverleners de behandeling noodzakelijk.

**Tabel 6.6.: Frequentie probleemervaringen en behandeling.**

		wel behande- ling ervaren	geen behande- ling ervaren	weet niet	totaal
Probleem	nee	36	9	1	46
	ja	80	27	4	111
Totaal moeite					157

In totaal negen patiënten gaven aan voor aandachtsgebieden, welke ze niet als probleem ervaarden (maar eerder wel moeite aangaven) ook geen behandeling te ontvangen.

De verantwoordelijke revalidatie-artsen voelden zich aangesproken door deze gegevens. Zowel de keren dat aangegeven wordt wél een probleem te hebben en er geen behandeling voor te krijgen (of dat niet te weten) als de zesendertig maal dat men aangeeft wel behandeld te worden voor iets waar de patiënt weliswaar moeite voor kan hebben aangegeven, maar dat niet als probleem ervaren wordt, stemt tot nadenken. Desgevraagd zijn deze scores per aandachtsgebied gespecificeerd. De revalidatie-artsen kwamen tot de conclusie dat nog meer aandacht aan informatie en communicatie over de behandeling aan de patiënt besteed moet worden.

In tabel 6.7. worden een aantal van de gespecificeerde aandachtsgebieden weergegeven.

**Tabel 6.7.: Probleemervaring en behandeling; nadere uitwerking van enkele aandachtsgebieden.**

		<u>Wassen/verzorgen</u>	
		Nee	Ja
Probleem	Nee	3	5
	Ja	1	7

Acht personen gaven aan dat zij de moeite met het zich zelf wassen en verzorgen niet als een probleem ervoeren. Drie daarvan zeiden er ook geen behandeling voor te krijgen. De vijf anderen wel. Van de acht personen die de moeite met het zich zelf wassen en verzorgen wel als een probleem ervoeren, meldden zeven personen ervoor behandeld te worden. Eén persoon bleek er geen behandeling voor te krijgen.

		<u>Aan- en uitkleden</u>	
		Nee	Ja
Probleem	Nee	2	5
	Ja	5	5

Zeven personen ervoeren geen probleem met aan- en uitkleden. Toch werden vijf daarvan behandeld voor het zich zelf aan en uit te kleden. Tien personen ervoeren wel een probleem met het zich zelf aan- en uitkleden. Slechts de helft daarvan gaf aan ervoor behandeld te worden.

		<u>Decubitus</u>	
		Nee	Ja
Probleem	Nee	0	0
	Ja	0	4

Vier personen ervoeren een probleem met decubitus en werden er ook voor behandeld.

		<u>Spasticiteit</u>		
		Nee	Ja	Weet niet
Probleem	Nee	0	2	0
	Ja	2	13	1

Twee personen zegden geen probleem te ervaren met spasticiteit, maar zij worden er wel voor behandeld. Zestien personen gaven aan een probleem te hebben met spasticiteit. Eén persoon wist niet of hij/zij hiervoor behandeld werd.

c. en d. Verwachtingen van- en ervaringen met de behandeling op diverse aandachtsgebieden.

In eerdere vragen was gepeild of men moeite met een bepaald aandachtsgebied ondervond en vervolgens of men dat als probleem ervoer waarvoor behandeling noodzakelijk was. Vervolgens werden deze patiënten gevraagd naar de verwachtingen ten aanzien van de behandeling; de aantallen zijn dus lager dan in tabel 6.4.

Bij de vragen naar de verwachting of het revalidatiecentrum zal kunnen helpen en naar de ervaring of de ontvangen zorg bijdraagt aan het verminderen van de problemen kon men antwoorden met "nee, zeker niet" (score 1), "nee, waarschijnlijk niet" (score 2), "weet ik niet/ geen mening" (score 3), "ja, waarschijnlijk wel" (score 4), "ja, zeker wel" (score 5). Hierbij is dus de RAP-score verlaten en een vijfpuntsschaal gebruikt (tabel 6.8.).

**Tabel 6.8.: De gemiddelde verwachtingen en ervaringen van de respondenten t.a.v. verschillende aandachtsgebieden.**

Aandachtsgebied	Verwachting			Ervaring		
	Gem	Std	n	Gem	Std	n
wassen en verzorgen	3,7	1,5	17	4,1	1,0	17
aan- en uitkleden	4,1	1,4	18	4,1	1,0	18
decubitus	4,8	-	5	4,6	-	5
spasticiteit	4,1	1,1	18	3,8	1,4	18
contracturen	4,5	0,9	13	4,2	1	13
handhaven houding	3,6	1,4	12	3,5	1,5	12
houding veranderen	3,8	1,6	14	4,2	0,5	14
handhaven gewicht	3,2	1,5	6	3,7	1,2	6
rolstoelrijden	4,8	0,5	8	4,4	1,6	8
transfers	3,7	1,8	10	4,1	1,3	10
vervoer	4,8	0,6	4	4,3	0,6	4
belastbaarheid	4,7	0,7	12	4,7	0,4	12
eten en drinken	4,2	2,1	5	4,6	0,7	5
continentie handhaven	4,0	1,1	11	3,8	0,6	11
aanpassingsproblemen	4,4	1,0	9	4,2	1,0	9

Bij de verwachtingsvraag werd er slechts voor één gebied (handhaven gewicht) gemiddeld genomen gescoord op "weet ik niet / geen mening". Voor de andere aandachtsgebieden gaf men aan dat men denkt dat het revalidatiecentrum zal kunnen helpen. Wat decubitus, contracturen, rolstoelrijden, vervoer en belastbaarheid betreft, denkt men dat het revalidatiecentrum zeker kan helpen. De gemiddelde scores lagen voornamelijk tussen "ja, waarschijnlijk wel" en "ja, zeker wel".

Gemiddeld genomen liggen alle scores voor de ervaring met het verminderen van de problemen rond "ja, waarschijnlijk wel" en "ja, zeker wel". Daarmee geeft men aan dat de hulp die tot nu toe geboden is, voor een vermindering van problemen heeft gezorgd. Wanneer patiënten aangaven dat zij voor problemen met het betreffende aandachtsgebied volgens hen geen behandeling kregen, kon de vraag naar de ervaring niet beantwoord worden. In dat geval is een 3 gescoord ("weet ik niet/geen mening").

Een duidelijk hogere score op ervaring ten opzichte van de gescoorde verwachting werd gevonden bij wassen en verzorgen, aan- en uitkleden, houding veranderen, handhaven gewicht, eten en drinken en continentie handhaven (0,5 - 1,8 hoger). Een duidelijk lagere score voor ervaring werd gescoord voor rolstoelrijden waarbij de score verschoof van 4,8 voor de verwachting (dichtbij ja, zeker wel) naar 4,4 (in de richting van ja, waarschijnlijk wel) voor de ervaring.

Een analyse, waarbij gebruik werd gemaakt van de Wilcoxon test, wees uit dat er echter geen significant aantoonbare verschillen waren tussen verwachtingen en ervaringen.

De professionals vonden dat deze bevindingen weinig toevoegden aan hun ervaringen; in hun opinie waren er geen uitzonderlijke resultaten. Het feit dat de verwachting en ervaring in dezelfde sessie (weliswaar door een neutrale onderzoeker) zijn bevraagd, geeft (naar hun mening) enige aanleiding sociale wenselijke antwoorden te veronderstellen, zeker gezien de toch al hoge verwachtingsscores. De sterke stijging bij "handhaven gewicht" en "eten en drinken" verklaren zij uit verschil aan inzicht tussen patiënten en behandelaars. De patiënt kan mogelijk nog niet goed inschatten hoe belangrijk het dieet en de gewichtshandhaving zijn. Aandacht voor deze aspecten is voor de levenskwaliteit op lange termijn zo belangrijk, dat wijzigingen op deze punten niet overwogen worden. De lichte daling ten aanzien van de aspecten decubitus, spasticiteit en contracturen verklaren zij uit het gegeven dat bij deze sterk fysiek bepaalde problemen de arts op een gegeven moment door zijn behandelarsenaal heen is en bij resterende problematiek met lege handen staat.

#### Algemene kenmerken.

In het nu volgende gedeelte zullen de resultaten van de beantwoording van de vragen rond ervaring en verwachting betreffende algemene kenmerken en tenslotte de ervaren kwaliteit van zorg gepresenteerd worden (zie voor de constructie van dit deel naar de ervaring en verwachting van de vragenlijst 6.4.2.).

De betrouwbaarheid van de vragen naar de ervaring en verwachting met betrekking tot de algemene kenmerken is allereerst uit tabel 6.9. af te lezen.

In het algemeen is er sprake van een grote mate van interne consistentie voor de beantwoording van de vragen behorend bij de diverse kenmerken. Alleen de vragen onder toegankelijkheid scoren vrij laag (0,49). De matige interne consistentie van de toegankelijkheidsschaal valt moeilijk te verklaren.



**Tabel 6.9.:** Cronbach's alpha van de vragen naar de ervaringen ten aanzien van de algemene kenmerken (n = 24).

Algemene kenmerken	$\alpha$	Aantal items
Geloofwaardigheid	0,72	3
Tastbaarheden	0,72	4
Toegankelijkheid	0,49	3
Communicatie	0,72	5
Begrip/Kennis	0,75	5
Flexibiliteit	0,68	4
Beleefdheid	0,75	5
Betrouwbaarheid	0,88	2
Veiligheid	0,74	4
Competentie	0,82	4

De stellingen met betrekking tot de algemene kenmerken van zorgverlening konden beantwoord worden met "nee, veel minder dan verwacht" (score 1), "nee, minder dan verwacht" (score 2), "zoals verwacht/neutraal" (score 3), "ja, beter dan verwacht" (score 4) en "ja, veel beter dan verwacht" (score 5).

**Tabel 6.10.:** De gemiddelde scores - ervaring ten opzichte van verwachting - van de respondenten op de algemene kenmerken (n = 24, 1, veel minder dan verwacht -5, veel beter dan verwacht).

Algemene kenmerken	Gemiddelde	Standaard deviatie
Geloofwaardigheid	3,9	0,6
Tastbaarheden	3,3	0,6
Toegankelijkheid	3,1	0,6
Communicatie	3,0	0,4
Begrip/Kennis	3,3	0,6
Flexibiliteit	3,1	0,6
Beleefdheid	3,3	0,5
Betrouwbaarheid	3,5	0,7
Veiligheid	2,9	0,6
Competentie	3,5	0,7

Wat de geloofwaardigheid, betrouwbaarheid en de competentie betreft was het antwoordgemiddelde per kenmerk 3,5 of hoger en daarmee in de buurt van "beter dan verwacht". Voor de andere kenmerken lag het antwoordgemiddelde dicht bij "zoals verwacht/had geen verwachting".

In bijlage 2 staan de scores per aandachtsgebied op vraag-/itemniveau beschreven; hier zouden eventueel concrete punten voor verbetering aan ontleend kunnen worden.

De items die 3 of lager scoorden, waren voor de revalidatie-artsen aanleiding tot kritische reflectie. Opvallend was daarbij de matige score voor de communicatie met behandelaars ( $\pm 3$ ). Hoewel men reeds veel energie in uitleg en communicatie steekt, was dit toch aanleiding daar nogmaals aandacht aan te schenken. Dit punt kwam ook al naar voren naar aanleiding van tabel 6.3. Voor het overige was men van mening dat de items te globaal waren om iets concreets mee te doen; bovendien zijn er een aantal aspecten (privacy) waar men geen directe invloed op heeft. Ook het

management kan slechts op langere termijn aan een punt als privacy werken voorzover landelijke regels verbetering niet in de weg staan.

#### Het kwaliteitsoordeel

De gemiddelde score van alle patiënten op het kwaliteitsoordeel op een vijf-puntsschaal van "absoluut niet mee eens" tot "volledig mee eens" is 4,1 (standaard deviatie 0.6). Dat betekent dat men het gemiddeld genomen eens is met de stellingen over de kwaliteit van de zorg. De Cronbach's alpha bedroeg voor deze vragen 0.89. De schaal is dus betrouwbaar te noemen. De relaties van de zorgbehoeften en de algemene kenmerken met het oordeel over de kwaliteit van zorg zijn af te lezen uit tabel 6.11. en 6.12.

*Tabel 6.11.: De correlatiecoëfficiënten tussen zorgbehoeften en het oordeel over de kwaliteit van zorg.*

Vragen m.b.t. persoonlijke zorgbehoeften	Correlatie-coëfficiënt met het globale oordeel over de kwaliteit van zorg
Moeite	-0,14 (p = 0,3; n = 24)
Probleem	0,21 (p = 0,2; n = 23)
Ervaring vermindering problemen	0,33 (p = 0,07; n = 22)

Er wordt dus alleen een beperkte positieve correlatie gevonden tussen de ervaring van vermindering van problemen en het oordeel over de kwaliteit van zorg. Er lijkt geen relatie tussen de mate van probleemervaring én de ervaring ten aanzien van de mate van gerealiseerde probleemvermindering met het oordeel over de kwaliteit van zorg aantoonbaar. Dit betekent zorginhoudelijke behoeften ten aanzien van de behandeling bij de vorming van het oordeel over de kwaliteit dus een relatief geringe rol lijken te spelen.

Vervolgens zijn de ervaringsscores zoals gescoord op de algemene kenmerken (zie ook tabel 6.10.) gecorreleerd met het oordeel over de kwaliteit (zie tabel 6.12.).

**Tabel 6.12.:** De correlatiecoëfficiënten tussen algemene kenmerken en het oordeel over de kwaliteit van zorg (n = 24).

Vragen met betrekking tot algemene kenmerken.	Correlatie-coëfficiënt met het oordeel over de kwaliteit van zorg
Geloofwaardigheid	0,52 (p=0,005)
Tastbaarheden	0,25 (p=0,1)
Toegankelijkheid	0,63 (p=0,001)
Communicatie	0,48 (p=0,009)
Begrip/Kennis	0,47 (p=0,01)
Flexibiliteit	0,31 (p=0,07)
Beleefdheid	0,47 (p=0,01)
Betrouwbaarheid	0,64 (p=0,000)
Veiligheid	0,52 (p=0,004)
Competentie	0,25 (p=0,1)

De dimensies tastbaarheden, flexibiliteit en competentie correleren in beperkte mate met het algemene oordeel over de kwaliteit van zorg, maar de relaties zijn niet significant. De overige correlatie coëfficiënten tussen deze grootheden scoren rond de 0,5 en zijn significant (p=0,01).

Ook de correlatie-coëfficiënten tussen de ervaren zorg (tabel 6.8.) en het oordeel over de kwaliteit van zorg zijn bepaald. Hierbij werd geen significante correlatie vastgesteld. Dit was niet de doelstelling van deze pilot, maar is wel relevant ter toetsing van het "service quality model" van Parasuraman; hieruit blijkt dat patiënten niet zozeer het tegemoet komen aan persoonlijke zorgbehoeften, maar veeleer de algemene dimensies laten meewegen in hun oordeel over de kwaliteit van zorg. In indirecte zin geeft dit wel een aanwijzing voor patiëntenprioriteiten bij de opzet van behandelprogramma's.

#### 6.4.4. Conclusies en gevolgen voor het service-ontwerp

In deze pilot werden de persoonlijke zorgbehoeftes en een oordeel over de kwaliteit van zorg aan de hand van het "service quality model" van Parasuraman bepaald, teneinde een indruk te krijgen van de zorgbehoeftes op het eerder gedefinieerde derde niveau (de behoefte aan het ontvangen van professionele hulpverlening). Hiervoor is een indirecte methode gekozen: het verschil tussen verwachte- en ervaren zorg én het oordeel over de algemene dimensies geven inzicht in mogelijke verbeterpunten van de zorg.

De gekozen methode betrof het inventariseren van het hebben van moeite op bepaalde aandachtsgebieden, het onderzoeken of en zo ja, in welke mate men dit als probleem ervaart, en vervolgens het nagaan welke verwachtingen en ervaringen men met de zorg heeft. Voor de dwarslaesiebehandeling kwamen hieruit weinig bevindingen naar voren welke verrassend waren voor de behandelaren. Een uitzondering vormden de gegevens over het al dan niet bestaan van probleemervaring en het hiervoor wel of geen behandeling ontvangen.

Ook het feit dat in een aantal gevallen de geboden zorg hoger gescoord werd dan de verwachting, was opvallend maar niet significant. De wijze van beantwoorden op de algemene dimensies en de correlatie met scores op de zorgspecifieke aandachtsgebieden wijzen op een interne consistentie van de op basis van de theorie van Parasuraman c.s. uitgewerkte vragen. Er werden lage correlaties van de scores op zorgspecifieke aandachtsgebieden en hogere correlaties van de scores op de algemene kenmerken met de ervaren kwaliteit van zorg gevonden. Dit lijkt te wijzen op het feit dat deze categorie patiënten hun oordeel over kwaliteit van zorg en, daaruit volgend, aspecten van de behandeling eerder op niet-zorginhoudelijke zaken baseren. Hier dient in het kader van behoefte-onderzoek rekening mee gehouden te worden. Het aantal respondenten is, hoewel aanzienlijk voor deze diagnosecategorie, voor statistische bewerkingen betrekkelijk gering. Dit heeft te maken met de gekozen aanpak. Een registratieperiode van 6 tot 9 maanden vergt onderzoekscapaciteit en bijbehorende middelen; als de aantallen achterblijven bij verwachtingen, is dit in de praktijksituatie moeilijk te compenseren. Statistische bewerkingen zoals uitgevoerd, zijn te verantwoorden doch dienen vanwege de kleine aantallen voorzichtig te worden geïnterpreteerd.

De betrokken medisch specialisten waren bereid zich in de geproduceerde gegevens te verdiepen; de toegankelijkheid vond men beperkt vanwege onbekendheid met het gehanteerde model, de onderzoeksvragen en de statistische bewerkingen. Aan de presentatie dient dus meer aandacht te worden

besteed, zodat (drukke) professionals niet teveel moeite hoeven te doen om de gegevens te doorgronden. Informatie over items die concreet bij bepaalde (individuele) behandelingsaspecten aansluiten, spreekt het meest aan. Het denken in termen van verbetering van het programma op meso-niveau kwam slechts beperkt tot stand. Hierbij ging het met name om het aspect verbetering van de communicatie. Ook de geconstateerde discrepanties tussen problemen (zorgbehoeften) en ervaren behandeling (zie tabel 6.3.) leidde tot kritische reflectie. Een onverwachte bevinding was het feit dat patiënten aangaven dat de ervaren zorg op enkele aspecten hoger was dan de verwachte zorg. Vanwege het ontbreken van significantie dient met deze bevinding voorzichtig om te worden gegaan. Het management zou de conclusie kunnen trekken dat het met het niveau van zorgverlening nog niet zo slecht gesteld is; in tijden van continue bezuiniging ook een belangrijk gegeven.

De op basis van het model van Parasuraman c.s. ontwikkelde methode van analyse van de zorgbehoefte lijkt toepasbaar. De betrouwbaarheid dient door middel van herhaald en vergelijkend onderzoek beter te worden onderbouwd. Ook is het relevant een vergelijking te doen met het toepassen van deze theorie in een focusgroep - een groep dwarslaesiepatiënten uitgenodigd als ervaringsdeskundige - teneinde de behoeften ten aanzien van de behandeling te peilen. Wellicht dat door een minder arbeidsintensieve onderzoeksopzet en gebruikmakend van de specifieke kenmerken van die methode evenzeer relevante informatie te genereren is. Vooral nog is er ten aanzien van behoefte-onderzoek onder (potentiële) patiënten sprake van een exploratiefase. Pas wanneer over de waarde van de diverse methoden meer duidelijk is, kan ook beter worden onderscheiden op welk moment men met exit-interviews zou kunnen volstaan en of een volgens geschetste lijnen uitgevoerd behoefte-onderzoek onder cliënten vóór of vroeg in de behandelingsfase nodig is om relevante informatie voor het service-ontwerp te genereren.

## **6.5. Case-Onderzoekscentrum voor Motoriek en Cognitie**

### **6.5.1. Product-omschrijving; relevante kenmerken**

Met name in de researchprogramma's van Het Roessingh rond elektrostimulatie en prothesiologie speelde vanaf het begin de analyse van het bewegen (met of zonder allerlei technische hulpmiddelen) een belangrijke rol. Deze kennis was in functie-laboratoria van ziekenhuizen of andere instellingen niet voorhanden. De ervaring met diverse diagnostische methoden heeft geleid tot het aanbieden van verschillende bewegingsanalytische mogelijkheden als dienstverlening. Dyna-

misch EMG, gangbeeldanalyse, drukvectormeting met behulp van "force-plates" en meerdimensionale infrarood videoregistratie, zijn als voorbeeld te noemen.

Daarnaast is door samenwerking met een centrum in Nijmegen, dat zich meer op neuropsychologisch vaardigheidsonderzoek had toegelegd, het diagnostisch aanbod uitgebreid met cognitie-onderzoek.

Het meest ontwikkeld is de diagnostiek ("gait analysis") ter ondersteuning van de besluitvorming van orthopedisch chirurgen en revalidatie-artsen voor orthopedische operaties van kinderen met cerebraal parese. Verder worden diverse methoden van gangbeeld- en bewegingsanalyse in de Verenigde Staten bijvoorbeeld gebruikt bij de indicatiestelling voor kruisband-operaties. In Enschede is naar deze toepassing slechts oriënterend onderzoek verricht.

Neuropsychologisch onderzoek kan worden ingezet ter vaststelling van de invloed van cognitieve defecten op motorische prestaties, bijvoorbeeld bij het Whiplash-syndroom. Ook buiten de collectief gefinancierde gezondheidszorg worden deze diensten aangeboden; daarop wordt hier niet ingegaan. Het totaal aan diagnostische mogelijkheden wordt onder de naam "Onderzoekscentrum voor Motoriek en Cognitie" door Roessingh Research and Development op de markt gebracht.

Aggregatieniveau: Aangezien de diagnostiek nog vrij onbekend is en vooral door medisch specialisten als diagnostisch hulpmiddel gebruikt zal gaan worden, moet de groep van potentiële verwijzers benaderd worden.

Intern beschikbare informatie: Er bestaat voornamelijk buitenlandse (VS) ervaring met de toepassing van deze methoden. In Nederland bestaat in de eigen organisatie het beste inzicht in de technische mogelijkheden van deze technieken. Voor de toepassing als diagnostisch hulpmiddel en de exact gewenste gebruiksmogelijkheden zal toch de externe verwijzer benaderd moeten worden.

Desk research: Op basis van demografische en ziekenhuis-registratiegegevens kan een indruk worden verkregen van de mogelijke omvang van de doelgroep.

De potentiële verwijzers vormen de onderzoeksdoelgroep. Daarnaast zijn, vanwege de noodzaak om te werken aan de financiële toegankelijkheid, ook medisch adviseurs van zorgverzekeraars als doelgroep aangemerkt.

Het diffusieniveau is eenvoudig vast te stellen. Gebruik van de diverse methoden is in de Verenigde Staten wél maar in Nederland nog nauwelijks ingeburgerd. Er is sprake van een beginfase met weinig "early adopters". Er zijn dus bijzonder weinig verwijzers die al ervaring met deze technologie hebben.

Dit leidt tot de conclusie dat op basis van literatuuronderzoek en eigen ervaringen, externe verwijzers benaderd moeten worden. Het werken met een vragenlijst heeft weinig zin omdat men zijn verwachtingen van deze technologie, op

basis van ontbrekende informatie en ervaring, nog nauwelijks zal kunnen formuleren.

Behoefte-onderzoek in engere zin is daarom niet mogelijk; informatieverstrekking en het inventariseren van - en inspelen op reacties is vooralsnog de enig zinvolle wijze van marktbenadering voor deze nieuwe technologie.

### **6.5.2. De resultaten van marktbenadering; conclusies**

Voor verwijzers in de directe omgeving, te beginnen met orthopedisch chirurgen, zijn demonstratie en voorlichtingsbijeenkomsten over de mogelijkheden van bewegingsanalyse bij spastische kinderen georganiseerd. Dit is bij herhaling overigens ook voor, zowel landelijk als lokaal werkzame, medisch adviseurs van verzekeraars gedaan. Naast het werken met informatiefolders is in diverse tijdschriften over deze materie gepubliceerd. Er is een congres en een training georganiseerd, waarbij één van de weinige wereldwijde autoriteiten op dit terrein optrad. Dit hele proces heeft zo'n twee jaar in beslag genomen en eerst na genoemd congres kwam het geheel in een stroomversnelling, mede dank zij uitgebreide publiciteit op televisie. Begin 1996 nemen verwijzingen sterk toe zodat op jaarbasis inmiddels zo'n 120 kinderen voor "gait analysis" worden verwezen, waarvan 65% van buiten het adherentiegebied van Het Roessingh. Tegelijk moet vastgesteld worden dat de financiering nog niet goed geregeld is en het verloop van de discussie met lokale en landelijke verzekeraars en de Ziekenfondsraad weinig uitzicht op verbetering biedt. De professionele "adoptie" heeft veel tijd en moeite gekost en bevindt zich nu in termen van Rogers (bezien naar het aantal verwijzers) in de overgangsfase tussen "early adopters" en "early majority".

Wanneer het marktonderzoek beschouwd wordt als eerste stap in het kwaliteitssysteem, dan moet gesteld worden, dat sprake is van een service-ontwerp dat nog voornamelijk aanbodgericht georganiseerd is op basis van professioneel inzicht. Aanpassing vindt niet structureel, maar op basis van casuïstiek plaats. Eerst wanneer de bovenbeschreven marktbenadering in de vroege diffusiefase voldoende "gebruikers" (early majority) oplevert, kan meer structureel marktonderzoek georganiseerd worden. Gezien de ontwikkelingsfase ligt het voor de hand dat voorlopig tot exit interviews onder patiënten en/of satisfactie-onderzoek onder verwijzers te beperken.



## 6.6. Case-behoefte-onderzoek Pijnrevalidatie

### 6.6.1. Productomschrijving Pijnrevalidatie, relevante kenmerken

Pijnbestrijding omvat het gehele scala aan mogelijkheden gericht op diagnostiek en behandeling van pijn. Indien er na een aantal maanden diagnostisch en therapeutisch geen baat van verdere interventies te verwachten is en er geen sprake is van een kwaadaardige ziekte, wordt gesproken van chronische benigne pijn. Vooral in de Verenigde Staten zijn in de zeventiger jaren zogeheten "pain management" programma's ontwikkeld om chronische pijnpatiënten door middel van onder andere cognitief gedragsmatige methoden beter te laten functioneren en hun belastbaarheid te verhogen. In Het Roessingh is in 1984 gestart met deze behandelvorm in dagbehandeling; met name gericht op pijnklachten gerelateerd aan het houdings- en bewegingsapparaat. Later is een short-stay variant geïntroduceerd waarbij patiënten 3 dagen per week klinisch worden behandeld gedurende 8 weken. Vanaf 1994 worden ook rolstoelgebonden en bedlegerige pijnpatiënten in groepsvorm klinisch behandeld. Sinds 1995 worden steeds gecompliceerdere pijnpatiënten met ernstige beperkingen en handicaps ook individueel klinisch in behandeling genomen. Van de gunstige resultaten van deze behandeling heeft Winter (1992) verslag gedaan. In hoofdstuk negen wordt eveneens een onderzoek over resultaatmeting bij deze patiëntencategorie beschreven. In Nederland is naast Het Roessingh nog één ander revalidatiecentrum actief op het gebied van klinische pijnrevalidatie of painmanagement, de Lucasstichting te Hoensbroek.

In verband met beleidsafwegingen rond de vormgeving van de behandeling, de bijbehorende interne organisatie en toekomstige mogelijkheden als bovenregionale functie, werd besloten tot marktonderzoek. Als aggregatieniveau is het behandelprogramma gekozen. Intern had men via exit interviews en contacten met patiëntenverenigingen reeds de indruk het nodige inzicht in de behoeften van patiënten te hebben. Onder de behandelende professionals bestond echter geen eenduidige opinie over de vraag of men voldoende op de hoogte was van de vragen en behoeften van verwijzers. Er werd daarom gekozen voor een extern onderzoek onder (potentiële) verwijzers. Daarnaast werd besloten tot een beperkte interne toetsing onder de leidinggevende professionals (vijf), teneinde eventuele discrepanties op te sporen tussen de interne visie/verwachting en de meer objectief extern vast te stellen behoeften.

In Nederland is de registratie van patiënten met pijnbeelden zeer gebrekkig; in registratiesystemen is de categorie "pijn" (omdat het om een symptoom of klacht gaat), niet of moeilijk terug te vinden; veelal wordt men onder de diagnose van de oorspronkelijke aandoening of ingreep geregistreerd. Afgeleid van

WAO-registraties kan echter ingeschat worden dat onder de totale Nederlandse bevolking zeker 500.000 personen een chronisch pijnsyndroom hebben (Meijler 1995, persoonlijke mededeling). Ook omdat slechts 2 centra in Nederland op het gebied van klinische pijnrevalidatie actief zijn, zal desk-research dus weinig aanvullende informatie opleveren.

De eerste tien jaar van de ontwikkeling van deze behandelvorm is met veel discussies gepaard gegaan, zowel binnen de instelling als met externe instanties en is als pioniersfase te kenschetsen. In de diffusie curve is de "early adopter" fase bereikt en mogelijk de overgang naar de early majority. Dit valt op te maken uit het feit dat steeds meer verwijzingen plaatsvinden en dat andere revalidatiecentra deze behandelwijze ook - als dagbehandeling - proberen te introduceren. De voorzitter van de Gezondheidsraad heeft inmiddels voor formele erkenning van deze behandelwijze gepleit (Borst-Eilers 1993).

Dit betekent dat (potentiële) verwijzers - huisartsen en specialisten - benaderd kunnen worden met een vragenlijst over deze behandelvorm omdat inmiddels enige bekendheid verondersteld mag worden. Omdat onbekendheid evenwel niet uitgesloten geacht moet worden, dient gelijktijdig informatieverstrekking aangeboden te worden.

#### **6.6.2. Methode van behoefte-onderzoek onder (potentiële) verwijzers naar klinische pijnrevalidatie**

Gekozen is voor een schriftelijke enquête onder verwijzers, die reeds bekend waren met het behandel aanbod en potentiële verwijzers (niet-verwijzers) die nog niet verwezen hadden en dus wellicht niet op de hoogte waren van deze behandel mogelijkheid.

Deze groepen zullen verder worden aangeduid als "verwijzers" en "niet-verwijzers". De groep van verwijzers bestond uit huisartsen en specialisten (neurologen, reumatologen, anesthesiologen, psychologen/RIAGG) die twee of meer keer naar het pijn team verwezen hadden. Met behulp van het geneeskundig adressenboek zijn niet-verwijzende huisartsen geselecteerd. Wat huisartsen betreft werd de eerstgenoemde huisarts, werkzaam in de regio, genomen. Was dat al wel een verwijzer dan werd (op alfabetische volgorde) de eerstvolgende huisarts genomen. Uit de rijen van specialismen (anesthesiologie, neurologie, revalidatiegeneeskunde en reumatologie) werden op dezelfde wijze de vijf eerstgenoemden gekozen. Voor beide groepen (verwijzers en niet-verwijzers) is een vragenlijst in overleg met de behandeld revalidatie-arts opgesteld.

Er zijn verschillende soorten vragen gesteld: één vraag om vast te stellen of de niet-verwijzers potentiële verwijzers zouden kunnen zijn (vaststellen juiste

doelgroep) en vragen om vast te kunnen stellen in welk diffusiestadium de aangeschreven artsen zich bevinden. Vervolgens een vraag over verwachtingen ten aanzien van het behandel aanbod en vragen over ervaringen en gewenste aanpassingen. In onderstaand overzicht zijn de vragen ingedeeld naar vraagsoort.

### Vaststellen juiste doelgroep

Niet-verwijzers:

Begeleidt/behandelt u patiënten die door chronische pijn beperkt zijn?

### Diffusiestadium

Verwijzers:

Hoe bent u in contact gekomen met het pijn team van Het Roessingh?

Wanneer acht u pijnrevalidatie noodzakelijk?

Wat zijn uw voornaamste redenen om samen te werken met het pijn team van Het Roessingh?

Schakelt u voor elke chronische pijnpatiënt Het Roessingh in? Waar hangt dat van af?

Heeft u behoefte aan meer informatie over de pijnrevalidatie?

Niet-verwijzers:

Bent u op de hoogte van het bestaan van pijnrevalidatie bij revalidatiecentrum Het Roessingh?

Zo ja: hoe heeft u die informatie gekregen?

Lijkt de pijnbehandeling van Het Roessingh zinvol?

Denkt u chronische pijnpatiënten in de toekomst naar Het Roessingh te gaan verwijzen? Waarom wel/waarom niet?

### Verwachtingen

Verwijzers en niet-verwijzers:

Verwacht u dat de door u verwezen patiënten u minder zullen bezoeken met pijnklachten?

### Ervaringen

Verwijzers:

U heeft al meerdere keren een patiënt naar Het Roessingh verwezen voor pijnrevalidatie.

Hoeveel van deze patiënten zijn werkelijk gestart met het behandelprogramma?

Wanneer niet alle door u verwezen patiënten gestart zijn met het pijnrevalidatieprogramma van Het Roessingh, wat was hiervoor de reden?

Hoeveel van de door u verwezen patiënten hebben het volledige behandelprogramma gevolgd?

Is er al eens een patiënt met dezelfde klachten teruggekomen, nadat hij/zij het pijnrevalidatieprogramma gevolgd had?

Wat vindt u van de duur van het programma?  
Wat vindt u van de inhoud van het programma?  
Verlopen de bestaande communicatie en de samenwerking met het pijnteam naar tevredenheid?

#### Gewenste aanpassingen

Verwijzers:

Wat moet Het Roessingh volgens u doen om de pijnrevalidatie te verbeteren?

Niet-verwijzers:

Wat moet Het Roessingh volgens u doen om de pijnrevalidatie zinvol(ler) te maken?

Zie bijlagen 3A en 3B voor de volledige vragenlijsten. Ter verificatie van de waarde van het externe onderzoek zijn dezelfde vragenlijsten aan de leiding van de pijnrevalidatie voorgelegd. Hen is gevraagd de lijsten in te vullen zoals zij verwachtten dat de meeste verwijzers en niet-verwijzers zouden antwoorden. Dan kan geconcludeerd worden of het enquêteren van verwijzers een toegevoegde waarde heeft gehad.

#### **6.6.3. Resultaten marktonderzoek pijnrevalidatie**

Eerst zullen de resultaten worden weergegeven van de vragen die uitsluitend aan verwijzers zijn gesteld, vervolgens die van de niet-verwijzers. Tenslotte zal het resultaat op de vragen aan zowel verwijzers als niet-verwijzers worden gepresenteerd. Onder de verwijzers was de respons 66% (zevenendertig van de zesenvijftig aangeschreven verwijzers) en onder de niet-verwijzende huisartsen 51% (twintig van de negenendertig). Slechts één van de achttien niet-verwijzende specialisten reageerde; dit heeft waarschijnlijk met de gekozen selectiemethode te maken. De niet-verwijzende specialisten zullen verder buiten beschouwing worden gelaten.

Het totaal aantal antwoorden is soms meer dan het absolute aantal respondenten omdat bij sommige vragen meerdere antwoorden mogelijk zijn.

**Het resultaat van de enquête onder de verwijzers.**

#### Diffusie stadium.

Het eerste contact van de verwijzers met het pijnteam kwam voornamelijk tot stand via "revalidatie-artsen" (n=12). Daarna werden "collega's" (n=11) of iets anders (n=11) genoemd. Vervolgens antwoordden zeven verwijzers dat het contact tot stand kwam via "foldermateriaal" en vijf verwijzers antwoordden dat het contact tot stand kwam op een "refereeravond".

Pijnrevalidatie werd vooral als noodzakelijk gezien wanneer de "patiënt erg op de pijn gefixeerd" is (n=31). Daarna volgde het antwoord: "als andere behandelingen geen succes hebben gehad" (n=23).

Als voornaamste reden om samen te werken met Het Roessingh wordt de "multidisciplinaire behandeling" genoemd (n=23). Daarna de "zelfwerkzaamheid" (n=22). Vervolgens dat Het Roessingh over het algemeen goed werk levert (n=20) en "dat er op verschillende manieren wordt gewerkt aan het vergroten van de mentale en fysieke belastbaarheid" (n=20). De klinische of de poliklinische behandeling werd het minst vaak genoemd (respectievelijk n=5 en n=2).

### Verwachtingen.

De meeste respondenten (n=27) verwachten dat de door hen verwezen patiënten hen "minder" zullen bezoeken met pijnklachten. Zeven antwoordden "dat weet ik niet, maar ik acht de behandeling het proberen waard". Één respondent verwacht niet dat de verwezen patiënten hem minder zullen bezoeken met pijnklachten."

### Ervaringen.

Twee verwijzers hebben de vraag of ze voor elke pijnpatiënt het pijnteam inschakelen niet ingevuld. De rest geeft aan dat niet te doen. Verwijzing hangt op de eerste plaats af van "het gedrag van de patiënt" (n=25) en op de tweede plaats van "de ernst van de aandoening" (n=18).

Het aantal patiënten dat werkelijk gestart is met het behandelprogramma en het aantal dat het programma volledig heeft gevolgd is veelal moeilijk aan te geven door de artsen. In de meeste gevallen (n=15) werd voor het niet starten van het programma als reden opgegeven dat de "patiënt afhaakte". Elf keer werd als reden genoemd dat Het Roessingh "de patiënt niet geïndiceerd achtte". Door acht verwijzers werd de "wachtlijst" als reden opgegeven. Drie verwijzers gaven aan dat de behandeling niet vergoed werd en drie verwijzers gaven een andere reden voor het niet starten van het programma op.

Vierendertig van de verwijzers (92%) vonden de duur van het programma goed. Eén verwijzer vond het programma te kort en twee verwijzers hebben de vraag niet ingevuld. Drieëndertig verwijzers (89%) vonden de inhoud van het programma goed. Drie verwijzers hebben de vraag over de inhoud van het programma niet ingevuld.

Vierendertig verwijzers geven aan dat de door hen verwezen patiënten al eens "teruggekomen zijn met pijnklachten". Drie verwijzers antwoordden dat dat niet het geval was. Drieëndertig verwijzers zijn tevreden over de communicatie met

het pijnteam. Vier verwijzers zijn niet tevreden, met name over de communicatie over - en de betrokkenheid bij de ontslagprocedure en de nazorg.

#### Informatiebehoefte.

Vierentwintig respondenten zeggen geen behoefte te hebben aan meer informatie. Twaalf respondenten nog wel en één respondent heeft de vraag niet ingevuld.

#### **Het resultaat van de enquête onder niet-verwijzers.**

##### Diffusie stadium.

Alle niet-verwijzers die de vragenlijst geretourneerd hebben behandelen/begeleiden chronische pijnpatiënten. Achttien van de eenentwintig respondenten (86%) waren op de hoogte van het bestaan van pijnrevalidatie.

De informatie over het bestaan van het pijnteam kwam voornamelijk tot stand "via collega's" (n = 13). Daarna werd "iets anders" genoemd (n = 9). Eén arts noemde het foldermateriaal.

Pijnrevalidatie werd vooral als noodzakelijk gezien wanneer "andere behandelingen geen succes" hebben gehad (n = 15). Daarna volgde het antwoord "als de patiënt erg op de pijn gefixeerd is" (n = 13).

Het overgrote deel van de respondenten zal wel verwijzen in de toekomst (n = 16). Twee geven aan dat ze niet zullen verwijzen in de toekomst en de overige artsen hadden de vraag niet ingevuld.

Als voornaamste reden voor eventuele samenwerking werd het "werken aan de mentale en fysieke belastbaarheid op verschillende manieren" genoemd (n = 13). Daarna volgden de "multidisciplinaire samenwerking" (n = 11) en dat "pijnrevalidatie noodzakelijk is voor het "omgaan met pijn" (n = 11). Het klinische en semi-klinische programma werden beide slechts één keer genoemd. Het standaard programma werd geheel niet genoemd.

##### Verwachtingen.

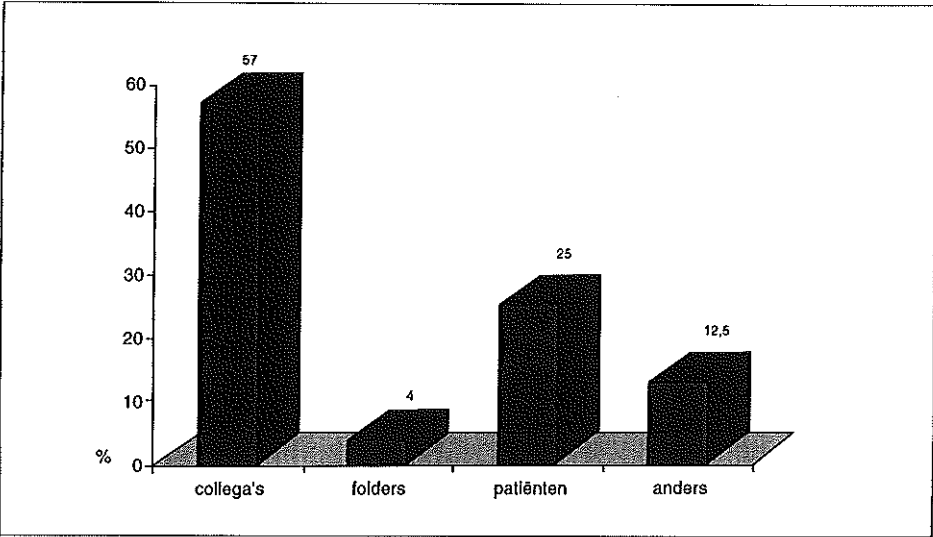
Tien respondenten verwachten dat de door hen verwezen patiënten hen "minder" zullen bezoeken met pijnklachten. Negen weten het niet, maar achten de behandeling het proberen waard. Eén respondent verwacht het niet.

##### Informatiebehoefte.

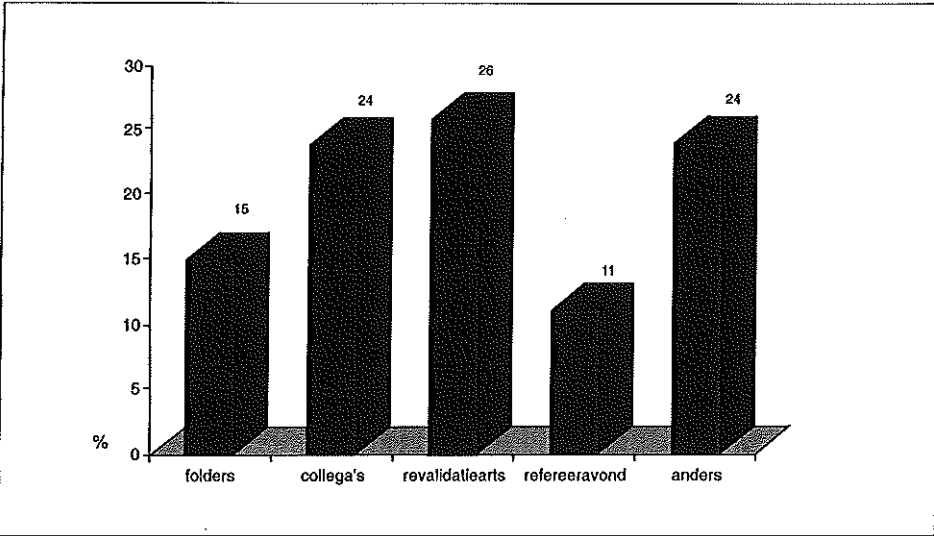
Negen respondenten gaven aan geen behoefte te hebben aan meer informatie. Negen andere respondenten wel en drie respondenten hebben de vraag niet ingevuld.

### **Het resultaat onder verwijzers en niet-verwijzers vergeleken.**

Enkele vragen zijn zowel aan verwijzers als aan niet-verwijzers voorgelegd. In onderstaande figuren zijn staafdiagrammen gebruikt om de verschillen zichtbaar te maken; de waarden zijn uitgedrukt in percentages, mede omdat soms meerdere antwoorden werden aangekruist.



A Verwijzers

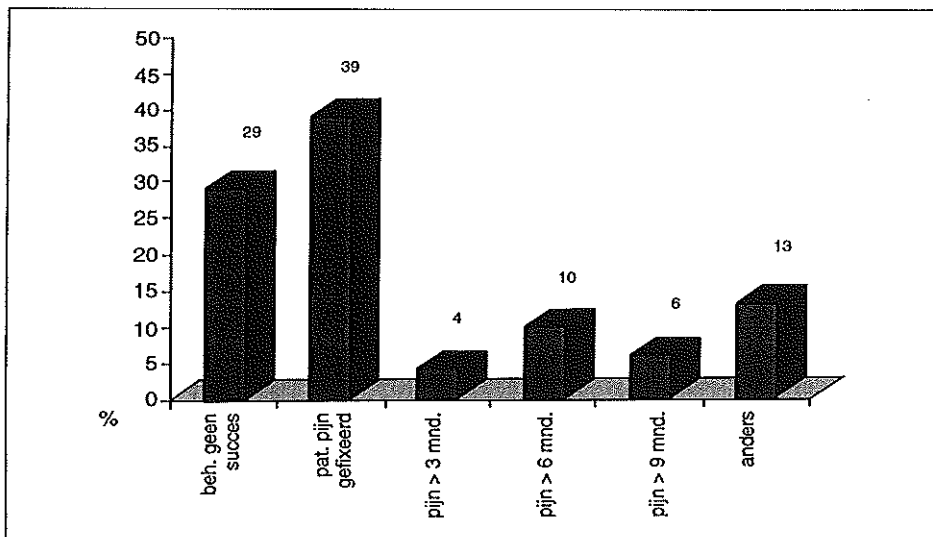


B Niet-verwijzers

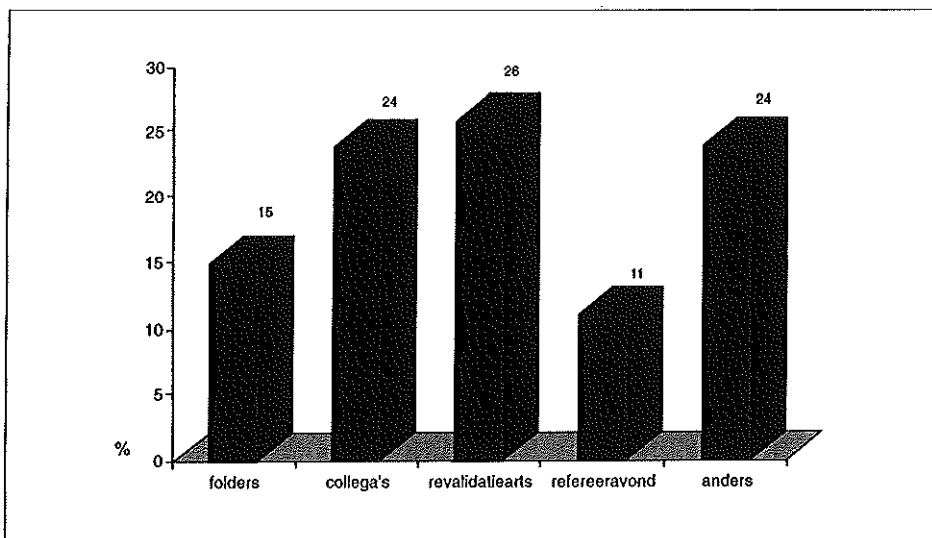
**Figuur 6.13.:** *Wijze van tot stand komen eerste contact met- of informatie - over de pijnrevalidatie (n-Verwijzers = 37; n-Niet-verwijzers = 20)*



Het contact met de pijnrevalidatie komt voor verwijzers vooral tot stand via collega's, revalidatie-artsen en informatiemateriaal. Niet-verwijzers noemden vooral collega's en onder overige mogelijkheden werden vooral patiënten (n = 6) genoemd.



A Verwijzers

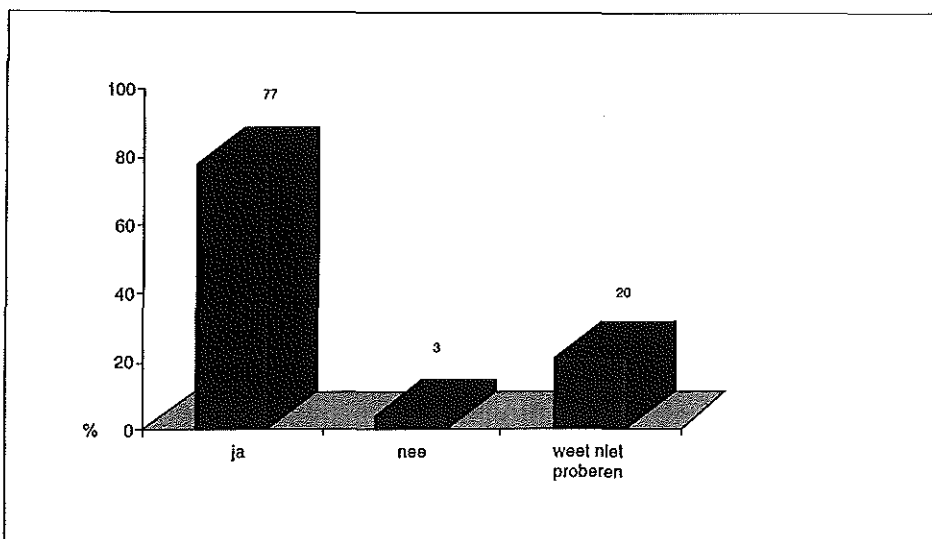


B Niet-verwijzers

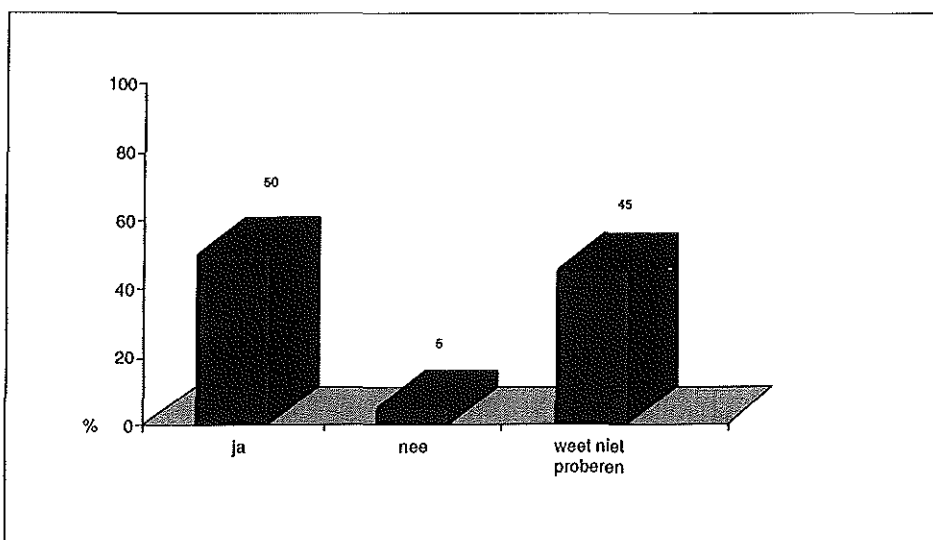
**Figuur 6.14.:** Belangrijkste indicatie voor pijnrevalidatie (*n*-verwijzers = 37; *n*-niet-verwijzers = 20)

Als belangrijkste indicatie geldt voor zowel verwijzers als niet-verwijzers het gebleken gebrek aan succes van andere behandelingen en de gefixeerdheid van de patiënt op pijn. Bij het opstellen van de enquête is niet met de begrippen beperking en handicap gewerkt. Het was opvallend dat onder de categorie "anders" toch een aantal antwoorden werd gegeven dat wijst op het motief van het bestaan van beperkingen en handicaps als reden voor verwijzing.

De motivatie voor samenwerking met de pijnrevalidatie heeft zoveel antwoordmogelijkheden dat slechts de belangrijkste scores zullen worden aangegeven. Door de respondenten wordt een scala aan mogelijke motieven aangekruist. Onder verwijzers scoort vooral de multidisciplinaire behandeling, terwijl door niet-verwijzers het verhogen van mentale en fysieke belastbaarheid veel genoemd wordt.



A Verwijzers



B Niet-verwijzers

**Figuur 6.15.:** De verwachting t.a.v. vermindering van klachten (*n*-verwijzers = 37; *n*-Niet-verwijzers = 20)

Er is een fors (absoluut) verschil in verwachting tussen verwijzers en niet-verwijzers; respectievelijk 80% en 50% verwacht vermindering van pijnklachten. De antwoordmogelijkheid "Ik weet niet, maar het proberen waard" werd door respectievelijk 20% en 45% gekozen.

Tot nu toe zijn de scores in percentages ten opzichte van de absolute aantallen weergegeven. Het is de vraag of er van belangwekkende verschillen in beantwoording tussen beide populaties sprake was. Dit kon slechts eenmaal aangetoond worden en in een ander geval lag de score net onder de grenswaarde.

Bij het definiëren van een belangrijk verschil is uitgegaan van een verschil in proportie dat groter is dan tweemaal de standaardfout (SE).

Allereerst wordt de indicatie voor verwijzing; "als de patiënt erg op de pijn gefixeerd is" aanzienlijk vaker bij niet-verwijzers aangekruist dan bij verwijzers. Het verschil, 22%, valt echter net binnen de grenswaarde van 24,2% en is dus niet als bewezen verschil aan te merken.

Dat is wel het geval voor de verwachting van vermindering van de pijnklachten; het verschil in positieve verwachting onder verwijzers en niet-verwijzers (30%) is groter dan tweemaal de standaardfout (25,4%).

De behoefte aan informatie ligt voor beide groepen niet wezenlijk verschillend.

### Vergelijking tussen de interne inschatting en externe resultaten.

Door vijf leden van de leiding van de pijnrevalidatie zijn de vragenlijsten ingevuld zoals zij verwachtten dat de (potentiële) verwijzers zouden antwoorden. Dit om de meerwaarde van het onderzoek onder verwijzers ten opzichte van intern onderzoek na te gaan. Gezien het kleine aantal respondenten heeft dit een meer oriënterend karakter.

Gebleden is dat de meeste antwoorden van de aanbieders en de (niet)-verwijzers met elkaar overeenstemmen. Met name de antwoorden die niet overeenstemmen zijn interessant. Het gaat om de volgende vragen:

#### Wanneer niet alle door u verwezen patiënten gestart zijn met het pijnrevalidatieprogramma van Het Roessingh, wat was daarvoor de reden?

De verwijzers geven aan dat er niet wordt gestart met het programma omdat de patiënt afhaakt, terwijl de aanbieders verwachtten dat het met name kwam omdat Het Roessingh de patiënt niet geïndiceerd achtte.

#### Wat zijn de voornaamste redenen om samen te werken met het pijnteam van Het Roessingh?

De verwijzers geven met name de "multidisciplinaire behandeling" en de "stimulatie van de zelfwerkzaamheden van de patiënt" aan, terwijl de aanbieder

ders verwachtten dat "pijnrevalidatie is noodzakelijk voor het leren omgaan met pijn", als antwoord gegeven zou worden.

#### Heeft u behoefte aan meer informatie over de pijnrevalidatie?

De meeste verwijzers geven aan hier geen behoefte aan te hebben, terwijl de aanbieders dit wel zouden verwachten.

Verder bestaat de meerwaarde van het onderzoek uit de extra informatie die de open vragen opleveren. Opvallend is dat meerdere verwijzers kritiek leveren op de wachttijden en op de afstand. Bovendien geven enkele verwijzers aan dat zij meer betrokken zouden willen worden bij de ontslagprocedure en de nabehandeling.

#### **6.6.4. Conclusies voor het service-ontwerp van de pijnrevalidatie**

Gebleden is dat de leden van het pijnteam van Het Roessingh vrij goed weten wat de (potentiële) verwijzers van het aanbod vinden. Het onderzoek heeft de meeste verwachtingen bevestigd; het heeft echter ook nieuwe informatie opgeleverd.

Exact vaststellen in welk stadium van het diffusieproces de pijnrevalidatie zich bevindt is niet mogelijk, aangezien conclusies op grond van dit onderzoek slechts betrekking hebben op de respondentengroep. In elk geval was eenderde van de totaal aangeschreven niet-verwijzers wel op de hoogte van het bestaan van pijnrevalidatie bij Het Roessingh. Dit lijkt de "early majority"-fase te bevestigen. De kennismaking kwam voornamelijk tot stand via revalidatie-artsen, collega's en patiënten.

Gewenste veranderingen hebben vooral te maken met wachttijden, de afstand en het betrekken van de huisarts bij de nabehandeling.

Als verdere diffusie van de pijnrevalidatie in het kader van het beleid van Het Roessingh wenselijk wordt geacht is onderzoek naar de volgende zaken noodzakelijk:

- de mening van niet-verwijzende medisch specialisten omdat dit in het beschreven onderzoek niet mogelijk was.
- de (lange termijn) effecten van pijnrevalidatie zoals Het Roessingh aanbiedt; tevens het bekendmaken van deze effecten.
- een inventarisatie naar de rol van andere zorgaanbieders, zowel in de tweede als in de eerste lijn. Hoeveel andere aanbieders zijn er en wat zijn de specifieke kenmerken van hun aanbod? Zouden zij ingeschakeld kunnen worden?

Er werd een discrepantie ontdekt in de beeldvorming tussen verwijzers en aanbieders over de reden, waarom patiënten niet met de behandeling starten. Het afhaken van patiënten werd door de behandelaars niet herkend en kan bijna uitsluitend te verklaren zijn door de lange wachttijd voor de eerste screening. Bovendien werd bij de open vragen herhaaldelijk gewezen op de noodzaak iets aan de wachttijden te doen. Besloten is actie te ondernemen zodat de organisatie rond aanmelding en planning voor het eerste onderzoek en de bewaking daarvan verbetert.

De aanbieders hebben een meer aan de inhoud van het behandelprogramma gerelateerde verwachting over de redenen van verwijzing zoals "het leren omgaan met de pijn", verwijzers geven meer aan de revalidatiezorg in het algemeen gerelateerde redenen zoals het "multidisciplinaire karakter" of de "zelfwerkzaamheid". Dit onderstreept de noodzaak van voortdurende informatieverstrekking en publiciteit rond de bijzondere aspecten van dit behandelprogramma.

Een probleem daarbij is het feit dat frequent aangegeven wordt dat men daar geen behoefte aan heeft. Op grond van dit onderzoek (en aansluitend bij Rogers' theorie) lijkt informatievoorziening via professionele kanalen aangewezen, teneinde te bevorderen dat men via collega's op de hoogte gesteld wordt. De wens de huisarts meer bij de behandeling te betrekken is ook als aandachtspunt opgepakt; vanwege de vele bovenregionale verwijzingen zal dit echter niet eenvoudig zijn. Tenslotte kwam enkele malen uit de open vragen de suggestie (vooral bij niet-verwijzers) de behandeling waar nodig, minder gestandaardiseerd te laten verlopen en meer op individuele aspecten in te spelen (bijvoorbeeld psychiatrische).

Het blijkt al met al dat het externe onderzoek onder (potentiële) verwijzers betrekkelijk weinig nieuwe informatie heeft opgeleverd. De verbeterpunten die zijn gesignaleerd, waren voor een groot deel reeds bekend, doch vanwege de aard van het probleem moeilijk oplosbaar. Wachttijsten zijn deels een gevolg van capaciteitsproblemen en deze problematiek had al langere tijd de aandacht, zowel intern als in externe contacten. Verzekeraars zijn nog niet erg geneigd naar oplossingen in de sfeer van uitbreiding van de capaciteit te zoeken, te meer omdat het om een nog betrekkelijk nieuwe zorgtechnologie gaat. Psychiaters zijn in de regio moeilijk als consultant aan te trekken vanwege personele tekorten.

Hoewel er wel enige punten tot concrete actie zullen leiden, is de meerwaarde van dit marktonderzoek dus gering gebleken; de bevestiging van impliciete beeldvorming voor de beleidsvorming is wel van belang. De methode lijkt

relevante resultaten op te leveren, doch dient veeleer toegepast te worden in een situatie met veel meer interne onduidelijkheid.

Voor aanpassingen aan het behandelprogramma (het zorgontwerp) heeft dit onderzoek betrekkelijk weinig consequenties gehad. Ten aanzien van het lange termijn beleid werden de resultaten opgevat als een bevestiging van de ingeslagen koers.

## **6.7. De rol van marktonderzoek in het kwaliteitssysteem: conclusies en aanbevelingen**

Tot nog toe bestond in de gezondheidszorg betrekkelijk weinig expliciete aandacht voor de aansluiting van het aanbod op de behoefte in de markt. In het kwaliteitssysteem wordt marktonderzoek gebruikt om de klantgerichtheid van het zorgaanbod te verbeteren. Marktonderzoek is in wezen de eerste stap in het bedrijfsketenmodel en dient informatie te genereren om het service-ontwerp te verbeteren. Er kunnen een aantal afwegingen worden geformuleerd die bepalend zijn voor de vorm van marktonderzoek. Op basis van de uitgevoerde pilots kunnen deze nader gespecificeerd worden.

### **1. Vaststellen aggregatieniveau.**

Hoewel voor de individuele behandelaar het micro-niveau het meest aanspreekt, is in het kader van een kwaliteitssysteem in de regel het niveau van het behandelprogramma of een bepaalde patiëntencategorie de insteek. Daarom dient er nadrukkelijk zorg te worden gedragen voor een aansprekende gegevenspresentatie aan de verantwoordelijke behandelaars.

### **2.a Verifiëren van intern aanwezige impliciete of expliciete informatie.**

Het blijkt dat de informatie die door marktonderzoek gegenereerd wordt relevant is. Er dient echter gereede twijfel over de ontwikkeling in de markt en de waarde van de intern beschikbare informatie te bestaan, alvorens tot extern marktonderzoek besloten gaat worden.

### **2.b Desk-research.**

Bij eerder marktonderzoek en ook in de beschreven casuïstiek bleek steeds dat desk-research aanvullend is op de te ondernemen activiteiten. In de regel zijn de beschikbare registraties niet voor de geformuleerde onderzoeksdoelstelling opgezet. De gegevens die uit beleidsstukken, (grijze) literatuur en officiële registratie te halen zijn, zijn dus vooral ondersteunend van aard.



### 3. Vaststellen van de onderzoeksdoelgroep(en).

De belangrijkste marktpartijen zijn de patiënt, de verwijzer en de verzekeraar. Op basis van beschikbare gegevens en beleidsmatige afwegingen, dient te worden besloten wie benaderd moet worden.

Bij onderzoek onder verwijzers moet worden afgewogen welke in het onderzoek worden betrokken; huisartsen en/of specialisten, verwijzers en/of niet-verwijzers? Ook de regio, waarin het onderzoek wordt gedaan, moet worden afgebakend.

Behoeftte-onderzoek onder patiënten lijkt methodologisch mogelijk, maar is qua uitvoering vrij ingewikkeld, zodat er een belangrijke reden moet zijn om ertoe over te gaan.

### 4. Uitwerking van de onderzoeksmethode.

#### 4.a - Vaststelling diffusie niveau.

Vooral indien verwijzers benaderd gaan worden is het van groot belang rekening te houden met het diffusie-stadium van de betreffende zorgtechnologie. In een vroeg diffusie-stadium kan dit betekenen dat alleen informatie overdracht mogelijk is en op de uitgelokte respons gereageerd wordt.

#### - Moment van onderzoek onder patiënten.

Indien onderzoek onder patiënten nodig is, moet eerst worden afgewogen of bestaande informatie via exit-interviews of satisfactie onderzoek niet kan volstaan. Daarbij dient de effectiviteit van het werken met focusgroups ter vergelijking met interviews en enquêtes nader onderzocht te worden. Behoeftte-onderzoek onder revalidanten zou kort vóór (tijdens de wachtperiode) of tijdens de eerste fase van de behandeling kunnen plaatsvinden.

#### 4.b Ontwerpen van het onderzoeksinstrument.

Een vragenlijst voor verwijzers of de verzekeraar is betrekkelijk eenvoudig in samenspraak met de verantwoordelijke behandelaars op te stellen; dit is natuurlijk wel afhankelijk van de vraagstelling.

Een onderzoek onder patiënten kan met behulp van het "gapmodel" van Parasuraman worden uitgevoerd. Zowel de algemene als zorgspecifieke onderdelen daarvan dienen echter per situatie vastgesteld en omschreven te worden. Theoretisch is te onderbouwen dat behoeftte-onderzoek onder patiënten en exit-interviews moeilijk te scheiden zijn. Omdat exit-onderzoek vaak in de een of andere vorm wordt toegepast en eenvoudiger te organiseren is, heeft het in de regel de voorkeur op de hieruit voortkomende gegevens af te gaan.

Natuurlijk dienen bij het interpreteren van de gegevens en het eraan verbinden van conclusies voor de vormgeving van de behandeling niet alleen de oordelen van betrokken professionals, maar ook andere beleidsafwegingen meegenomen te worden. Op dat laatste is in dit hoofdstuk niet ingegaan. Het kiezen van onderwerpen voor het doen van marktonderzoek zal in de regel gebeuren op basis van strategische afwegingen en (onbegrepen) signalen van problemen ten aanzien van bepaalde behandelprogramma's.

In een pilot study is gebleken dat dwarslaesiepatiënten hun oordeel over de kwaliteit meer op algemene dimensies dan op zorgspecifieke aspecten baseren. Voor onderzoek ten behoeve van inhoudelijke verbetering van de behandeling heeft dat op zich geen gevolgen; het is wel de vraag of een uitsluitend inhoudelijk verbeterd programma ook meer tevreden patiënten oplevert. De wijze waarop met dit gegeven in een werkelijk marktgerichte afweging rond budgettaire prioriteiten wordt omgegaan, kan aanleiding geven tot controverses tussen professionals en management.

Het blijkt goed mogelijk marktonderzoek te doen en de gegevens daarvan te gebruiken in een kwaliteitssysteem. Afgezien van de impliciete vraag die elke professional en leidinggevende zich dient te stellen over het adequaat bedienen van de cliënt, is ook expliciet marktonderzoek mogelijk. Veelal zal dit op projectbasis geschieden. Het blijft de vraag in hoeverre aanbieders van zorg door een succesvolle afstemming van de kwaliteit van hun product op de marktbehoeften, in conflict gaan komen met de beheersingsdoelstellingen van overheid en verzekeraars. Er bestaat namelijk een grote kans dat toegenomen markt- en klantgerichtheid niet alleen invloed heeft op de kwaliteit van het zorgproduct, maar mogelijk ook op patiëntenstromen.

## LITERATUUR HOOFDSTUK 6

- Bennekom C.A.M. van, Jelles F., Lankhorst G.J.; Revalidatie Activiteiten Profiel. Amsterdam, VU-uitgeverij, 1994.
- Bennekom C.A.M. van, Jelles F.; The Rehabilitation Activities Profile. Acad. Proefschrift, Amsterdam, 1995.
- Borst-Ellers, E.; In CeRT-openingsymposiumverslag, Enschede 1993.
- Bijl R., Mastboom J.; Van behoefte naar vraag. Epidemiologisch onderzoek en regionale verdeling van AGGZ-capaciteit: beperkingen en mogelijkheden. NoGV-reeks nummer 89, Utrecht, 1986.
- Dickinson E.; Using marketing principles for health care development. Quality in Health Care 1995; 4: 40-44.
- Erp L.G. van; Marketing in de gezondheidszorg; patiëntgericht management. Lochem, De Tijdstroom, 1989.
- Harteloh P.P.M. en Casparie A.F.; Kwaliteit van Zorg. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Harten W.H. van; Kwaliteitszorg, systematische aanpak door/in revalidatiecentrum Het Roessingh. Handboek kwaliteit van Zorg. Utrecht, De Tijdstroom, 1995.
- Kooy R. van, Ravensbergen J. van; Het Marketing plan. Utrecht, 1995.
- Market based Planning. Commission on Accreditation of Rehabilitation facilities. Tucson Arizona, 1984.
- McKillop J.; Need analysis for the Human Services and Education. Applied Social Research Methods series vol. 10. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1987.
- Moons M., Kerkstra A., Picauly C.; De zorg behoefte ontleed. Een literatuuroverzicht van onderzoek naar de behoefte aan thuiszorg. Utrecht: NIVEL, 1989.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L.; A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing, 1985; 49; 41-50.
- Raadsen H.P., Asbeck F.W.A. van; Over leven met een dwarslaesie. De Hoogstraat, Utrecht, 1994.
- Rogers E.M.; Diffusion of innovations. New York, Macmillan publ., 1983.
- Wiersma M.I., Carlier J.M.; Stappenplan klantgericht kwaliteit construeren in de revalidatie. N.Z.I. - Utrecht, 1993.
- Wagner C., Bakker D.H. de, Sluys E.M.; Kwaliteitssystemen in Instellingen, de stand van zaken. Pag. 91-99; Nivel, Utrecht 1995.
- Winter F.A.M.; Pijnrevalidatie voor chronische pijnpatiënten. Acad. Proefschrift, Enschede 1992.

## **BIJLAGE 1: DETERMINANTS OF SERVICE QUALITY**

**RELIABILITY** involves consistency of performance and dependability.

It means that the firm performs the service right the first time.

It also means that the firm honors its promises. Specifically, it involves:

- accuracy in billing;
- keeping records correctly;
- performing the service at the designated time.

**RESPONSIVENESS** concerns the willingness or readiness of employees to provide service. It involves timeliness of service:

- mailing a transaction slip immediately;
- calling the customer back quickly;
- giving prompt service (e.g. setting up appointments quickly).

**COMPETENCE** means possession of the required skills and knowledge to perform the service. It involves:

- knowledge and skill of the contact personnel;
- knowledge and skill of operational support personnel;
- research capability of the organization, e.g. securities brokerage firm.

**ACCESS** involves approachability and ease of contact. It means:

- the service is easily accessible by telephone (lines are not busy and they don't put you on hold);
- waiting time to receive service (e.g. at a bank) is not extensive;
- convenient hours of operation;
- convenient location of service facility.

**COURTESY** involves politeness, respect, consideration, and friendliness of contact personnel (including receptionists, telephone operators, etc.). It includes:

- consideration for the consumer's property (e.g. no muddy shoes on the carpet);
- clean and neat appearance of public contact personnel.

**COMMUNICATION** means keeping customers informed in language they can understand and listening to them. It may mean that the company has to adjust its language for different consumers - increasing the level of sophistication with a well-educated customer and speaking simply and plainly with a novice. It involves:

- explaining the service itself;
- explaining how much the service will cost;
- explaining the trade-offs between service and cost;
- assuring the consumer that a problem will be handled.

**CREDIBILITY** involves trustworthiness, believability, honesty. It involves having the customer's best interests at heart. Contributing to credibility are:

- company name;
- company reputation;
- personal characteristics of the contact personnel;
- the degree of hard sell involved in interactions with the customer.

**SECURITY** is the freedom from danger, risk, or doubt. It involves:

- physical safety (Will I get mugged at the automatic teller machine?);
- financial security (Does the company know where my stock certificate is?);
- confidentiality (Are my dealings with the company private?).

**UNDERSTANDING/KNOWING THE CUSTOMER** involves making the effort to understand the customer's needs. It involves:

- learning the customer's specific requirements;
- providing individualized attention;
- recognizing the regular customer.

**TANGIBLES** include the physical evidence of the service:

- physical facilities;
- appearance of personnel;
- tools or equipment used to provide the service;
- physical representations of the service, such as a plastic credit card or a bank statement;
- other customers in the service facility.

## BIJLAGE 2: SCORES ALGEMENE DIMENSIES OP ITEM-NIVEAU

Om concrete punten van verbetering op te sporen kunnen de resultaten van het onderzoek op item-niveau worden gebruikt.

	<u>Mean</u>	<u>S.D.</u>
<b>Toegankelijkheid</b>		
1. Afspraken kunnen snel en gemakkelijk worden gemaakt.	3.04	.81
2. De behandelaars in Het Roessingh zijn telefonisch goed bereikbaar.	3.04	.62
3. Ik kon direct worden opgenomen in Het Roessingh	3.33	1.13
<b>Communicatie</b>		
4. De behandelaars in Het Roessingh luisteren goed naar mij	3.13	.54
5. De behandelaars geven mij voldoende informatie over de behandeling.	2.71	.86
6. De behandelaars leggen duidelijk uit wat ik moet doen.	3.17	.82
7. Ik krijg een goede uitleg over het doel en het verloop van de behandeling.	2.96	.55
8. De behandelaars gebruiken termen die ik kan begrijpen.	3.08	.58
<b>Geloofwaardigheid</b>		
9. Het Roessingh heeft een goede naam.	4.33	.76
10. Je hoort over Het Roessingh veel goede verhalen.	3.96	.95
11. Bij Het Roessingh ben je op het beste adres op het gebied van revalidatie.	3.42	.65
<b>Begrip/kennis</b>		
12. De hulpverleners houden bij hun werk rekening met wat ik graag wil	3.21	.83
13. De hulpverleners zijn in mij als patiënt geïnteresseerd.	3.38	.88
14. De hulpverlener probeert te weten te komen wat ik graag wil.	3.08	.83
15. De hulpverlener heeft er een goed idee van wat ik wil bereiken in Het Roessingh.	3.38	.71
16. Er wordt rekening gehouden met mijn individuele levenssituatie en achtergrond.	3.21	.72
<b>Veiligheid</b>		
17. Bij Het Roessingh wordt discreet omgegaan met de problemen die ik vertel.	3.13	.74
18. Op de kamers heerst voldoende privacy.	2.50	.93
19. Bij Het Roessingh is het mogelijk mijn persoonlijke eigendommen goed op te bergen.	2.88	.68
20. Binnen Het Roessingh wordt er alles aan gedaan om ongelukken zoveel mogelijk te voorkomen.	3.29	.62
<b>Tastbaarheden</b>		
21. Het gebouw van Het Roessingh is mooi.	3.04	.62
22. Het Roessingh ligt in een mooie omgeving.	3.71	.69
23. Het Roessingh is gezellig ingericht.	3.00	.83
24. Het Roessingh maakt gebruik van moderne apparatuur.	3.38	.71
<b>Flexibiliteit</b>		
25. Als je dat wil kan het eten worden aangepast.	2.92	1.14
26. Problemen worden zo snel mogelijk opgelost.	3.08	.83
27. Er wordt aandacht besteed aan mijn vragen.	3.33	.56
28. Behandelingsopties worden met mij overlegd.	3.12	.74
<b>Competentie</b>		
29. De behandelaars van Het Roessingh weten goed wat er moet gebeuren	3.50	.78
30. Bij Het Roessingh hebben ze goede behandelaars	3.50	.72
31. Bij Het Roessingh beschikken ze over uitstekend personeel.	3.46	.78

**Beleefdheid**

32. Het Roessingh heeft vriendelijk personeel	3.50	.72
33. De mensen die in Het Roessingh werken zijn behulpzaam.	3.42	.58
34. Het personeel van Het Roessingh ziet er netjes en verzorgd uit.	3.21	.51
35. Als ik iets vraag, krijg ik duidelijk antwoord.	3.17	.76
36. De mensen in Het Roessingh staan altijd voor me klaar.	3.17	.64

**Betrouwbaarheid**

37. Het aantal fouten dat wordt gemaakt bij de zorgverlening is groot.	3.67	1.46
38. De kans dat er iets mis gaat bij Het Roessingh is groot.	3.71	1.33

**BIJLAGE 3A: VRAGENLIJST VOOR VERWIJZERS OVER PIJNREVALIDATIE  
BIJ HET ROESSINGH**

Lijstnr.: BK

**1 U heeft al meerdere keren een patiënt naar Het Roessingh verwezen voor pijnrevalidatie. Hoeveel van deze patiënten zijn werkelijk gestart met het behandelprogramma?**  
.....  
.....

**2 Wanneer niet alle door u verwezen patiënten gestart zijn met het pijnrevalidatieprogramma van Het Roessingh, wat was hiervoor de reden?\***

- Het Roessingh achtte de patiënt niet geïndiceerd
- De patiënt haakte af
- Er staan nog patiënten op de wachtlijst
- De behandeling werd niet vergoed
- Een andere reden, namelijk.....

.....  
.....  
.....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**3 Hoeveel van de door u verwezen patiënten hebben het volledige behandelprogramma gevolgd?**  
.....  
.....

**4 Hoe bent u in contact gekomen met het pijnteam van Het Roessingh?\***

- Foldermateriaal
- Via (een) collega('s)
- Via een revalidatie-arts van Het Roessingh
- Op een refereravond
- Anders, namelijk.....

.....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**5 Wanneer acht u pijnrevalidatie noodzakelijk?\***

- Als alle andere behandelingen geen succes hebben gehad
- Als de patiënt erg op de pijn gefixeerd is
- Als de pijn langer aanhoudt dan 3 maanden
- Als de pijn langer aanhoudt dan 6 maanden
- Als de pijn langer aanhoudt dan 12 maanden
- Anders, namelijk.....

.....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**6 Wat zijn uw voornaamste redenen om samen te werken met het pijnteam van Het Roessingh?\***

- Het Roessingh levert over het algemeen goed werk
- Pijnrevalidatie is noodzakelijk voor het leren omgaan met pijn
- Multidisciplinaire behandeling
- Vanwege het semi-klinische programma
- Vanwege het klinische programma



- Vanwege het poli-klinische programma
- Het werken met groepen
- Het inschakelen van de partner bij de behandeling
- Het gestandaardiseerde behandelprogramma
- Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het vergroten van de mentale en fysieke belastbaarheid
- De aandacht voor gezond gedrag
- Stimulatie van de zelfwerkzaamheid van de patiënt
- Andere reden, namelijk.....
- .....
- .....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**7 Schakelt u voor elke chronische pijnpatiënt Het Roessingh in?**

- ja
- nee

**7a Waar hangt dat van af?\***

- Van de ernst van de aandoening
- Van het gedrag van de patiënt
- Van wachtlijsten
- Van de verzekeraar van de patiënt
- Van iets anders, namelijk.....
- .....
- .....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**8 Verwacht u dat de door u verwezen patiënten u minder zullen bezoeken met pijnklachten?**

- ja
- nee
- ik weet het niet, maar ik acht de behandeling het proberen waard

**9 Is er al eens een patiënt met dezelfde klachten teruggekomen, nadat hij/zij het pijnrevalidatie-programma gevolgd had?**

- ja
- nee
- nee, maar ik verwacht het wel op langere termijn

**10 Wat vindt u van de duur van het programma?**

- te kort
- goed
- te lang

**11 Wat vindt u van de inhoud van het programma?**

- goed
- matig
- slecht

**12 Verlopen de bestaande communicatie en de samenwerking met het pijnteam naar tevredenheid?**

- ja
- nee

Zo nee: Waarom niet?

.....

.....

.....  
.....

**13 Wat moet Het Roessingh volgens u doen om de pijnrevalidatie te verbeteren?**

.....  
.....  
.....  
.....

**14 Heeft u behoefte aan meer informatie over de pijnrevalidatie?**

- ja
- nee

(Indien ja, dan kunt u de bijgevoegde antwoordkaart invullen en zonder postzegel opsturen. Bij voldoende belangstelling wordt er een informatie-avond georganiseerd. Bovendien kunt u het boek "De Pijn de Baas" van dr. F.A.M. Winter tegen een gereduceerde prijs bestellen (f 25,- in plaats van f 29,-)).

**BIJLAGE 3B: VRAGENLIJST VOOR NIET-VERWIJZERS OVER PIJNREVALIDATIE BIJ HET ROESSINGH**

Lijstnr.: OBK

- 1 Bent u op de hoogte van het bestaan van pijnrevalidatie bij revalidatiecentrum Het Roessingh?**  
 ja  
 nee
- 1a Zo ja: hoe heeft u die informatie gekregen?\***  
 via (een) collega(s)  
 krant  
 folder  
 televisie  
 anders, namelijk.....  
.....  
.....  
\* meerdere antwoorden zijn mogelijk
- 2 Begeleidt/behandelt u patiënten die door chronische pijn beperkt zijn?**  
 ja  
 nee
- 3 Lijkt de pijnbehandeling van Het Roessingh zinvol?**  
 ja  
 nee
- 4 Denkt u chronische pijnpatiënten in de toekomst naar Het Roessingh te gaan verwijzen?**  
 ja  
 nee
- 4a Waarom wel/waarom niet?**  
.....  
.....  
.....  
.....
- 5 Wanneer acht u pijnrevalidatie noodzakelijk?\***  
 Nooit  
 Als alle andere pijnbehandelingen geen succes hebben gehad  
 Als de patiënt erg op de pijn gefixeerd is  
 Als de pijn langer aanhoudt dan 3 maanden  
 Als de pijn langer aanhoudt dan 6 maanden  
 Als de pijn langer aanhoudt dan 12 maanden  
 Anders, namelijk.....  
.....  
.....  
\* meerdere antwoorden zijn mogelijk
- 6 Wat zouden voor u redenen kunnen zijn om samen te werken met het pijnteam van Het Roessingh?\***  
 Het Roessingh levert over het algemeen goed werk  
 Pijnrevalidatie is noodzakelijk voor het leren omgaan met pijn  
 Multidisciplinaire behandeling  
 Vanwege het semi-klinische programma  
 Vanwege het klinische programma

- Vanwege het poli-klinische programma
- Het werken met groepen
- Het inschakelen van de partner bij de behandeling
- Het gestandaardiseerde behandelprogramma
- Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het vergroten van de mentale en de fysieke belastbaarheid
- De aandacht voor gezond gedrag
- Stimulatie van de zelfwerkzaamheid van de patiënt
- Andere reden, namelijk.....

\* meerdere antwoorden zijn mogelijk

**7** Verwacht u dat de door u verwezen patiënten u minder zullen bezoeken met pijnklachten?

- ja
- nee
- ik weet het niet, maar ik acht de behandeling het proberen waard
- ik weet het niet en ga daarom ook niet verwijzen

**8** Wat moet Het Roessingh volgens u doen om de pijnrevalidatie zinvol(ler) te maken?

.....

.....

.....

.....

**9** Heeft u behoefte aan meer informatie over de pijnrevalidatie?

- ja
- nee

(indien ja, dan kunt u de bijgevoegde antwoordkaart invullen en zonder postzegel opsturen. Bij voldoende belangstelling wordt er een informatie-avond georganiseerd. Bovendien kunt u het boek "De Pijn de Baas" van dr. F.A.M. Winter tegen een gereduceerde prijs bestellen (f 25,- in plaats van f 29,-).

## **7. PROTOCOLONTWIKKELING: VAN PROCES-ONTWERP NAAR PROCES-STURING**

### **7.1. Inleiding**

Er bestaat een toenemende interesse voor de ontwikkeling en introductie van protocollen. Redenen hiervoor zijn onder andere geconstateerde verschillen in medisch handelen (Casparie e.a. 1993), de noodzaak meer gestructureerd en "evidence based" te werken, de toenemende behoefte aan transparantie, (het zichtbaar maken van het medisch handelen naar diverse stakeholders) en de noodzaak doelmatigheid te stimuleren (CBO 1995).

De term "protocol" blijkt toegepast te worden voor, naar vorm en inhoud, sterk uiteenlopende beschrijvingen van zorgprocessen. Dit geldt eveneens voor de wijze waarop het gebruikt wordt; de rol die het protocol speelt, kan variëren van sturend tot adviserend. Bovendien worden begrippen als richtlijn, protocol en standaard op verschillende wijze gehanteerd. Allereerst wordt daarom op deze met definiëring samenhangende aspecten ingegaan.

In het kwaliteitssysteem is het protocol te gebruiken als beschrijving van het voortbrengingsproces (service- of procesontwerp). Het is de vraag óf en zo ja, op welke wijze protocollen bruikbaar kunnen zijn voor de sturing van het zorgproces in de dagelijkse praktijk. In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van beschikbare gegevens over het ontwikkelen en de geschiktheid van protocollen voor processturing in de revalidatie.

Vervolgens wordt de ontwikkeling en implementatie aan de hand van een protocol voor behandeling van klinische CVA-patiënten beschreven en geëvalueerd. De onderzoeksperiode nam twee jaar in beslag, van 1993 tot 1995. Vraagstelling daarbij was of het protocol aansloot bij de vooraf geformuleerde doelstellingen, gebruikt werd in de dagelijkse praktijk en tot meerwaarde in de zin van toegenomen besturing van het proces heeft geleid.

### **7.2. Protocollen: definities en gebruik**

Protocollen worden veelvuldig genoemd als mogelijke instrumenten voor beheersing van het zorgproces. Dit gebeurt in het kader van uitspraken over kwaliteitsverbetering (Thomas 1994, de Bakker e.a. 1994, Sheldon en Borowitz 1993, Grol e.a. 1994), vermindering in variatie van medisch handelen en beïnvloeding van het handelen van medici (Gezondheidsraad 1992, Phelps 1993, Lomas c.s. 1989, Grimshaw c.s. 1993, 1994, 1995). Ook overheden

stimuleren het tot stand komen van en werken met protocollen in de verwachting dat dit doelmatigheid bevordert.

Vanouds zijn vooral professionele of educatieve argumenten gehanteerd voor het ontwikkelen van protocollen: verbetering van het handelen van de (para)medicus. Tegelijk wordt geconstateerd dat enerzijds de wetenschappelijke basis (in de zin van "evidence based") onvoldoende is en anderzijds het effect op het praktisch handelen teleurstellend of nauwelijks bewezen is (Thomas 1994, Lomas c.s. 1989, Grimshaw c.s. 1993, 1994, 1995). Voor ingegaan kan worden op het gebruik en de mogelijke waarde voor processturing, komen eerst enkele definities aan de orde.

#### Procesontwerp en processturing.

In het bedrijfsketen-model wordt de te verlenen dienst op basis van diverse informatiebronnen (waarvan marktonderzoek er één kan zijn) nader gespecificeerd in het procesontwerp. Deze specificatie bevat een nadere omschrijving van de inhoud van de dienst, het proces van dienstverlening en een specificatie van de kwaliteitsbeheersing. Later wordt beschreven in hoeverre een protocol als procesontwerp fungeert.

Onder processturing wordt de daadwerkelijke aansturing en coördinatie van het proces van dienstverlening, inclusief (elementen van) kwaliteitsbeheersing, verstaan.

#### Protocollen en richtlijnen.

Een protocol wordt in de overzichtsstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing, uitgegeven door de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (De Bakker e.a. 1994), gelijk gesteld aan een standaard en gedefinieerd als "criteria, waaronder wordt verstaan een kenmerk van zorg dat een optimale situatie aangeeft". (Een literatuurreferentie ontbreekt, zodat niet geheel duidelijk is of het hier om een eigen definitie gaat).

Casparie (1984) heeft het protocol gedefinieerd als "de uitkomst van het overleg tussen een aantal beroepsbeoefenaren over de wijze van diagnostiek of therapeutische handelen, die voor een groep patiënten gemiddeld genomen het optimale resultaat zal geven".

De term protocol wordt in de praktijk eveneens gebruikt voor een algoritme (beslisboom) of gelijkgesteld met een richtlijn (practice guideline).

De US Health Care Policy and Research Agency (Institute of Medicine 1992) heeft een definitie vastgesteld van practice guidelines: "practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances". Men maakt

het onderscheid met "standards" in die zin, dat die minder ruimte voor de eigen afweging van de professional laten.

Het CBO heeft op verzoek van de Landelijke Specialisten Vereniging in 1995 een consensus over medisch specialistische richtlijnen gepubliceerd. Ook daarin wordt een diversiteit aan definities en van de wijze van invulling geconstateerd. In dat rapport wordt de voorkeur gegeven aan de term richtlijn, aansluitend op de Amerikaanse definitie uit 1992. Hoewel geen eenduidige Nederlandse omschrijving wordt geformuleerd, wordt gesteld dat richtlijnen meer vrijheid aan de individuele behandelaar bieden dan protocollen. Men definieert een protocol zelfs als "een gedetailleerde specificatie van een richtlijn". Hoewel het gebruik van de term richtlijn op landelijk niveau de voorkeur heeft - omdat het ruimte voor lokale invulling suggereert -, is het onderscheid op instellingsniveau enigszins kunstmatig. Bovendien is binnen de revalidatiesector het gebruik van de term "behandelprotocol" sterk ingeburgerd.

Een breed geaccepteerde definitie van wat een protocol is, bestaat dus niet; het lijkt in dit kader acceptabel de Nederlandse term protocol als synoniem voor het Engelse "practice guideline" te nemen. In dit hoofdstuk wordt een protocol als volgt gedefinieerd: "een protocol is een richtlijn voor medisch handelen, gebaseerd op een door een aantal professionals uitgevoerd systematisch ontwikkelingstraject, bedoeld voor ondersteuning en het bewerkstelligen van optimale behandeling".

Inhoud, vormgeving en ontwikkeling.

Vervolgens kan de vraag gesteld worden aan welke criteria een protocol dient te voldoen. Natuurlijk gelden bij gebruik op nationaal niveau andere criteria dan voor institutioneel gebruik. Grimshaw (1994) hecht vooral waarde aan het gebruik van systematisch literatuur onderzoek, de onafhankelijke multidisciplinaire samenstelling van ontwikkelgroepen en een herkenbare relatie tussen aanbevelingen en wetenschappelijke onderbouwing. Thomas (1994) stelt echter dat, gezien de beperkte wetenschappelijke onderbouwing van de meeste medische procedures, consensus een zeer belangrijk instrument is. Wanneer diverse disciplines met elk hun eigen technologie in een behandelproces participeren, blijkt de hoeveelheid "evidence" voor alle onderscheiden beslismomenten ernstig tekort te schieten. Naylor (1995) bevestigt, ter compensatie van deze lacune, de noodzaak van het betrekken van ervaringsdeskundigheid en patiëntenbehoeften. Gezien het veelal multidisciplinaire karakter van de medische sector pleiten McNicol e.a. (1993) voor een multidisciplinaire aanpak bij de ontwikkeling van protocollen.

Kaders of richtlijnen voor de wijze van ontwikkeling en vormgeving van protocollen waren ten tijde van de start van dit onderzoek nauwelijks beschikbaar. Vandaar dat de opzet en lay-out van protocollen enorm uiteen kunnen lopen; een instructietekst in proza, een algoritme of beslisboom (met opties al dan niet uitgedrukt in maat en getal), een checklist als praktische reminder en allerlei mengvormen. Veelal is de ontwikkeling sterk beïnvloed vanuit het gezichtspunt van de individuele praktiserende professional. Eerst recent heeft in Nederland het CBO een consensus over de vorm en inhoud van met name monodisciplinaire medisch specialistische protocollen gepubliceerd (1995). Het protocol blijkt in de praktijk vooral als inhoudelijke procesbeschrijving te fungeren. Het beschrijvende van het procesontwerp krijgt vorm, het sturende deel nauwelijks. Toepassing van organisatie- of informatie-kundige principes wordt sporadisch aangetroffen (Wensing 1995). Bij onderzoek naar de toepasbaarheid voor processturing dienen dit soort aspecten meegenomen te worden; het is evident dat een in proza gesteld protocol zich, behalve voor instructie, nauwelijks leent voor gebruik in de dagelijkse praktijk. Een beslisboom is voor een individuele behandelaar hanteerbaar, maar het is de vraag of een multidisciplinair behandelproces van vijf tot tien verschillende disciplines zich daarin laat vervatten. Het is daarom van belang dieper in te gaan op een aantal theoretische aspecten rond het opstellen en gebruiken van multidisciplinaire protocollen.

### Multidisciplinaire protocollen

Een van de weinige (Nederlandse) studies naar het ontwikkelen en invoeren van multidisciplinaire protocollen is van de hand van Kobus en Carlier (1990). Zij sluiten in hun modelontwikkeling allereerst aan op organisatiekundige principes door uit te gaan van een strategisch, tactisch en operationeel niveau van besturing in het behandelprogramma. Het strategisch niveau van de behandeling kenmerkt zich door een lange termijn insteek, minder afgebakende probleemstelling, een sterke mate van onvoorspelbaarheid en grote invloed van externe variabelen. Het tactisch niveau is meer direct voorwaardenscheppend van aard; na besluitvorming op strategisch niveau moet vastgesteld worden hoe mensen en middelen ingezet worden en hoe onderlinge afstemming plaatsvindt. Hieraan zijn concrete doel- en taakstellingen te koppelen. Het operationele niveau levert de uitwerking in verrichtingen, normen en beslisregels. De concrete handeling is de resultante. Vertaald naar soorten protocollen kunnen dan de volgende drie worden onderscheiden:

- beslissingsondersteunende protocollen (strategisch);
- doelprotocollen (tactisch);
- verrichtingenprotocollen (operationeel).



De keuze voor één van bovenstaande protocollen hangt in grote mate af van de mate van voorspelbaarheid van het verloop van een ziektebeeld. Als het verloop een hoge mate van onzekerheid kent, kunnen beslissingsondersteunende protocollen ontwikkeld worden. Deze protocollen hebben de ondersteuning van de besluitvorming in het zorgproces tot doel. Daartoe zullen deze protocollen idealiter beslissingsmomenten moeten vastleggen en is een inventarisatie van de benodigde informatie per moment nodig. Tevens kunnen in grote lijnen taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de leden van het multidisciplinaire team beschreven worden. Bij multidisciplinaire behandelteams is ondersteuning van de samenwerking tussen de diverse disciplines van groot belang, waardoor de nadruk komt te liggen op afstemming en coördinatie. Een protocol met een beslissingsondersteunend karakter ligt dan voor de hand.

Als de voorspelbaarheid groter is, kunnen doelprotocollen ontwikkeld worden. In deze situatie is het mogelijk de behandeling tot op doelniveau vast te leggen in de tijd. Er ontstaat een soort beslisboom, waarin bij elke vertakking de volgende, mogelijke doelen gegeven worden. Dit is tevens een belangrijk verschil met het beslissingsondersteunende protocol, waarin geen opties aangegeven worden waaruit kan worden gekozen op een bepaald moment.

Ten slotte is de ontwikkeling van een verrichtingenprotocol alleen mogelijk als de voorspelbaarheid van het verloop van het ziektebeeld en/of de behandeling, zo groot is, dat een concreet stappenplan gemaakt kan worden. Een bepaalde behandelvorm kan dan zodanig gestandaardiseerd worden, dat voor alle betrokken professionals alle verrichtingen op elk moment vastgelegd kunnen worden. Men kan rechtstreeks op operationeel niveau insteken. Elke stap is aan een bepaald moment in de tijd gekoppeld. Zo weten de betrokken hulpverleners waar men op een bepaald moment mee bezig behoort te zijn. Dit protocol kan de behandeling tot in detail beschrijven. Een verrichtingenprotocol is vooral geschikt om het handelen van een individuele professional stapsgewijs vast te leggen. Verpleegkundige protocollen voor bepaalde behandelingen (catheteriseren, wondbehandeling) zijn hiervan goede voorbeelden. Deze laatste vorm heeft men vaak voor ogen bij het hanteren van de term protocol; voor multidisciplinaire zorgprocessen is deze aanpak echter niet altijd toepasbaar.

Dit onderscheid in de drie vormen van protocollen kan worden geïntegreerd tot een "protocollenhiërarchie". Bovenin de hiërarchie staat het beslissingsondersteunende protocol (strategisch niveau). Vervolgens worden voor meer voorspelbare elementen doelprotocollen ontwikkeld (tactisch niveau). Aan elk doelprotocol kunnen tenslotte verrichtingenprotocollen gekoppeld worden (operationeel niveau). Met dit schema in het hoofd kan men afhankelijk van de voorspelbaarheid van het ziektebeeld de juiste vorm van protocollering kiezen.

Per hiërarchisch niveau is er sprake van een andersoortige sturing. In de praktijk zullen deze niveaus niet strikt te scheiden zijn. Het besef van het bestaan van deze verschillen is voor de eenheid van taal tijdens het opstellen wel van belang.

De rol die het protocol in de organisatie of tussen de verschillende hulpverleners speelt, kan ook verschillen. Het kan bedoeld zijn om (multidisciplinair) overleg voor een belangrijk deel te vervangen (de procedure is nu eenmaal vastgelegd) of juist te ondersteunen. De mate waarin van het protocol kan worden afgeweken, is eveneens van belang; het kan voorschrijvend of adviserend zijn. Met name bij een voorschrijvend protocol kan de acceptatie een probleem zijn. Het perkt de vrijheid van een professional immers in.

Men ziet regelmatig de behoefte de ideale situatie te beschrijven, terwijl voor sturing in de praktijk dicht bij de bestaande randvoorwaarden gebleven moet worden. Anders gezegd: gaat het om een status-quo beschrijvend ("ist") of grensverleggend ("soll") protocol? Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat hulpverleners soms eerder geneigd zijn grensverleggende protocollen te ontwikkelen dan status quo-beschrijvende. Dan kan meespelen dat men mogelijkheden ziet de behandeling ten aanzien van tot dan toe niet gerealiseerde aspecten te verbeteren. Een ander punt is de neiging die kan ontstaan het professionele domein of de professionele autonomie te willen beschermen of uit te breiden door "afbakenende" wensen te formuleren.

De rol die het protocol speelt is dus te onderscheiden in:

- overlegvervangend - overlegondersteunend
- voorschrijvend - adviserend
- "ist" - "soll" situatiebeschrijvend.

Tot slot kan een protocol naar inhoudelijke invulling verschillen. De drie inhoudselementen zijn:

- procedureel-organisatorische afspraken;
- beroepsinhoudelijke informatie;
- patiëntbehoeften.

Procedureel-organisatorische afspraken geven structuur aan de diverse werkzaamheden. In een beslissingsondersteunend protocol zal hier meer de nadruk op liggen (planningsafspraken, afspraken over groepssamenstelling en overlegfrequenties etc.). Bij beroepsinhoudelijke informatie kan gedacht worden aan informatie op het niveau van behandel doelstellingen of op het niveau van concrete verrichtingen (beslisboom). Tenslotte zouden in een tijd waarin cliëntgerichtheid belangrijk is, de behoeften van de patiënt op de een of andere manier gemeten en in de besluitvorming verwerkt dienen te worden.

In figuur 7.1. staan de verschillen in soort, rol en inhoud van protocollen schematisch weergegeven.

Soort	Rol	Inhoud
Beslissondersteunend	Overlegvervangend/ondersteunend	Procedureel-organisatorisch
Doelprotocol	Voorschrijvend/adviserend	Beroepsinhoudelijk
Verrichtingenprotocol	"Ist" - "Soll"	Patiëntbehoeften

*Figuur 7.1.: Soorten, rollen- en inhoud van protocollen (naar Kobus en Carlier 1990)*

Het is in de praktijk veelal niet mogelijk een strikte scheiding tussen de verschillende soorten, rollen en inhoudselementen aan te brengen. Het is wel van belang dat men er zich bewust van is. Zo zullen inhoudselementen in wisselende combinaties opgenomen worden, afhankelijk van soort- en rolkeuze en de beschikbare informatie. Het succes van de begeleiding van- of het leidinggeven aan protocolontwikkeling, zal voor een belangrijk deel afhangen van de mate waarin aan de diverse deelnemers eenduidig bekend is, welk type protocol ontwikkeld moet gaan worden.

### 7.3. Protocollen in professionele organisaties

Volgens Mintzberg (1979) kunnen de meeste instellingen in de gezondheidszorg beschreven worden als "professionele bureaucratieën". In hoofdstuk 2.4 is uitgebreid ingegaan op de organisatorische kenmerken van vormen van professionele dienstverlening. Vastgesteld is dat de professional door de instelling in de regel inhoudelijk nauwelijks aan te sturen is. Mintzberg komt tot de conclusie dat niet het standaardiseren van werkprocessen of uitkomsten, maar het standaardiseren van vaardigheden het meest geschikte coördinatiemechanisme - en daarmee een procesbeheersingsinstrument - is. Omdat het ontwikkelen van protocollen in wezen standaardisatie van het werkproces inhoudt, voorspelt hij problemen rond de acceptatie van protocollen. Vanwege het veelal effectievere externe referentiekader van de professionele beroepsgroep is het aansluiten op landelijke richtlijnen te prefereren. Meestal zijn landelijke richtlijnen echter monodisciplinair en daarom in multidisciplinair verband nauwelijks bruikbaar.

De eerder in hoofdstuk 2.4.2 beschreven indeling van Weggeman (1992) in routinematige (R) en improviserend (I) werkende professionals is ook van belang voor de wijze van gebruik van protocollen. Bij de R-professional is het eerder de taak van het management zorg te dragen voor een adequate aansturing van het werkproces en een goede specificatie van de verwachte output. Bij I-professionals blijkt sturing voornamelijk te werken via zo scherp mogelijk output-formulering. In het laatste geval zou een inhoudelijk verrichtingenprotocol tot problemen leiden.

Voor processturing is een belangrijke eis dat protocolontwikkeling zo concreet en gedetailleerd mogelijk geschiedt (o.a. Wild 1984). Een zorgproces kan worden voorgesteld als een systeem met invoer (input), doorvoer (throughput) en uitvoer (output). Als onderdelen van een systeem kunnen telkens onder andere mensen (patiënten, behandelaars), middelen (hulpmiddelen, materialen) en informatie onderscheiden worden. Protocollen bieden de mogelijkheid om deze "entiteiten", hun onderlinge verhouding en hun beoogde verandering gedurende het zorgproces te beschrijven. Effectieve processturing vraagt dus eigenlijk om protocollen van het meest gedetailleerde soort, te weten verrichtingenprotocollen, die bovendien voorschrijvend zijn. Processturing door middel van het gebruik van protocollen lijkt dus strijdig met de specifieke organisatiekenmerken en coördinatiemechanismen van de professionele bureaucratie, zeker als het om I-professionals gaat. Dat roept de vraag op of het überhaupt mogelijk is met behulp van protocollen de processturing te verbeteren, anders dan door standaardisatie van vaardigheden. Het is duidelijk dat er een spanningsveld bestaat tussen de sturingswens in het kader van het kwaliteitssysteem en de wijze van professionele invulling van het dienstverleningsproces.

Bij de beslissingsondersteunende protocollen met vooral procedureel-organisatorische inhoud worden, in overleg met betrokkenen, veelal organisatorische kaders (en dus beperkingen) aan professionals opgelegd. Zeker bij multidisciplinaire samenwerking is dit van belang. Overlegsituaties, de zeggenschap binnen een (multidisciplinair) behandelteam en bijvoorbeeld ook de vorm en uiterlijke inleverdatum van de schriftelijke rapportages komen hier aan bod.

De noodzaak tot sturing en beheersing stelt grenzen aan de professionele vrijheid van het individu. Naarmate het protocol meer op verrichtingenniveau geschreven is, wordt het professionele domein navenant beïnvloed. Er wordt vaak voor gekozen een adviserende rol aan het protocol toe te kennen, omdat anders "kookboek" geneeskunde dreigt. Naarmate situaties echter levensbedreigender zijn én patiënten (of hun advocaat) er toe overgaan te vragen of het protocol wel adequaat gevolgd wordt, neigen professionals er meer toe het

voorschrijvend karakter te respecteren. In de revalidatie speelt dit laatste nauwelijks een rol en zal vaak voor een adviserend karakter van protocollen gekozen worden.

Ook de onderlinge relatie - in professionele en juridische zin - tussen professionals speelt een rol. De medisch specialist is veelal de dominante professie en zal een belangrijke invloed op het op te stellen protocol hebben. Elke betrokken andere discipline heeft echter ook zijn eigen professionele verantwoordelijkheid, waardoor er bij het opstellen van multidisciplinaire protocollen in zekere mate altijd van onderhandeling en terreinafbakening sprake is. In strikt juridische zin is de medicus eindverantwoordelijk en bij eventuele conflictsituaties of onoverbrugbare meningsverschillen kan dit als doorslaggevend argument gebruikt worden. Vooral bij verrichtingenprotocollen, met een voorschrijvende rol en veel beroepsinhoudelijke elementen, zullen discussies over de onderlinge verhoudingen kunnen ontstaan. Dat is nauwelijks te vermijden, omdat een optimale betrokkenheid bij het opstellen van belang lijkt voor de acceptatie en implementatie.

Er zijn veel vormen van richtlijnen en protocollen en de in de literatuur gebruikte definities kunnen verschillen. De verschillende bij protocolontwikkeling betrokken professionals moet daarom eerst een eenduidig begrippenkader aangeboden worden; er moet zoveel mogelijk eenheid van taal ontstaan. Voorafgaand aan het opstellen zal men een besluit moeten nemen over soort en inhoud; tevens moet helder zijn welke rol het protocol gaat vervullen. Bij multidisciplinaire behandeling ligt het beslissingsondersteunende protocol voor de hand; voor monodisciplinaire processen een verrichtingenprotocol. Voor het bewerkstelligen van sturing is niet alleen het verschil in soort, rol en inhoud van belang. Ook de mogelijke implicaties voor het handelen van de professional zijn dus wezenlijk. Belangrijke bijkomende factoren zijn: de professionele autonomie voor elke betrokken I- of R-professional, het professionele domein en de rol van de dominante professie, én de organisatorische grenzen, welke noodzakelijkerwijze tot inperking van de handelingsvrijheid leiden. Om conflicten zoveel mogelijk te voorkomen en de acceptatie te bevorderen, zullen de professionals zélf de ontwikkeling (of aanpassing, bij overname van elders) ter hand moeten nemen (Sudlow en Thomson 1997).

Een voorlopige conclusie is dat protocollen gebruikt kunnen worden als procesontwerp, maar voor processturing binnen een professionele bureaucratie vanuit theoretisch oogpunt dus eigenlijk minder geschikte instrumenten lijken; dit geldt zeker voor improviserend werkende professionals.

Coördinatie op basis van standaardisatie van vaardigheden, (informele) onderlinge afstemming binnen een behandelteam en opleiding zijn betere mechanismen. In sommige gevallen het expliciteren van output-kenmerken. Op basis van deze argumenten lijkt het protocol beter geschikt als omschrijving van het proces (proces-ontwerp) voor introductie van teamleden en indirect te werken via de "coordination of skills". Wel kunnen protocollen gebruikt worden om verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afspraken vast te leggen en een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van het zorgproces, door het inzichtelijk te maken. Van het sturend vermogen van een protocol mag dus niet teveel verwacht worden.

Voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem is het van belang te onderzoeken óf en zo ja, op welke wijze protocollen een rol kunnen spelen bij processturing. En niet slechts bij het procesontwerp.

#### 7.4. Het protocoltraject: ontwikkeling en invoering

Grimshaw en Russel (1993, 1994) onderscheiden de fasen van ontwikkeling, verspreiding en implementatie bij de invoering van richtlijnen. Het CBO (1995) hanteert bij de landelijke richtlijnontwikkeling een voorbereidings-, ontwerp-, commentaar-, autorisatie- en verspreidingsfase. De voorbereiding behelst onderwerpskeuze en werkgroepsamenstelling; op grond van eerder beschreven overwegingen kan geconcludeerd worden dat daar definiëring van soort, rol en inhoud, aan toegevoegd moet worden. De ontwerp, commentaar en autorisatiefase zijn vooral van belang voor het verkrijgen van landelijke consensus. Hoewel deze elementen binnen een instelling ook meespelen, verloopt dat minder formeel. Met Grimshaw is dit geheel als ontwikkelingsfase te betitelen. Ansems c.s. (1994) voegen aan de implementatiefase nog expliciet de fase van "follow-up" toe. Ná de implementatie is het nodig herhaald aandacht te vragen voor het blijven hanteren van het protocol. Met enige regelmaat zal evaluatie en herziening nodig zijn.

In de voorbereidingsfase moeten naast de definiëring nog enkele keuzes gedaan worden. Allereerst moet worden vastgesteld wie het protocol gaat opstellen. Wordt van een bestaand, extern ontwikkeld voorbeeld uitgegaan, de zogeheten "external"-benadering of gaan de toekomstige gebruikers zelf een protocol omschrijven, de "internal"-benadering. Een mengvorm is natuurlijk ook mogelijk. Lomas c.s. (1989) pleiten voor betrokkenheid van de belangrijkste "stakeholders" omdat er altijd interpretatie vraagstukken zullen zijn en de wetenschappelijke onderbouwing tekort schiet. Tevens omdat er competentie en waardendiscussies zullen ontstaan en die moeten worden opgelost. Tenslotte vanwege het

genereren van een gevoel van commitment. Effectiviteits- en doelmatigheids-overwegingen zullen in de concrete situatie moeten leiden tot de keuze voor het aantal betrokken disciplines en personen; een balans moet worden gevonden tussen het optimaal gebruiken van beschikbare kennis en het genereren van commitment én een slagvaardig opereren van de ontwikkelgroep.

De methode van protocolontwikkeling kan verschillen. Allereerst naar de mate waarin wetenschappelijke onderbouwing nodig is of nagestreefd wordt. Vooral op macroniveau speelt dit een rol. In 7.2. werd reeds beargumenteerd dat in multidisciplinaire situaties op basis van theoretische overwegingen het nastreven van wetenschappelijke onderbouwing (evidence based) slechts beperkt mogelijk is. Bij gebruik als methode voor externe verantwoording is dit aspect natuurlijk wel van belang. Binnen een multidisciplinair team is gezamenlijk commitment en acceptatie zeer belangrijk; primair zal dan voor een op consensus gerichte benadering gekozen worden. Verder moet aandacht besteed worden aan de wijze van besluitvorming en de rol van de voorzitter van de ontwikkelgroep. Voorts is van belang of er een concreet, in tijd afgebakend plan van aanpak is en of er sprake is van (staf)ondersteuning en/of vrijstelling van betrokkenen (Grol e.a. 1994).

De verspreidingsfase is bij protocollen vooral op macro-niveau essentieel voor een succesvolle implementatie, maar ook op meso-niveau - binnen de instelling - is dit een aandachtspunt. Niet alleen de direct bij de ontwikkeling betrokkenen maar bijvoorbeeld ook collega's en tijdelijke krachten zullen ermee te maken krijgen. Uit de literatuur komt een heel scala aan verspreidingsmogelijkheden naar voren; schriftelijke informatie, persoonlijke voorlichting, audiovisuele voorlichting, groepsbijeenkomsten en het inschakelen van opinion leaders en/of change agents. In het laatste geval gaat het om een lid van de ontwikkelingsgroep die elders wordt ingeschakeld om de noodzaak van implementatie toe te lichten; een opinion leader komt uit eigen gelederen. Binnen een instelling zal het om een mengeling van beide vormen gaan indien de richtlijn in eigen beheer is ontwikkeld. In de literatuur blijkt een gecombineerde benadering het meest gebruikt en het meest effectief lijken daarbij individuele instructie, intercollegiaal overleg en het werken met feedback of reminders (Grimshaw en Russel 1994, Davis c.s. 1995, Dickinson 1995, Wensing 1995).

Implementatiestrategieën zijn bedoeld om de betrokken behandelaars te bewegen hun gedrag - voorzover nodig - te wijzigen en om volgens het protocol te gaan werken. Op nationaal niveau is er meestal een duidelijk onderscheid tussen de verschillende fasen; bij de verspreiding wordt soms van diffusie

theorieën gebruik gemaakt en speelt een juiste PR-strategie een belangrijke rol (Kaazenbrood en Klazinga 1994). Op meso-niveau is er een geleidelijke overgang van de voorlichtings- en verspreidingsfase naar de implementatie. Voor een deel zijn daarbij dezelfde methoden aan de orde: heldere en toegankelijke versies van het protocol aan betrokkenen toezenden, handzame checklists opstellen, regelmatige feedback geven aan de hand van periodieke evaluatie door het behandelteam en werken met feedback informatie gegenereerd door een externe begeleider. Met name Wensink (1995) geeft aan dat in de literatuur erg weinig aandacht aan organisatorische aspecten wordt besteed, terwijl dit wel degelijk van belang is.

Evaluatie dient plaats te vinden om te verifiëren of het protocol daadwerkelijk wordt toegepast en of dit een meerwaarde voor behandelaars en patiënten betekent. In een overzichtsstudie (meta-analyse) beschreven Grimshaw e.a. (1995) de door hen in de literatuur aangetroffen studies naar de invloed van richtlijnen op de dagelijkse praktijk. Hun conclusie was dat correct ontwikkelde richtlijnen de klinische praktijk daadwerkelijk beïnvloeden en tot wijzigingen in "outcomes" kunnen leiden. Opvallend is echter dat zij in hun overzicht geen multidisciplinaire behandelvormen betrokken, in een minderheid outcome werd gemeten en organisatorische aspecten (anders dan het in het protocol omschreven proces) niet werden beschreven. Bij evaluatie-onderzoek binnen de instelling naar de effecten op het behandelprogramma kunnen de uitkomsten gebruikt worden voor bijstellen van het protocol in kwestie. Ervaringen en knelpunten kunnen ook leiden tot aanpassing van het invoeringstraject in volgende gevallen. Zo kan door middel van programma-evaluatie feedback en feed forward op organisatieniveau ontstaan.

### 7.5. De uitgangssituatie in Het Roessingh

In Het Roessingh waren in de jaren voorafgaand aan het besluit tot het hantieren van het bedrijfsketenmodel, voor bijna alle diagnosegroepen protocollen opgesteld. Daarin werd per discipline uitgebreid het voor hen relevante verloop van de behandeling beschreven. Beslisbomen en stroomschema's werden niet gebruikt en de wijze waarop de beschrijvingen per discipline op elkaar aansloten was onduidelijk. De aansturing van het totale proces werd impliciet gelaten en bij de coördinerende revalidatie-arts gelegd. De wijze van beschrijving werd afhankelijk van de leidende specialist, aan de betrokken professionals overgelaten. Deze - op zich correcte - protocollen leenden zich vooral voor twee doelen. Allereerst waren zij zeer geschikt voor de introductie van nieuwe medewerkers en vond processturing (indirect) via instructie en "coordination of skills" plaats.



Ten tweede werden ze gebruikt als externe verantwoording. Het feit dat protocollen beschikbaar waren en desgevraagd aan externe instanties (inspectie, verzekeraar, patiënten organisaties) getoond konden worden, wekte op z'n minst de indruk van een systematisch werkende en op kwaliteit gerichte organisatie. In de dagelijkse praktijk was echter geen effect van het bestaan van de protocollen merkbaar, anders dan de notie dat daarin (soms enigszins verouderd) de huidige werkwijze adequaat beschreven stond. In feite was er voornamelijk sprake van een procesbeschrijving of, in termen van het kwaliteits-systeem, een ongestructureerd procesontwerp.

Besloten werd de in 7.4. beschreven stapsgewijze aanpak voor protocolontwikkeling en -invoering in Het Roessingh te volgen en daar een evaluatie-onderzoek aan te koppelen. Doelstelling van deze aanpak was een meer uniforme wijze van protocolontwikkeling en -toepassing te realiseren. In het kader van het bedrijfsketenmodel gaat het dan allereerst het om gebruik als procesbeschrijving. Maar vooral onderzoek naar de mogelijkheden van processturing in de praktijk van alledag is vanuit het oogpunt van kwaliteitszorg interessant.

Protocolontwikkeling en -gebruik vinden, als onderdeel van het kwaliteits-systeem, geïntegreerd in de dagelijkse praktijk plaats. Per behandelprogramma is in het revalidatiecentrum in de regel één team van op dat gebied deskundige medewerkers. Het protocol wordt altijd door de professionals zelf (òf in samenwerking met) opgesteld. Er is een grote kans dat voortschrijdend inzicht geleidelijk tot aanpassing van de praktijk leidt; toepassing van verbeteringen kan moeilijk verboden worden met het oog op het - voor het onderzoek relevante - handhaven van een nulsituatie. Vergelijking van de effecten met een controlegroep of nulsituatie zal in de praktijk dus moeilijk gaan. Bij evaluatie-onderzoek in één instelling moet daarom in de regel van een nulmeting worden afgezien. Dit gegeven zal zich echter in veel instellingen voordoen, waardoor vergelijkend onderzoek zelden mogelijk is en het beschrevene voor andere organisaties toch relevante ervaringen zal bevatten. Conform het gestelde in hoofdstuk drie over programma-evaluatie heeft deze meer kwalitatieve beschrijving het meest het karakter van "actie-onderzoek". Door het uitvoeren van de interventie én het onderzoek verandert de praktijk.

## **7.6. Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het CVA-protocol**

Er werd gekozen voor de ontwikkeling, invoering en evaluatie van een nieuw protocol voor de klinische behandeling van patiënten met een cerebro-vasculair accident (CVA). Argumenten hiervoor waren dat het om een belangrijke

categorie patiënten ging ( $\pm$  20% van het totaal aantal opnames), bij de betrokken behandelaars de overtuiging van de noodzaak van protocolontwikkeling aanwezig was en tenslotte dat het in het kader van kwaliteitszorg om een belangrijk sturingsprobleem handelde. Bovendien waren reeds enkele pogingen om langs de oude weg tot een nieuw protocol te komen, mislukt. Bij analyse leek vooral een te weinig gestructureerde aanpak hiervoor de reden te zijn geweest. Van de zijde van de directie waren beleidsmatige- en voor de professionals inhoudelijke redenen dus aanleiding voor de keuze van het CVA-protocol.

**Korte omschrijving klinische CVA-revalidatie.**

Na opname in het ziekenhuis wordt met de consulent revalidatie-arts overlegd over de verdere prognose en behandeling van de patiënt. Slechts zo'n 5 à 10 procent komt voor klinische revalidatie in aanmerking, afhankelijk van (revalidatie)diagnose, belastbaarheid, sociale situatie etc. In het revalidatiecentrum zijn de volgende disciplines bij de behandeling betrokken: revalidatie-arts, verpleging/verzorging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, neurolinguisit, psycholoog, psychologisch assistent, maatschappelijk werk, activiteiten therapie, bewegingsagogie, revalidatietechnicus en soms de pastor. Op basis van de informatie uit het ziekenhuis en een korte observatie wordt op basis van de SAMPC-methode een behandelplan opgesteld, dat regelmatig in teambesprekingen wordt bewaakt en/of bijgesteld. Doelstelling is, in de regel, terugkeer naar de oorspronkelijke (of aangepaste) thuissituatie. In  $\pm$  5 procent lukt dit niet en blijkt overplaatsing naar een verpleeghuis noodzakelijk.

### 7.6.1. Voorbereidingsfase

In het voorgaande is beschreven dat, voor tot ontwikkeling van een protocol kan worden overgegaan, eerst een besluit over soort, rol en inhoud moet worden genomen (definiëring). Tevens moet de werkgroepsamenstelling en de methode van protocolontwikkeling worden vastgelegd. Op deze aspecten zal hieronder kort worden ingegaan.

Soort: Bij de keuze van het soort protocol staat de voorspelbaarheid van de ontwikkeling van het ziektebeeld of het behandelprogramma voorop. De CVA-patiënt kan zich met een grote variatie aan stoornissen en beperkingen presenteren: linker/rechter hersenhelft aangedaan, met/zonder afasie, met/zonder cognitiestoornissen, mate van verlamming etc. Ook de mate en snelheid van herstel kunnen per patiënt verschillen en bij de meestal vrij ernstige categorie, die in het revalidatiecentrum opgenomen wordt, is eerst na zo'n 4 maanden met enige zekerheid een uitspraak over de functionele eindtoestand te doen. Het volledig vooraf beschrijven van handelingen en/of doelstellingen per discipline levert een zodanige hoeveelheid aan varianten op wat betreft inhoud en tijdsverloop, dat dit illusoir is. Mogelijk dat voor onderdelen wel doel- of

handelingsprotocollen te beschrijven zijn, maar in eerste instantie werd gekozen voor een beslissingsondersteunend protocol voor de gehele behandeling.

Rol: Vanwege de door betrokken medewerkers gevoelde behoefte aan sturing werd in overleg met betrokken professionals voor een voorschrijvend karakter gekozen. Deze keuze was, gezien de voorgaande theoretische overwegingen, nogal verrassend. Wellicht had dit een relatie met eerdere, minder vruchtbare pogingen om tot een werkbaar protocol te komen. Mogelijk werd ook de uiteindelijke "impact" van deze keuze vooraf onderschat. Tevens was duidelijk dat vervanging van overleg slechts een deeldoelstelling zou kunnen zijn, doch in principe een keuze voor overlegondersteunend protocol gemaakt moest worden. Voor een multidisciplinaire behandelvorm als deze is regelmatig teamoverleg absoluut noodzakelijk; door bepaalde elementen in het protocol op te nemen die overleg vervangend zijn, kan de doelmatigheid van het teamoverleg wel worden bevorderd. Tenslotte wilde men zich niet tot beschrijving van het bestaande beperken, er werd een "soll"-situatie nagestreefd.

Inhoud: Aangezien het beslissingsondersteunende karakter zich vooral op organisatie en informatievoorziening richt, worden vooral procedureel-organisatorische zaken vastgelegd. Beroepsinhoudelijke informatie is zeer beperkt op te nemen in een multidisciplinair behandelprotocol voor de revalidatie van CVA-patiënten. Daarvoor zouden deze gegevens langs een variabele tijdsas en afhankelijk van de specifieke combinatie van (voortgang van) diverse stoornissen, beperkingen en handicaps, moeten worden vastgelegd. Voeg daarbij het aantal (tussen 5 en 12) betrokken professionele disciplines die voor de voortgang soms van elkaar afhankelijk zijn. Een op sturing van het handelen in de praktijk gericht multidisciplinair protocol was daarom niet te ontwikkelen. Patiëntenbehoeften zijn impliciet in het protocol verwerkt; hiervoor zijn de gegevens uit exit interviews en informatie uit regelmatige contacten met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen gebruikt.

Binnen de instelling was een CVA-commissie met vertegenwoordigers van alle betrokken disciplines al langere tijd bezig met het opstellen van een protocol naar oude snit: het uitgebreid beschrijven van (de varianten in) het behandelproces per discipline (zie ook 7.5.). Aangezien vooraf geen definities of plan van aanpak waren vastgesteld, leidde dit tot een groot tijdsbeslag en weinig gestructureerd proces. Besloten werd de eerder omschreven theoretische uitgangspunten en definities te gaan hanteren. Voor de samenstelling van de protocolwerkgroep werd in eerste instantie voor een "kernwerkgroep" gekozen. Enerzijds had dit tot doelstelling het aantal participanten te beperken en de

efficiëntie te verhogen; anderzijds moest natuurlijk wel een goede afspiegeling van de betrokken disciplines in de werkgroep aanwezig zijn. Dit betekende een werkgroep van een viertal leden uit medische-, verpleegkundige-, paramedische (ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, adaptatietechniek) en perimedische dienst (psycho-sociale diensten, sociaal cultureel werk en arbeidsexploratie). Hoewel specifieke disciplines voor een eventuele bijdrage ad hoc zouden worden uitgenodigd, bestond vooraf bij degenen die niet in de kernwerkgroep zaten de vrees dat hun eigen discipline mogelijk onvoldoende tot zijn recht zou komen.

Er werd dus voor een "internal" benadering gekozen; door de participatie van direct betrokkenen moest commitment bij de implementatie bewerkstelligd worden. Tevens is zoveel mogelijk van consensus gebruik gemaakt. De voorzittersrol is aanvankelijk door een maatschappelijk werkende en later door een fysiotherapeut ingevuld. Hoewel dat in dit geval geen problemen opleverde, is later bij andere protocollen meestal voor een revalidatie-arts gekozen. Dat ligt ook wel enigszins voor de hand, gezien de medisch inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist. Tevens werd door een bedrijfskundige ondersteuning geboden. Deze functionaris was nauw betrokken geweest bij het formuleren van de protocoltheorie en had een studie naar de organisatorische aspecten van protocollen verricht. Deze medewerker leverde praktische ondersteuning, bewaakte de eenheid van taal, en lette op dat het ontwikkelingsproces beperkt bleef tot de vooraf geformuleerde kenmerken van het protocol. Dit bleek belangrijk, omdat professionals een sterke neiging hebben om, bijvoorbeeld in hun discussie, direct naar verrichtingen en doelen (de praktijk) te gaan, terwijl dit voor een beslissingsondersteunend protocol maar in beperkte mate zinvol is.

### 7.6.2. Ontwikkeling

De ontwikkeling van het protocol heeft 26 bijeenkomsten van  $\pm 1\frac{1}{2}$  uur gevegd (exclusief voorbereidingstijd) en op ad hoc basis werden andere disciplines (zoals logopedie en psychologie) betrokken die niet in de kernwerkgroep vertegenwoordigd waren. Het landelijk (met verzekeraars) overeengekomen kader voor de indicatiestelling voor revalidatiezorg werd samen met het, in hoofdstuk vijf genoemde basisschema voor het revalidatieproces, als uitgangspunt genomen. De besluitvormingsmomenten werden op deze wijze op de tijdsas gemarkeerd. Vervolgens werden voor de inhoudelijke aandachtspunten, zoveel mogelijk op basis van (potentiële) handicaps, items geformuleerd. Per beperkingen-item uit de ICDH konden het moment van besluitvorming, de voorwaardelijke relatie met andere items, de voorliggende keuzes en de uiterlij-

ke tijdstippen worden aangegeven. Daarnaast werden lijsten met beslismomenten voor observatie-, ontslag- en nazorgfase ontwikkeld (zie bijlage 1 en 2 als voorbeeld).

Er werd een indicatiemodel ontwikkeld voor de revalidatie-arts die de patiënt in het ziekenhuis opzoekt en de indicatie tot opname in het centrum stelt. Op basis van dit model kan overgegaan worden tot het starten met vier basis behandelprogramma's voor de observatiefase. Door een grof onderscheid in revalidatiediagnose aan te brengen (wel/geen afasie, rechtszijdige/linkszijdige CVA) werd het mogelijk op grond van de informatie uit het betrokken ziekenhuis, reeds vóór opname een adequaat observatieprogramma te plannen. Dit zou moeten leiden tot versnelling van zowel observatiefase als de start van de behandelfase. Omdat voordien de observatie pas gepland werd ná opname, duurde het enige tijd voor een met alle relevante disciplines gevuld observatieprogramma vorm kreeg. Zo ontwierp men een veel gestructureerdere aanpak. Dit werd als bijzonder vernieuwend ervaren.

Het bleek mogelijk binnen een jaar een concept-protocol te ontwikkelen, gebruikmakend van de eerder beschreven theorie. Op instellingsniveau was het niet mogelijk de informatie- en commentaarronde en de definitieve vaststelling te scheiden van de verspreidings- en implementatiefase.

### 7.6.3. Verspreidings- en implementatiefase

Gezien de kleine schaal van de organisatie is de verspreidingsfase moeilijk los te zien van de implementatiefase. Voor overdracht en waarneming binnen de verschillende disciplines is informatie over het protocol aan de diverse professionele diensten noodzakelijk. Daarnaast dienen behandelaars die de poliklinische nabehandeling verzorgen van de inhoud op de hoogte te zijn. In tegenstelling tot wat op macro-niveau nodig is, kost het niet veel moeite in een organisatie van deze omvang betrokkenen te informeren over het ontwikkelde protocol. Het stimuleren tot daadwerkelijke toepassing, de implementatie, volgt daar al snel op. Bij de verspreiding is in Het Roessingh gekozen voor persoonlijke toelichting en intercollegiaal contact. Eind 1993 is het protocol in concept gereed gekomen. Vervolgens is het door alle disciplines afzonderlijk besproken en van commentaar voorzien. Dit werd medio 1994 verwerkt, hetgeen heeft geleid tot een (voorlopige) eindversie. Eindversie is een term, die genuanceerd moet worden omdat enerzijds steeds nieuwe gegevens en inzichten opduiken die kunnen maken dat betrokkenen het gevoel hebben dat het protocol - volgens de meest recente inzichten - bijgesteld moet worden; anderzijds kan tijdens implementatie en evaluatie blijken, dat aanpassingen nodig zijn. Al tijdens de ontwikkelingsfase werden enkele lezingen georganiseerd om ook het overige

personeel op de hoogte te brengen en het draagvlak voor de vernieuwde aanpak te verstevigen; de CVA-protocolwerkgroep en de ondersteunende staffunctionaris waren hier nauw bij betrokken.

Het definitieve protocol is nogmaals tijdens een uitgebreide lunchbijeenkomst aan de bij de CVA-behandeling betrokken medewerkers en overige geïnteresseerde personeelsleden gepresenteerd. Tevens zijn opnieuw voor alle betrokken disciplines tijdens werkoverleg of professioneel-inhoudelijk overleg voorlichtingssessies georganiseerd; hierbij werd op de specifieke rol van de betreffende discipline ingegaan.

Steeds weer bleek het noodzakelijk niet alleen het protocol zelf, maar ook de achterliggende systematiek toe te lichten. Dit voornamelijk omdat door vele professionals de term protocol direct in verband gebracht wordt met een concrete beschrijving van verrichtingen en een daarbij behorende beslisboom. Gevoelens van teleurstelling over de afstand van het beslissingsondersteunende protocol tot de concrete praktijk werden dan ook steevast door een enkeling verwoord.

Vervolgens is in november 1994 op een klinische afdeling met de implementatie begonnen; daarbij moet opgemerkt worden dat sommige eenvoudig te implementeren verbeteringen al tijdens de ontwikkelfase waren overgenomen. Dit werd in die fase positief opgevat en beschouwd als steun voor de te ontwikkelen nieuwe benadering. Gezien het eerder beschreven karakter van de professionele dienstverlening, zou een verbod op het vooruitlopen op de formele implementatie met het oog op een later uit te voeren evaluatie, weinig zin hebben gehad. Besloten werd reeds tijdens de eerste maanden na het moment van implementatie een grondige evaluatie te doen; mede op basis van de eerder beschreven theoretische overwegingen bestonden met name vragen over de sturende invloed en de praktische toepasbaarheid van het ontwikkelde protocol.

#### **7.6.4. Evaluatiefase**

##### **7.6.4.1. Vraagstelling en methode**

De evaluatie van de effecten van de implementatie van een protocol moet een antwoord geven op verschillende vraagstellingen:

- Wordt het protocol nageleefd?
- Wat is het effect op de sturing van het behandelproces?

- Welke aanbevelingen voor verdere protocolontwikkeling en implementatie kunnen op basis van deze ervaringen gedaan worden?

Voor de keuze van de onderzoeksmethode zijn enkele overwegingen relevant. De implementatie van het CVA-protocol is te beschouwen als een veranderingsproces, waarbij een ontworpen technologie in een organisatie onderdeel wordt toegepast. De interactie met de organisatie in de praktijk kan leiden tot aanpassingen en/of verbeteringen. Het te meten resultaat kan uitgedrukt worden in de mate van protocol - conform handelen van individuele behandelaars en het effect op het multidisciplinaire behandelproces.

Waar de invloed van het protocol vooral op organisatorisch niveau en wat betreft informatie voorziening merkbaar zou moeten zijn, is het gezien de, in teamverband en vanuit de organisatie, onvermijdelijke sociaal dynamische interactie moeilijk te voorspellen of een nulmeting alle relevante variabelen in beeld zal brengen.

Grimshaw c.s. (1995) hebben in hun meta-analyse naar onder andere de in de praktijk meetbare effecten van "practice guidelines" een hiërarchie van bewijskracht van diverse onderzoeksdesigns gegeven. Deze variëren van "randomized control and crossover trials" met de meeste-, tot "before and after intervention studies" met de minste zeggingskracht. Evenals in andere literatuur rond dit thema gaat het veelal om mono-disciplinaire, en in de regel medische, protocollen. Het meeste effectonderzoek richt zich op intermediaire- of procesgerelateerde variabelen. Zoals ook McNicol (1993) heeft aangegeven zijn bij multidisciplinaire protocollen vooral de team-samenwerking, coördinatie en organisatie erg belangrijk; dit volgt eveneens uit de eerder beschreven theoretische beschouwing.

Als kritiek op de door Grimshaw et al. (1995) beschreven methoden kan dan ook gesteld worden dat door hen weinig met interactie, relationele en organisatie-aspecten wordt rekening gehouden. Er is zelden sprake van een eenduidige interventie, waarbij één variabele wijzigt. Dat alles vraagt evenzeer om een kwalitatieve procesevaluatie.

Van effectmeting bij de patiëntengroep werd afgezien, omdat er op dat moment nog onvoldoende ervaring met de toepassing van resultaatmetingen was opgedaan. Bovendien werden de potentiële aantallen patiënten te klein ingeschat voor een case-control onderzoek of een historische controlegroep. In 7.5. is reeds toegelicht dat een nulmeting eveneens weinig zinvol is.

Een toetsend onderzoek naar de beschikbare informatie in de status van 15 ontslagen patiënten leidde tot de conclusie dat hieruit geen relevante informatie te halen zou zijn. Methodologisch is het daarbij een probleem, dat het beslissingsondersteunend karakter van het protocol betekent, dat de invloed op de organisatie van het teamwork en de sturing van het proces meetbaar gemaakt moet worden. Het werken met een controlegroep op een andere klinische afdeling moest vanwege onvergelykbaarheid afgewezen worden; er waren een aantal essentiële verschillen in personele invulling en bijvoorbeeld organisatie en rapportagesysteem. Bovendien was de impact van het in hoofdstuk vijf beschreven kwaliteitsproject op beide afdelingen verschillend.

Er werd gekozen voor een evaluatie-methode waarbij zowel kwantitatief als kwalitatief gemeten zou gaan worden. Directe observatie en registratie door de onderzoeker van de voortgang tijdens de patiëntenbesprekingen en verificatie van het hanteren van de beslisschema's en -momenten levert informatie over de compliance van de teamleden en de mate waarin verbeterde multidisciplinaire samenwerking tot programmasturing conform het protocol leidt. De registratie werd uitgevoerd tijdens de patiëntenbespreking door dezelfde medewerker, die ook bij de ontwikkeling betrokken was, zodat van participerende observatie sprake was. Bij vaststelling van afwijkingen werd geprobeerd door middel van directe terugkoppeling naar het team of individuele gesprekken, de oorzaak te achterhalen. Geregistreerd werd of men handelde conform de opgestelde indicatiecriteria. Vervolgens of de behandelaars zich aan het rapportagevoorschrift hielden. In het protocol is een lijst opgenomen, waarin per behandel fase aangegeven staat, welke rapportages gemaakt moeten worden, inclusief opstellende en ontvangende disciplines. Voorts werd de mate waarin men zich aan het planningsschema hield gescoord; voor elk beslismoment is aangegeven over welke items een besluit dient te worden genomen. Tenslotte de ontslagcriteria, welke in het protocol voorkomen. Hiervoor werd een registratieformulier gehanteerd waarbij per betrokken discipline werd geregistreerd of conform de richtlijn gehandeld werd (bijlage 3). De gegevens werden met de "normatieve" planning uit het protocol vergeleken en zo kon een overzicht van in de tijd gerealiseerde items opgesteld worden. Vanaf 01-11-1994 zouden 25 patiënten prospectief gevolgd gaan worden vanaf opname tot ontslag. Gezien de omvang van de steekproef (n = 25) en de vele mogelijke, maar niet geregistreerde, beïnvloedende variabelen is geen statistische bewerking toegepast.

Het onderzoeksvoorstel werd goedgekeurd door de medisch ethische commissie en alle betrokken patiënten hebben een informed consent formulier ondertekend.



#### 7.6.4.2. Resultaten

De resultaten van de registratie en observatie betreffende de compliance van de behandelaars en de mate van verbetering van de processturing gedurende het behandelproces van 25 patiënten tijdens de patiëntenbesprekingen laten zich als volgt omschrijven.

De indicatiestelling werd redelijk gehanteerd, zij het dat dit min of meer impliciet geschiedt: expliciete informatie over mogelijke contra-indicaties voor opname en behandeling werd door de verwijzend revalidatie-arts of assistent-geneeskundige slechts in 30% verstrekt. Dit probleem speelt voornamelijk bij de revalidatie-arts-consulenten in de ziekenhuizen.

Het onderverdelen van de diagnosegroep in vier subgroepen en bijbehorende standaard-observatieprogramma's heeft in 70% van de gevallen gefunctioneerd. Ook de verwijzende revalidatie-artsen in de ziekenhuizen hebben hier goed aan meegewerkt. Vooral organisatorische problemen zoals op het gebied van communicatie tussen ziekenhuis en kliniek, en routine-procedures van de afdeling planning, stonden effectuering in de weg.

Het rapportagevoorschrift bleek niet praktisch genoeg te zijn geformuleerd. In dit voorschrift zijn per behandel fase de aard van de te genereren informatie, de verantwoordelijke professe, de ontvanger en het moment van verspreiding vastgelegd. Uit doelmatigheidsoverwegingen waren enkele tussenstappen opgenomen voordat alle teamleden informatie voor een patiëntenbespreking (PB) zouden ontvangen; dit bleek vertragend te werken. Het in het protocol opgenomen rapportageschema werd overigens wel goed gehanteerd. Bij overname van patiënten of vervanging van behandelaars tijdens multidisciplinair overleg werd de rapportage bij uitzondering te laat ingeleverd.

De kern van het beslissingsondersteunende protocol is het planningsschema. Dit is een overzicht van binnen het behandelproces relevante items (op beperkingenniveau). Elk item is in dit schema gekoppeld aan een bepaald tijdstip (te bespreken of af te wikkelen op PB 1, 2, 3 en later). Met name de paramedische disciplines verwerken de items in de rapportage voor een bepaald tijdstip. De overige (psycho-sociale) disciplines lijken dit minder te doen omdat ze bijvoorbeeld meer over zaken rapporteren die buiten de items (of in een onderverdeling daarvan) liggen. In het behandelprogramma bleken de geformuleerde normtijden voor het realiseren van de beslismomenten 50% te hoog gesteld. Enerzijds worden alle items eerder in de tijd behandeld (mondeling dan wel schriftelijk) dan als norm was geformuleerd; anderzijds is er ten aanzien van het beslissin-

gsproces vaak sprake van een incrementeel of voortschrijdend inzicht, waardoor er niet echt meer sprake is van een beslismoment. De besluitvorming blijkt geleidelijker te geschieden dan vooraf werd ingeschat.

Behandel-inhoudelijke richtlijnen (met name de ontslagcriteria) werden minder goed gevolgd. Door de revalidatie-artsen werd toegegeven dat ze er soms niet aan dachten om de ontslagcriteria systematisch langs te lopen als het (eventuele) ontslag van een patiënt besproken werd.

Er zijn in dit protocol nog geen specifieke "review criteria" opgenomen (CBO 1995), toetsing daaraan was dus niet mogelijk. Review criteria zijn meetbare specificaties in een richtlijn, die gebruikt kunnen worden ter toetsing van de geleverde zorg. Wel zijn in interviews met gebruikers de door Ansems (1994) aangegeven RUMBA-eisen getoetst (R = relevancy, U = understandable, M = measurable, B = behaviorable, A = attainable). Uit semi-gestructureerde gesprekken met de gebruikers (n=15) van het protocol is het volgende beeld ontstaan: het protocol is relevant (R), wordt soms als enigszins onduidelijk ervaren (U). Het protocol biedt beperkte mogelijkheid bepaalde aspecten van de behandeling van de behandeling te "meten" (doorlooptijden etc.) (M). Uit het bovenstaande blijkt dat de ervaring is dat het gedrag van de gebruikers niet sterk veranderd is (slechts op onderdelen) (B). Op de vraag of de eisen van het protocol haalbaar (A) zijn, kon niet enkel positief geantwoord worden: er zal nog veel aandacht aan educatie van het personeel en het motiveren van de medewerkers voor de verandering moeten plaatsvinden.

**Gebruik als proces-sturingsmiddel.**

Uit de bovenstaande beschrijving van de resultaten van het onderzoek naar de compliance komen tevens enkele aanwijzingen voor het optreden van verbetering van de processturing naar voren. Dat wordt vooral zichtbaar in de verbeterde afspraken tussen verwijzer en klinische revalidatie-afdeling, de rapportage-systematiek en de structurering van de besluitvorming. Het blijkt echter ook dat het protocol voornamelijk impliet en conceptueel, maar in de praktijk nauwelijks instrumenteel voor sturing van het behandelproces gebruikt wordt. Zelden werd geconstateerd dat een medewerker tijdens de behandeling, verwijzend naar het protocol, constateerde dat de gang van zaken rond een bepaalde casus bijstelling behoefde. De checklisten voor ontslag en nazorg werden beter gehanteerd. Voorzover dus handzame criteria of reminders in het protocol aanwezig waren, werden deze gebruikt.

### Protocolontwikkeling en -implementatie.

De status die het protocol in de praktijk gekregen heeft (beslissingsondersteunend, voorschrijvend, grensverleggend en procedureel/organisatorisch) is onvoldoende duidelijk uit de verf gekomen. Het overlegondersteunende karakter was met name in de rapportage aanwezig. Het grensverleggende aspect werd duidelijk uit de afspraken, die gemaakt zijn met de omgeving van Het Roessingh (m.n. de verwijzers in de ziekenhuizen). Dit aspect bleek in de loop der tijd echter moeilijk te handhaven, met name vanwege de frequente wisselingen van assistent-geneeskundigen in opleiding. Er waren geen afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid voor de instructie van nieuwe medewerkers. Niet zozeer participatie tijdens de ontwikkeling als wel het hanteren van het protocol door het afdelingsmanagement en de (voortdurende) educatie in protocolgebruik (in de loop der tijd) hebben blijkbaar een belangrijke invloed op het hanteren van het protocol.

Het zich onvoldoende eigen maken van het protocol wordt als een van de belangrijkste oorzaken van het zich gebrekkig houden aan de richtlijnen uit het protocol. Het voorschrijvend karakter wordt in de praktijk niet beleefd. Blijkbaar is het volgen van een richtlijn geen automatisme; ook in de literatuur is dit een bekend verschijnsel (Gról c.s. 1994, Altena 1993). Dit kan tevens duiden op een probleem in de verspreiding en de aandacht die er tijdens de implementatie is geweest voor het overbrengen van de richtlijnen.

Een projectmatige aanpak (inclusief doelstellingen, beschikbaar stellen van tijd en geld, projectgroepenstructuur én commitment van het topmanagement) is een vereiste gebleken bij de ontwikkeling van het protocol, met name om de status te verankeren. Hoewel zoals verwacht het CVA-protocol meer als procesontwerp dan als processturinginstrument blijkt te werken, zijn er wel enkele aanknopingspunten aan dit onderzoek te ontfenen voor verbetering van de sturing. De implementatiefase blijkt vrij lang te duren en heeft constant prikkels nodig ter continuering en verbetering van het gebruik.

### 7.7. Conclusies en aanbevelingen

Het theoretisch kader dat voor protocolontwikkeling in een kwaliteitssysteem is opgesteld, blijkt bruikbaar.

Projectmatig kon een (in theorie) voor procesontwerp en -sturing geschikt protocol ontwikkeld worden. Het onderscheid naar soort, rol en inhoud en het strikt hanteren daarvan, werkt sterk structurerend voor de discussies. Dat blijkt vooral in de ontwikkelingsfase van belang; de kaders zijn gezet ten aanzien van hetgeen wel of niet in het protocol opgenomen gaat worden. Ook al lijkt dit op theoretische gronden welhaast onmogelijk, professionals hebben een sterke

neiging de multidisciplinaire behandeling in een verrichtingenprotocol vast te willen leggen. Op zich is dat logisch en in monodisciplinaire situaties meestal gewenst. In dit hoofdstuk is beargumenteerd waarom in multidisciplinaire situaties een verrichtingenprotocol, als kader voor de gehele behandeling, in veel gevallen niet haalbaar is. Het vraagt continue aandacht en uitleg van de (bege)leiding om begrip te kweken voor de achterliggende theoretische overwegingen. Het kritisch beschouwen van de bestaande gang van zaken bij het opstellen van het protocol is een belangrijk onderdeel; dit valt in het kader van het kwaliteitssysteem evenwel meer onder aanpassing van het procesontwerp. De diverse fasen van het protocoltraject zijn op instellingsniveau wel herkenbaar, maar lopen veel meer in elkaar over dan bijvoorbeeld bij richtlijnontwikkeling op landelijk niveau het geval is. Op basis van de inmiddels opgedane ervaring is het ontwikkelingstraject van (andere) protocollen qua lengte inmiddels ongeveer gehalveerd.

Binnen een middelgrote instelling en toepassing op enkele afdelingen zijn ontwikkeling, verspreiding en implementatie nauwelijks te scheiden. Bij de implementatie bleek achteraf de betrokkenheid van zo veel mogelijk therapeuten in de ontwikkelingsfase, van minder belang. Veel essentiëler leek een adequate voorlichting en continue managementaandacht, óók tijdens de implementatiefase. Ook bleek het steeds weer noodzakelijk uitgebreide introducties te verzorgen ten aanzien van de samenhang van kwaliteitszorg, procesbeheersing en de protocoltheorie.

De weinige criteria uit het protocol en bijvoorbeeld de ontslagchecklist werden wel gebruikt. Het verder expliciteren van criteria en het gebruiksvriendelijk maken van impliciete sturingsaspecten zal het daadwerkelijk gebruik voor aansturing tijdens het behandelproces waarschijnlijk verbeteren. Als aanvulling hierop zouden het werken met reminders en sterkere sturing vanuit de teamleiding, hiervoor goede hulpmiddelen kunnen zijn. Dat bleek onder andere uit de reminder-rol die de onderzoeker tijdens de participerende observatie vervulde.

Het uitvoeren van evaluatie-onderzoek als vorm van programma-evaluatie in de dagelijkse praktijk is niet eenvoudig. Zeker bij een sterke betrokkenheid van de behandelaars zal reeds tijdens de ontwikkeling van een protocol gedragsverandering optreden, waardoor vergelijking "before and after" door deze vermenging van ontwikkelings- en implementatiefase moeilijk is. Daarnaast gelden de door Van den Bos en Bossuyt (1997) gegeven factoren als heterogeniteit van onderzoekspopulatie (zowel patiënten als medewerkers), co-morbiditeit en co-interventies, die de opzet van goed evaluatie-onderzoek bemoeilijken. Nog sterker dan in het verleden zal ook in Het Roessingh geprobeerd moeten worden in te ontwikkelen protocollen met measurables of review criteria te werken; in

een vroeg stadium wordt men dan gedwongen bij evaluatie-aspecten stil te staan.

Per saldo blijkt het moeilijk het gedrag van behandelaars daadwerkelijk te beïnvloeden. Davis e.a. (1995) hebben, kijkend naar het effect van verschillende nascholingsactiviteiten op gedrag van medici, geconstateerd dat werken met reminders, inschakeling van patiënten, opinion leaders en combinaties van interventies het meest effectief zijn. Expliciet gebruik van het protocol ter sturing tijdens het behandelprogramma vindt zeer ten dele plaats. Dit vraagt langdurige inspanning; de implementatie duurt vrij lang, iets wat bijvoorbeeld door Duker en Stewart (1993) ook al geconstateerd werd (2 à 3 jaar). Grimshaw en Russel (1993) kwamen eerder tot dezelfde conclusie.

Uiteindelijk blijkt het protocol nog steeds meer als procesontwerp dan als sturingsinstrument te fungeren. Tegelijk is het opvallend te constateren, dat er een grote betrokkenheid is van professionals bij het ontwikkelde protocol en in bijna alle gevallen de wens wordt geuit het te blijven onderhouden of uit te breiden. Dat benadrukt tevens de waarde die professionals aan deze systematiek hechten. Deze waarde ligt dan waarschijnlijk meer in de mogelijkheid van "coordination of skills" en vooral in het externe gebruik van het protocol als vorm van productomschrijving en legitimatie. In Het Roessingh zijn meer verzoeken van teams om aanwijzing als protocolproject dan gehonoreerd kunnen worden. Aan de andere kant blijkt het protocol, anders dan door middel van handzame checklists, nauwelijks als expliciet sturingsinstrument te fungeren. Mintzberg heeft dus vergaand gelijk: ook bij adequate protocolontwikkeling werkt dit voornamelijk indirect; via training (internalisering) en coordination of skills.

Het gebruik als externe profileringsmethode staat buiten kijf. Zeker na enkele publicaties en lezingen zijn de ontwikkelingsmethode en het CVA-protocol van Het Roessingh in de revalidatie- en verpleeghuissector ruim bekend geworden. Deze laatste aspecten dragen echter beperkt bij aan de in de bedrijfsketen geformuleerde fasen van het kwaliteitssysteem. Het kwaliteitsimago van de instelling verbetert er wel door en dat is dus welbeschouwd één van de belangrijkste redenen door te gaan met het ontwikkelen en bijstellen van protocollen.

## LITERATUUR HOOFDSTUK 7

Altena H.J.; *Protocollering in Het Roessingh - afstudeerverslag*. Universiteit Twente, Enschede, 1993.

Ansems P.M. c.s.; *Kan het beter? Medisch handelen en doelmatigheid*. KPMG, Rijswijk/Utrecht 1994.

Bakker H. de, Peters P., Sluys E.M., Philipsen, H.; *Normering en kwaliteit van zorg: protocollen; in: Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing*. Den Haag, NWO 1994.

Bos G.A.M. van den, Bossuyt P.M.M.; *Richtlijnen voor zorg*. Spectrum Soc. Gezondheidsz. 1997; 75: 37-38.

Casparie A.F.; *Apotheker en protocollaire farmacotherapie visie van een internist*. Pharm. Weekbl. 1984; 119: 1249-1251.

Casparie A.F., Post D., Harten W.H. van, Gubbels J.W.; *Differences in production between medical specialists*. Eur. J. Publ. Health, 1993; 3: 292-295.

CBO; *Consensus over medisch specialistische richtlijnen*. Utrecht, 1995.

Davis D.A., Thomson M.A., Oxman A.D., Haynes R.B.; *Changing physician performance*. JAMA 1995, 274: 700-705.

Dickinson E.; *Using marketing principles for health-care development*. Quality in Health Care 1995; 4: 40-44.

Dukes J., Stewart R.; *The use of protocols - a problem*. Adv. Hospital Management 1993: 5-8.

Gezondheidsraad; *Medisch handelen op een tweesprong*. Den Haag 1992.

Grimshaw J., Russel I.T.; *Achieving health gain through clinical guidelines I: Developing scientifically valid guidelines*. Quality in Health Care 1993; 2: 243-248.

Grimshaw J.M., Russel I.T.; *Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice*. Quality in Health Care 1994; 3: 45-52.

Grimshaw J.M. e.a.; *Developing and implementing clinical practice guidelines*. Quality in Health Care 1995; 4: 55-64.

Grol R.T.P.M., Everdingen J.J.E. van, Casparie A.F.; *Invoering van richtlijnen en veranderingen*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.

Harten W.H. van, Altena H.J., Westert G.J., Zuurbler J.J.; *Protocollen in de gezondheidszorg, Theorie en Praktijk*. Medisch Contact, 1994; 49: 839-840.

Institute of Medicine; *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington DC. National Academic Press 1992.

Kaazenbrood A.J.A., Klazinga N.S.; *Ontwikkeling van richtlijnen voor medisch handelen; samenhang tussen doel, methode en effect*. Ned. Tijdsch v Geneesk, 1994; 138: 1560-1564.

Kobus M.H., Carlier J.M.; *Over het ontwikkelen en invoeren van multi-disciplinaire protocollen*. NZR-Consult, Utrecht 1990.

- Lomas J. c.s.; Do practice guidelines guide practice? *N. Engl. J. Med.* 1989; 329; 1306-1310.
- McNicol M., Layton A., Morgan G.; Teamworking; the key to implementing guidelines. *Quality in Health* 1993; 2: 215-216.
- Mintzberg H.; *The structuring of organizations*,. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.
- Naylor C.D.; Grey zones of clinical practice: some limits to evidence based medicine. *Lancet* 1995; 345: 840-842.
- Phelps C.E.; The methodological foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N. Engl. J. Med.* 1993; 32: 1241-1245.
- Revalidatiecentrum Het Roessingh. *Beslissingsondersteunend CVA-protocol*. Enschede, 1994.
- Sheldon T.A., Borowitz M.; Changing the measure of quality in the NHS: from purchasing activity to purchasing protocols. *Quality in Health Care* 1993; 2: 149-150.
- Sudlow M., Thomson R.; Clinical guidelines: quantity without quality. *Quality in Health Care* 1997; 6: 60-61.
- Thomas S.; *De positie van standaarden en adviezen van het Nederlands Huisartsen Genootschap*. *Ned. Tijdsch. Geneesk.* 1994; 53: 2638-1640.
- Vissers T.C.G.M.; *Protocollaire geneeskunde*. *Medisch Contact* 1993; 48: 685-588.
- Weggeman M.; *Leidinggeven aan professionals*. Deventer, Kluwer, 1992.
- Wensing M.; *Invoering van richtlijnen in de zorg: welke methoden en waarom?*. *Kwaliteit en Zorg* 1995; 4: 186-190.
- Wild R.; *Production and operations management, principles and techniques*. 3th. Edition. Holt, London, Rinehart and Winston Ltd., 1984.

# BIJLAGE 1: PLANNINGSCHEMA BEHANDELFASE

ITEMS	PB1		PB2		PB3		PB4		PB5		PB6		PBX-1		PBX		ONTSLAG
	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	
1. Van lig tot zit komen/zitten, lage transfers				*												*	
2. Van zit tot stand komen/staan, hoge transfers				*												*	
3. Lopen binnenshuis				*												*	
4. Lopen buitenshuis							*										
5. Traplopen							*										
6. Reiken				*													
7. Manipuleren				*													
8. Uithoudingsvermogen				*													
9. Eten/drinken				*													
10. Toiletgebruik							*										
11. Wassen/baden							*										
12. Aan- en uitkleden							*										
13. a. Vervoer binnenshuis							*										
13. b. Vervoer buitenshuis							*										
13. c. Huisbezoek/advies woningaanpassing							*										
13. d. Proefwoning/verlof							*										
14. Keukenactiviteiten				*													
15. Overige huish. act.									*								
16. Arbeid/scholing							*										
17. Dagvulling/hobby's							*										
18. a. Rolvervulling binnen het gezin				*													
18. b. Draagkracht thuisfront								*									
19. Sociale contacten en vaardigheden				*													
20. a. Praktisch handelen							*										
20. b. Oriëntatie:							*										
21. Geheugen/aandacht/leerbaarheid							*										
22. Waarneming/herkenning							*										
23. Gedrag/stemming/verwerking							*										



24. Motivatie			*	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
25. Begrip gesproken taal			*	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
26. Spreken			*	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
27. Begrip geschreven taal			*	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -
28. Schrijven			*	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -

- - - = kan de aandacht houden
- = blijft de aandacht houden
- \* = beslismoment

**BIJLAGE 2: UITWERKING ITEMS**

Item	Keuze	Tijdstip
1. Van lig tot zit komen/ zitten, lage transfers	neg.: met (hulp)middelen naar huis/verpleeghuis/elders pos.: verder	uiterlijk PB 3 (week 12)
2. Van zit tot stand komen/staan, hoge transfers	neg.: met (hulp)middelen naar huis/verpleeghuis/elders pos.: verder	PB 2 uiterlijk PB 2 (week 12)
3. Lopen binnenshuis	+/- orthese/hulpmiddel +/- rolstoel/evt. woningaanpassing	uiterlijk PB 2 (week 6) uiterlijk PB 2 (week 6)
4. Lopen buitenshuis	rolstoel/buitemvervoer, afh. van loopafstand/conditie	PB 3 (week 12)
5. Traplopen	woningaanpassingen/andere hulpmiddelen	PB 3 (week 12)
6. Reiken	of verder tweehandig, of eenhandig/armopvang	PB 2 (week 6)
7. Manipuleren		PB 2 (week 6)
8. Uithoudingsvermogen	conditie training/sport/zwemen	vanaf PB 2 (week 6)
9. Eten/drinken	* logopedie? * hulp(middelen)? * niet zelfstandig; naar huis (met hulp) / verpleeghuis	tot PB 2 (week 6), daarna op PB 2 verder kijken
10. Toiletgebruik	+/- ADL-training, hulpmiddelen	uiterlijk PB 3 (week 12)
11. Wassen/baden	zelfstandig? met/zonder hulp/hulpmiddelen	uiterlijk PB 3 (week 12)
12. Aan- en uitkleden	onzelfstandig; huis? verpleeghuis/elders?	uiterlijk PB 3 (week 12)
13. a. Vervoer binnenshuis	rolstoel buiten? taxikosten? (proef)rijles  fietsen gemotoriseerd buitenvervoer? advies woningaanpassing	uiterlijk PB 3 (week 12)
13. b. Vervoer buitenshuis		
13. c. Huisbezoek/advies woningaanpassing		
13. d. Proefwoning/verlof		
14. Keukenactiviteiten	één of tweehandig, zittend/staand hulpmiddelen/woningaanpassing	uiterlijk PB 2 (week 6) uiterlijk PB 3 (week 12)
15. Overige huish. act.	Hulpmiddelen? Wanneer beslissen? Thuiszorg?	beginnen vanaf PB 3 (week 12)
16. Arbeid/scholing	- AE? - BOGON?	beginnen vanaf PB 3 (week 12)
17. Dagvulling/hobby's	activiteitencentrum, sportkennismaking, cursussen, verenigingen, hulpmiddelen?	beginnen vanaf PB 3 (week 12)
18. a. Rolvulling binnen het gezin	intensieve begeleiding (MH/PS)?	PB 2 (week 6)
18. b. Draagkracht thuisfront	Thuisfront voorlichten. Draagkrachtig?	PB 4 (week 18)
19. Sociale contacten en vaardigheden	AK? Markt/assertiviteit/soc. vaardigh.	PB 1 (week 1, 2) PB 2 (week 6)
20. a. Praktisch handelen	wel/niet naar huis	PB 3 (week 12), continu
20. b. Oriëntatie:	zie 20a.	PB 3 (week 12), continu
21. Geheugen/aandacht/ leerbaarheid	naar geheugengroep? Zie 20a.	PB 3 (week 12), continu
22. Waarneming/herkenning	naar linker/rechter hemisfeergroep?	PB 3 (week 12)
23. Gedrag/stemming/verwerking	intensievere begeleiding (MH/PS)?	PB 3 (week 12)
24. Motivatie	zie 23	PB 3 (week 12)

25. Begrip gesproken taal	heronderzoek afasieteam communicator / andere hulpmiddelen	PB 3 (week 12), continu
26. Spreken	zie 25	PB 3 (week 12), continu
27. Begrip geschreven taal	zie 25	PB 3 (week 12), continu
28. Schrijven	- ERL-groep - motorische schrijfgroep	PB 3 (week 12), continu

### BIJLAGE 3: SCOREFORMULIER PATIËNTENBESPREKING

Scoreformulier patiëntenbespreking	
Numer:	(c) Het Roessingh Enschede
P8-nr.:	
Datum:	
VERTROUWELIJK	
<u>Discipline</u>	<u>Itemnr. en beslissing/keuze</u>
VP	
FT	
ET	
LP	
HW	
PS	
<u>Algemene opmerkingen</u>	

Rapportage protocolontwikkeling - (c) 1995 HJA Het Roessingh Enschede

## 8. RESULTAATMETING ALS FEEDBACK INSTRUMENT: EXIT-INTERVIEWS

### 8.1. Inleiding

De laatste fase in de kwaliteitskringloop volgens het NEN-ISO 9002.4 model (zie fig. 2.3.) is de resultaatmeting. Het gebruik van de term "resultaatmeting" suggereert een directe relatie tussen deze meting en de interventie - de behandeling -. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag óf het resultaat van behandeling gemeten kan worden en zo ja, welke methoden daarvoor ter beschikking staan en hoe dit resultaat in het kwaliteitssysteem te gebruiken is. Alvorens op het gebruik van methoden van resultaatmeting ingegaan kan worden, dient de waarde van deze instrumenten nader beschouwd te worden. De "resultaten" dienen te worden aangewend als stuurinformatie voor behandelaren en management. Behandelaren zouden deze kunnen gebruiken voor evaluatie en bijsturing van de behandeling van de individuele patiënt. Het is tijdens de individuele zorgverlening gebruikelijk dat door de behandelaar(s) tussentijds geëvalueerd wordt op grond van een impliciet klinisch oordeel op basis van diagnostische tests. Het is de vraag of resultaatmeting (of voortgangsmeting) op microniveau iets aan dit impliciete proces toevoegt. Binnen de instelling kan deze informatie op mesoniveau als feedback ten behoeve van een kritische beschouwing van behandelprogramma's gebruikt worden. Het management kan aan de hand van de informatie beziën of op organisatieniveau aan beoogde criteria wordt voldaan of adequate resultaten worden behaald en eventueel bijsturing nodig is.

De instrumenten die ter beschikking staan liggen op het terrein van de medisch-technische effectiviteitsmeting en dat van de patiëntenraadpleging. In 8.2. komen de inpassing in het kwaliteitssysteem en de daaruit voortvloeiende eisen en in 8.3. de waarde van deze instrumenten in het algemeen aan de orde. Daarbij dient rekening te worden gehouden met het verschil tussen effectmeting met het doel vast te stellen of een interventie effectief is en resultaatmeting in het kader van kwaliteitszorg. Hoewel er sprake is van een graduëel verschil, richt effectmeting zich op het onderzoek naar het effect van een behandeling, ongeacht het doel dat met deze informatie beoogd wordt. In het kader van kwaliteitszorg staat vooral het gebruik van de informatie ten behoeve van verbetering van de zorgverlening voorop. In de hoofdstukken acht en negen zal met name worden ingegaan op de vraag of de resultaatmeting bruikbaar is in het kader van continue kwaliteitsverbetering. Hierbij wordt onderscheid ge-

maakt tussen het gebruik als stuurinformatie voor de individuele behandeling en het gebruik voor aanpassing en/of verbetering van het behandelprogramma.

Resultaatmeting kan gericht zijn op de meer medisch-technische aspecten van de behandeling; hoofdstuk negen zal aan dat onderwerp worden gewijd. In hoofdstuk acht komt het oordeel van de patiënt of cliënt over de genoten zorg aan bod. Het oordeel van de patiënt wordt niet alleen in het kader van tevredenheidsmeting als "waarde" op zich gebruikt, ook heeft het management belang bij het signaleren van problemen en mogelijke verbeterpunten, op inhoudelijk of organisatorisch gebied, vanuit patiëntenperspectief. Uitgaande van het (tot medio 1995) bestaand systeem van exit-interviews in Het Roesingh wordt in dit hoofdstuk een evaluatie beschreven. Vervolgens komt een verbeterproject van deze vorm van resultaatmeting aan de orde. Het doel was een betere inpassing en bruikbaarheid in het kwaliteitssysteem.

Met het oog op de uiteindelijke toepassing in het kader van kwaliteitszorg in de dagelijkse praktijk en de acceptatie door de daarbij betrokken professionals, dient bij het meten van resultaten zowel aan inhoudelijke- als aan managementaspecten aandacht te worden besteed. Er bestaat nog niet veel ervaring met de toepassing van resultaatmeting als onderdeel van een kwaliteitssysteem in de gezondheidszorg. Hoewel het kwaliteitssysteem een managementtechnologie is, zal in deze hoofdstukken een belangrijk accent liggen op de inhoudelijke aspecten. Op voorhand kan worden ingeschat dat de bereidheid van professionals om met de gegenereerde informatie aan de slag te gaan, toeneemt naarmate ze de inhoudelijke waarde daarvan hoger inschatten.

## 8.2. Resultaatmeting en kwaliteit van zorg

### 8.2.1. Is resultaatmeting mogelijk?

Donabedian (1992) beschrijft een aantal kenmerkende aspecten van uitkomsten van zorg ("outcomes") als indicatoren van kwaliteit. Resultaatmeting geeft slechts indirect een aanduiding van de kwaliteit van het zorgproces. Dat is een gevolg van het feit dat veelal onvoldoende bekend is over de causale relatie tussen proces en resultaat van de behandeling. Er is sprake van een veelheid aan mogelijke determinanten van het resultaat, welke in de persoon van de patiënt, in zijn of haar omgeving of in omstandigheden rond het behandelproces, gelegen kunnen zijn. De vele mogelijk beïnvloedende factoren leiden volgens Donabedian tot de conclusie dat "het resultaat" een integrale weerspiegeling is van al deze factoren; persoons- en omgevingskenmerken, de interventie en overige determinanten.

Vanwege de gebrekkige kennis over de relatie tussen proces en resultaat introduceert de Raad van Gezondheidsonderzoek in een terreinverkenning (1990) in eerste instantie het begrip "indicator". Dit wordt gedefinieerd als: "een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg". Het is immers de vraag of directe meting van het resultaat van de geleverde zorg mogelijk is. Allereerst omdat de vraag kan worden gesteld of de gemeten grootte iets zegt over het resultaat van het behandelproces. Vervolgens of er een relatie aantoonbaar is tussen de kwaliteit van het zorgverleningsproces en het gemeten resultaat. De notie dat een directe relatie tussen de uitkomst en de kwaliteit van de geleverde zorg niet aangetoond kan worden, is een belangrijke constatering. Het begrip "uitkomst indicator" geeft dit correct weer. Deze terminologie past ook beter bij het beoogde gebruik in het kader van kwaliteitszorg en geeft conceptueel het verschil met effect-onderzoek aan. Dit laatste richt zich uitsluitend op de effectiviteit of doeltreffendheid en geeft de mate aan waarin het vooropgestelde doel wordt gerealiseerd. In een kwaliteitssysteem zijn gegevens over efficiëntie (doelmatigheid) en indicatoren vanuit patiëntenperspectief evenzeer van belang als uitkomstindicator. De term uitkomstindicator zou eigenlijk consequent in de hoofdstukken acht en negen toegepast moeten worden. Vanwege gangbaar taalgebruik wordt in dit proefschrift voor het begrip "uitkomst" (als letterlijke vertaling van het engelstalige "outcome") ook resultaat of resultaatmeting gebruikt.

### **8.2.2. Resultaatmeting als onderdeel van het kwaliteitssysteem**

Nu vastgesteld is dat er nog veel onduidelijk is over de relatie tussen de uitkomstindicator en de kwaliteit van het behandelproces, is het zinnig in te gaan op de wijze, waarop gegevens over het resultaat van de behandeling in het kader van de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem gebruikt kunnen worden. De beoogde wijze van gebruik kan immers mede bepalend zijn voor de instrumentkeuze. In de eerder aangehaalde recente overzichtsstudie van Driessen e.a. (1994) wordt aangegeven, dat over deze toepassing weinig literatuurgegevens voorhanden zijn.

De NEN-ISO 9004-2 richtlijn (1992) gaat uit van het formuleren van kwaliteitsdoelen op basis waarvan gegevens verzameld en geanalyseerd worden. Voor deze doelen wordt aangegeven, dat zij minimaal afnemerstevredenheid, continue verbetering, omgevingsimpact en doelmatigheid dienen te behelzen. Als bron wordt daartoe zowel de dienstverlener als de cliënt genoemd. Voor de dienstverlener zijn naast specifieke uitkomstgegevens ook gegevens ter verificatie van het procesverloop van belang. Het perspectief van de cliënt is,

zeker in de gezondheidszorg en zoals eerder aangegeven, het laatste decennium steeds belangrijker geworden en is daarmee één van de twee belangrijkste bronnen van informatie over de behandelresultaten. Behalve het beklemtonen van de noodzaak tot audits en het uitvoeren van metingen, wordt ook in deze richtlijn geen indicatie gegeven over wat precies gemeten dient te worden.

In de bedrijfskunde wordt in het kader van kwaliteitszorg eerder van prestatie-indicatoren gesproken. Kip (1993) beschrijft hoe deze veelal bedrijfsspecifiek zijn en zowel top-down als bottom up tot stand kunnen komen. Kenmerken van deze indicatoren zijn: proces gerelateerd, geschikt voor meten/registreren, vergelijkbaar met een norm, bruikbaar voor feedback en bijsturing. Hij pleit voor het systematisch ontwerpen van indicatoren op basis van een aantal stappen; eerst dienen concrete doelstellingen te worden geformuleerd waaraan normen en eventueel kritische waarden gekoppeld worden. Met het oog op het gebruik voor bijsturing en passend bij de in te zetten stuurmiddelen, worden de prestatie-indicatoren geformuleerd. In zijn visie kunnen dit zowel proces-indicatoren als aan het proces gerelateerde uitkomstindicatoren zijn. Het alternatief is ongerichtte verzameling van een veelheid aan gegevens.

Deming geeft in zijn boek "Out of the crisis" (1982) geen concrete aanwijzingen voor wat in de gezondheidszorg precies gemeten moet worden in de "check" fase. Veeleer benadrukt hij dát er gemeten moet worden en gaat in op de mogelijkheden van feedback en implementatie. Een voorbeeld voor het ziekenhuis levert een lijst van voornamelijk Fouten en Near-Accidents op, welke moeilijk als "resultaat" in positieve zin, maar wel als "indicator" kunnen worden beschouwd.

In publicaties over audit-achtige projecten in de gezondheidszorg wordt meestal een variant van de plan-do-check-act cyclus van Deming gebruikt. De check vindt veelal plaats aan voor de hand liggende indicatoren op basis van literatuur of beschikbare gegevens. De doelstellingen van de programma's en/of de metingen zijn vaak onduidelijk of niet geformuleerd en brengen daardoor nogal eens een controverse over de interpretatie van de gemeten resultaten met de betrokken medici met zich mee. In de praktijk leidt dit ertoe dat in overleg met betrokkenen op basis van literatuur, consensus en beschikbare gegevens, een keuze wordt gedaan die soms het karakter van een compromis heeft. Tevens heeft dit als consequentie dat er een grote diversiteit aangetroffen wordt van indicatoren, die in de diverse projecten gebruikt worden (Batalden en Stolz 1993, Buxton 1994, Robinson 1994).



Over de toepassing van de meetresultaten in het kwaliteitssysteem is voornamelijk in het kader van verbeterprojecten of programma-evaluatie geschreven. De eerder genoemde Deming-cyclus is in projecten een veel gebruikte benadering. Donker beschrijft hoe programma-evaluatie aan verbetering van de kwaliteit van zorg kan bijdragen. In de 13 door haar onderzochte projecten werd echter slechts in 2 gevallen een sterke verbetering, en in 7 gevallen een geringe verbetering aangebracht op basis van de gevonden resultaten. Het ontbreken van vooraf geformuleerde doelstellingen of evaluatiecriteria maakt het in veel gevallen moeilijk de impact van de inspanningen op het terrein van resultaatmeting, in te schatten (Dubbelboer e.a. 1992).

Donabedian (1992) wijst daarnaast nog op het gegeven dat slechte resultaatgegevens een aanduiding zijn voor reeds geleden schade. Actuele informatie over metingen met prognostische betekenis geeft de mogelijkheid direct in te grijpen teneinde het behandelproces in gunstige richting - voor het betrokken individu - bij te sturen. Informatie na afloop, zeker wanneer eerst met een zekere vertraging gemeten kan worden, geeft slechts de mogelijkheid de behandeling bij te stellen met het oog op toekomstige cliënten.

Over de keuze van instrumenten en de toepassing in het kwaliteitssysteem is dus niet veel bekend. Het formuleren van zo concreet mogelijke behandel doelstellingen is een belangrijk uitgangspunt. Vervolgens dienen daar indicatoren en meetwaarden aan gekoppeld te kunnen worden. Tenslotte dient de informatie in de organisatie gebruikt te kunnen worden voor evaluatie en als uitgangspunt voor verbetering.

### **8.2.3. Bruikbare vormen van resultaatmeting**

Het resultaat, als uitkomst van het zorgproces, kan in termen van effectiviteit (doeltreffendheid), efficiëntie (doelmatigheid) en patiënttevredenheid worden omschreven. In het kader van dit (en het volgende) hoofdstuk zal overwegend ingegaan worden op de medisch-technische effectiviteit en patiënttevredenheid. Het kenmerkende van de revalidatie is, dat genezing van de primaire stoornis meestal niet mogelijk is. De behandeling is met name gericht op het reduceren van beperkingen en handicaps, met als doel een zo optimaal mogelijke sociaal-maatschappelijke reïntegratie. Het herstellen en het verbeteren van de functionele toestand, de controle op het eigen handelen in het sociale systeem en een adequate rolvervulling zijn belangrijke doelstellingen. Traditionele indicatoren in de gezondheidszorg en met name de cure-sector, als het aantal complicaties en het aantal overledenen, zijn daarom niet bruikbaar. Veeleer dient men zich te richten op de gezondheidstoestand (lichamelijk, functioneel, psycho-sociaal) en

de patiëntsatisfactie. Het vermogen tot zelfzorg wordt met name voor bepaalde chronische ziekten als indicator aangegeven (diabetes mellitus, CARA), dit maakt in de revalidatie een integraal onderdeel van de doelstellingen en (veelal ook) metingen, bijvoorbeeld ADL, uit (Driessen e.a. 1994).

Als mogelijke indicatoren voor de uitkomst van de zorgverlening bij chronisch zieken worden door Driessen e.a. in een overzichtsstudie overleving, klinische parameters, gezondheidstoestand (lichamelijke klachten, functionele gezondheid, psychosociaal welbevinden), zelfzorg en patiëntsatisfactie genoemd. "Uitkomst" wordt daarbij gedefinieerd als "de uiteindelijk tot stand gekomen veranderingen in de toestand van de patiënt of populatie, die aan de zorginterventie kunnen worden toegeschreven". Dit doet recht aan het gegeven, dat vele factoren van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke toestand van de patiënt; met name bij chronisch zieken of gehandicapten, omdat daar veelal ook nog sprake is van co-morbiditeit. Ook wordt terecht de opmerking gemaakt dat, wanneer een zorginterventie de uiteindelijke toestand niet beïnvloed heeft, dat niet wil zeggen dat er sprake was van onvoldoende kwaliteit van zorg. Mogelijk is er in zo'n geval wel aanleiding de kwaliteit van de indicatiestelling nader te onderzoeken.

De gezondheidstoestand, en dan vooral functionele gezondheid, dient dan gezien te worden als een uitkomst-indicator voor de effectiviteit als element van de kwaliteit van zorg. Ook patiënttevredenheid kan als zodanig beschouwd worden, hoewel deze indicator - zeker vanuit patiëntenperspectief gezien - ook een waarde op zich vertegenwoordigt; daar zal later op in worden gegaan. Wellicht is van de patiënt na afloop van de behandeling informatie over het proces te verkrijgen welke als uitkomstindicator (of in termen van Kip (1993) prestatie-indicator) te gebruiken is. Het gaat dan niet om "tevredenheid" als waarde op zich, maar om aspecten die voor de organisatie wél, maar voor de patiënt mogelijk minder relevant zijn.

Doelmatigheid is het bereiken van een gewenst resultaat met optimaal gebruik van middelen. In strikte zin zijn daarvoor vergelijkende kosten-effectiviteitsstudies nodig. Op doelmatigheid, als uitkomst indicator op zich, zal verder niet worden ingegaan.

Donabedian (1992) geeft nog enkele aandachtspunten bij de toepassing van resultaatmeting. Gezien de vele bekende en onbekende beïnvloedende variabelen, is zowel het aantal metingen als de omvang en uniformiteit van de onderzochte populatie een belangrijk gegeven voor de beoordeling van de waarde van de gegevens. Tevens wijst hij op het meest geschikte moment van meting: wanneer is een effect (of een bijwerking) het best te meten? Dit kan variëren voor verschillende indicatoren en bij een lange periode tussen interventie en

zichtbaarheid van het effect, is de kans op onbekende, in de tussentijd invloed uitoefenende factoren groter.

De functionele gezondheidstoestand en patiënttevredenheid zijn dus te beschouwen als belangrijke uitkomst indicatoren voor de revalidatie. In hoofdstuk acht wordt het gebruik van exit-interviews als vorm van resultaatmeting behandeld. In het negende hoofdstuk zal het gebruik van de meting van de functionele gezondheidstoestand als uitkomstindicator worden beschreven.

Voor dit proefschrift is het relevant te constateren dat resultaatmeting in de kinderschoenen staat. Er is weinig bekend over de relatie van diverse uitkomst- of prestatie indicatoren en de geleverde kwaliteit van zorg. Voorts dient de wijze van gebruik van de meetresultaten in het licht van gestelde (of nog te stellen) doelen en de wijze van toepassing in het kwaliteitssysteem te worden geformuleerd. Tenslotte ontbreekt een maat om de impact van de feedback in het kader van het te ontwikkelen kwaliteitssysteem te meten; dat zal veelal kwalitatief en per situatie verschillend gebeuren. Met al deze aspecten zal bij de beschrijving van de ervaringen met projecten rond resultaatmeting rekening dienen te worden gehouden.

### **8.3. Exit-interviews als vorm van resultaatmeting**

#### **8.3.1. Exit-interview: wat wordt gemeten?**

Hoofdstuk 8.2. handelde over de rol van resultaatmeting in het kwaliteitssysteem. In dit gedeelte zal allereerst de waarde van het exit-interview als meetinstrument voor de tevredenheid (als indicator voor de beleefde kwaliteit) beschreven worden. Vervolgens wordt ingegaan op de relatie met de (voor zover mogelijk) objectief aantoonbare of professionele kwaliteit. Vanuit dit theoretisch kader wordt de ervaring binnen Het Roessingh op dit gebied besproken. Tevens zal ingegaan worden op de overlap die er bestaat tussen behoefte- en satisfactie-onderzoek met behulp van patiënt-interviews (zie ook hoofdstuk zes).

Met behulp van exit-interviews kan een oordeel van de patiënt over het doorge- maakte zorgproces verkregen worden. In het kader van kwaliteitszorg zijn twee soorten informatie van belang: de mate van tevredenheid over het gebodene, de "ervaren kwaliteit" en de mening van de cliënt over intern of extern geformuleerde processpecificaties. Exit-interviews worden in het laatste geval gebruikt om informatie in te winnen over door de aanbieder, of de externe omgeving, van belang geachte aspecten van zorg. Het gaat daarbij nog niet zozeer om tevredenheid, maar veeleer om de mening van de geïnterviewde over uit

bedrijfsmatig of professioneel oogpunt belangrijke zaken (Visser 1988; Harteloh en Casparie 1994; Kistemaker en Visser 1995).

Zeker wanneer de onderzochte populatie homogeen is, kan op deze wijze toetsende informatie ten aanzien van organisatorische doelen worden verkregen; deze kan vervolgens voor feedback doeleinden gebruikt worden. Daarbij dient wel te worden verdisconteerd, dat er een risico bestaat van sociaal wenselijke antwoorden wanneer de geïnterviewde zich nog in een sterk afhankelijke relatie met de interviewer bevindt en niet zeker is of de gegeven informatie niet tegen hem gebruikt zal worden (Visser 1988; Harteloh c.s. 1992).

Behalve een objectieve en niet bedreigend overkomende aanpak, lijkt voor toegepast onderzoek geen methode voorhanden om dit te voorkomen; opletendheid ten aanzien van het bestaan van dit fenomeen is steeds noodzakelijk.

Een volgende vraag is hoe aangekeken moet worden tegen het begrip "tevredenheid" of "satisfactie". Allereerst dient daartoe inzicht te bestaan in de wijze waarop patiënten de door hen genoten zorg evalueren en op welke wijze dit in antwoorden op vragen naar "tevredenheid over.." tot uiting komt. Williams (1994) stelt dat vooralsnog onvoldoende over deze mechanismen bekend is om van satisfactie-meting te kunnen spreken. Het trekken van conclusies ten aanzien van gewenste verbeteringen (vanuit patiënt-oogpunt) is volgens hem als voorbarig te beschouwen. Hoewel er aanwijzingen zijn dat de "match" tussen verwachtingen en ervaringen een belangrijke rol speelt, is de precieze relatie tussen tevredenheid en de kwaliteit van de geboden zorg onduidelijk (Linder-Pelz 1982; Parasuraman c.s. 1985). Aangetoond is dat tevredenheid ook door situationele factoren wordt bepaald; chronisch zieken hechten bijvoorbeeld meer aan bejegeningaspecten dan patiënten die in acuut levensgevaar verkeren (Klein Buller en Buller 1987). Tevens is uit de dienstverlening bekend, dat bepaalde niveaus van technische competentie en bejegening voor vanzelfsprekend worden gehouden en dat veeleer uitschieters in positieve of negatieve zin, ook wel "satisfiers" of "dissatisfiers" genoemd, het kwaliteitsoordeel beïnvloeden. Er lijkt als het ware sprake van een "assimilatie zone" waarbinnen ook negatieve ervaringen nog tot tevredenheid kunnen leiden.

Kistemaker en Visser (1995) komen tot de conclusie dat het begrip satisfactie "hypothetisch en subject gebonden" is, en vergelijkenderwijs tot stand komt. Zij beschrijven tevredenheid als een uitgesproken psychisch fenomeen, waarbij intra-persoonlijke vergelijkingen tot tevredenheidsoordelen leiden. Zij stellen in de literatuur aanwijzingen te zien dat satisfactie weinig verband toont met het verschil tussen verwachte en ervaren zorg. Niettemin werd in hoofdstuk zes aangetoond dat er wel degelijk een verband lijkt te zijn tussen het verschil in

verwachting en ervaringen van dienstverleningsaspecten en het oordeel over de kwaliteit van zorg.

Hoewel er aanwijzingen zijn dat het "verschilmodel" een belangrijke rol speelt in het tot stand komen van tevredenheid, is er nog zoveel onbekend over dit fenomeen, dat voornamelijk beter van "exit-interviews" dan van "satisfactie-onderzoek" gesproken kan worden.

### 8.3.2. Aspecten van kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

De informatie die uit exit interviews wordt verkregen is dus van tweeërlei aard. De vragen naar de mening van de patiënt over diverse organisatorische en inhoudelijke aspecten zijn, bijvoorbeeld op geleide van de suggesties van Kip (1993), relatief eenvoudig door de zorgaanbieder te formuleren. Bij de opzet van exit-interviews is niet alleen de visie van de zorgaanbieder, maar met name is het oordeel van de patiënt essentieel met betrekking tot de aspecten van zorg, waarover de vragen worden gesteld. Een methodologisch onderbouwd model over aspecten van zorg die relevant zijn voor het tot stand komen van patiëntentevredenheid zou aanknopingspunten kunnen bieden voor het formuleren van vragen over exit interviews.

In een aantal inventarisaties zijn voor patiënten relevante kwaliteitsaspecten beschreven en op basis daarvan zal geprobeerd worden tot een "grootste gemene deler" te komen. Die kan vervolgens gebruikt worden bij de beoordeling van de kwaliteit van de bestaande exit-interviews van Het Roessingh.

In hoofdstuk zes is het onderzoek van Parasuraman e.a. (1985) reeds beschreven; hij gebruikt voor aspect de term "dimensie". Van der Waal c.s. (1993) hebben zowel specialisten als patiënten (met diabetes, CARA, reumatoïde arthritis) ondervraagd over relevante aspecten. Bendtsen en Bjurulf hebben dit eveneens voor reuma-patiënten gedaan (1993); Pound e.a. (1994) voor CVA-patiënten. Post c.s. (1993) kwamen op basis van een overwegend theoretische exercitie tot 15 relevante kwaliteitsaspecten; deze waren gerangschikt onder 4 hoofddimensies: Uitkomst, Technische werkstijl, Interpersoonlijke werkstijl en Structuur.

De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (De Vries 1995) heeft criteria over de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief gepubliceerd (zie tabel 8.1.). Deze criteria zijn gebaseerd op vrij omvangrijke enquêtes, maar hebben een enigszins onduidelijk achterliggend theoretisch kader. Het aantal van 7 hoofdcriteria is bijvoorbeeld niet onderbouwd. Ook het samen met een organisatie-adviesbureau ontwikkelde instrument patiënt-vriendelijkheid van algemene ziekenhuizen lijdt aan dit euvel (1992). De door patiëntenorganisaties ontwikkelde criteria zijn vooral bedoeld om de patiëntvriendelijkheid van

hulpverleners en instellingen te beïnvloeden. Daar waar ook het NEN-ISO model van een sterke marktgerichtheid uitgaat, is het nodig te verifiëren of in interviews datgene gevraagd wordt wat vanuit patiëntenstandpunt relevant is. Niet alle aspecten hoeven dan uiteindelijk in het onderzoek te worden opgenomen - het moet praktisch hanteerbaar blijven - maar de selectie dient wel bewust en, zo mogelijk, systematisch te gebeuren.

Van Campen e.a. (1995) hebben een uitgebreide internationale literatuurstudie gedaan naar instrumenten die kwaliteit meten vanuit patiëntenperspectief. Daaruit zouden aspecten met betrekking tot tevredenheid gedestilleerd kunnen worden. Zij komen tot de conclusie dat de dimensies van de Patient Satisfaction Questionnaire als het beste uitgangspunt kunnen dienen, omdat deze het meeste overeenkomen met de, in een meta-analyse door Hall en Dornam in 1988 geïnventariseerde dimensies. Een nadere uitwerking daarvan, gebaseerd op de theorie van Parasuraman en gebruik makend van ziekte-specifieke informatie met behulp van focusgroups, kan volgens hen eveneens tot een adequaat instrument leiden.

De in de literatuur aangetroffen aspecten worden in tabel 8.1. gerubriceerd, waarbij de dimensies van Parasuraman als uitgangspunt worden gebruikt. Dit model lijkt theoretisch en wetenschappelijk het best onderbouwd.

In een recent onderzoek naar fysiotherapeutische zorg van Kerssens e.a. (1995) werden de door van Campen beschreven aspecten nog eens bevestigd; opvallend was dat patiënten een specifiek punt als hygiëne hierbij het hoogst waardeerden.

Uit al deze onderzoeken kan geconcludeerd worden dat medisch-technische aspecten (doelmatigheid, effectiviteit, kennis en kunde), care-aspecten (bejegening, informatie, communicatie) en organisatorische aspecten van de zijde van de patiënt, van belang worden geacht. Hoewel deze aspecten door patiënten steevast als zeer belangrijk worden gekenschetst, is niet bekend op welke wijze de dimensies aan het oordeel over de kwaliteit bijdragen. De nadere invulling en precieze ordening varieert per sector en patiëntengroep. Het model van Parasuraman c.s., dat nader getoetst is (zie hoofdstuk vijf), overstijgt de sector specifieke kenmerken en geeft een algemeen theoretisch model voor kwaliteitsaspecten van dienstverlening. Begrippen als doeltreffendheid, doelmatigheid en continuïteit komen in dat model niet voor, maar zijn - zeker in relatie met de kwaliteit - zeer relevant in de gezondheidszorg. Bij onderzoek naar de aspecten van kwaliteit, waarbij de opinie van de patiënt het uitgangspunt is, blijkt vooral continuïteit en in mindere mate doeltreffendheid een relevant kenmerk te zijn. Doelmatigheid scoort vanuit patiëntenperspectief zelden hoog.

**Tabel 8.1.: In de literatuur aangetroffen, belangrijk geachte aspecten van kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.**

	Parasuraman (1985)	Patient Satisfaction Questionnaire (1975)	van de Waal (1994)	Bendtsen (RA) (1993) Pound CVA (1004)	LPCF (1993)
1.	Toegankelijkheid	Toegankelijkheid	Toegankelijkheid	Ontvangst (Berndtsen)	
2.	Communicatie		Informatie	Informatie	Informatie
3.	Competentie	Competentie	Kennis	Kennis/kunde	Vakbekwaamheid
4.	Beleefdheid	Bejegening	Autonomie	Bejegening (Pound)	Bejegening Zelfstandigheid
5.	Geloofwaardigheid				
6.	Betrouwbaarheid	Continuïteit	Continuïteit		
7.	Flexibiliteit	Beschikbaarheid		Tegemoet komen aan persoonlijke behoeften (Pound)	Organisatie
8.	Veiligheid	Technische kwaliteit			Accommodatie
9.	Tastbaarheden				
10.	Begrip en kennis van de klant		Inlevingsvermogen Tijd en aandacht	Inlevingsvermogen	Steun
11.			Doelmatigheid		Evaluatie
12.			Doeltreffendheid	Bijdrage aan herstel (Pound)	
13.		Kosten			
14.		Algemene tevredenheid			

Uiteindelijk zal de organisatie voor een nadere uitwerking van de aspecten in exit-interviews zelf keuzes moeten maken, eventueel gebaseerd op nader onderzoek binnen de betreffende patiëntenpopulaties in de eigen regio en rekening houdend met pragmatische en bedrijfsmatige overwegingen. Verderop in dit hoofdstuk wordt een dergelijke aanpak beschreven.

### 8.3.3. Instrumenten

Er zijn verschillende instrumenten voor patiëntenraadpleging die zich lenen voor het verzamelen van informatie over de kwaliteit van zorg, en waaruit aanknopingspunten voor verbetering volgen. Hieronder volgt op basis van literatuuronderzoek een overzicht en een beknopte beschrijving van doelen en de voor- en nadelen die aan de diverse methoden kleven.

Gezien de eerdere beschouwing over de relatie tussen proces en uitkomst en het onduidelijk verband tussen de tevredenheid van de patiënt en de kwaliteit van het behandelproces, zal het moeilijk zijn iets over de validiteit te zeggen (exclusief geredeneerd vanuit patiëntenperspectief is dat natuurlijk wel mogelijk).

#### *a. Ideeënbus/klachtenformulier*

Een van de eenvoudigste manieren is het gebruik van een ideeënbus of een klachtenformulier (Verbeek 1993, Rees Lewis 1994). Gezamenlijk kenmerk is het aanbieden van een eenvoudige structuur voor incidentele signalering van klachten of ideeën, waarop vervolgens reactief wordt ingegaan. Het kan toegepast worden met als doel het aanbrengen van incidentele verbeteringen. Voordeel is dat het een laagdrempelig, goedkoop instrument is, dat een beperkte tijdsinvestering vraagt. Nadeel is dat de respons vaak erg laag is en dat mensen weinig geneigd zijn hun klachten of ideeën ongevraagd op papier te zetten. Het is tevens geen geschikte methode om systematisch beleid te kunnen ontwikkelen, omdat de suggesties en klachten vaak incidenten zullen betreffen en geen representatief beeld van het oordeel van de patiënten biedt.

#### *b. Observatie*

Directe observatie van wat feitelijk gebeurt in het zorgverleningsproces heeft als doel informatie te genereren die aanvullend en nuancerend kan zijn ten opzichte van de informatie die uit andere bronnen verkregen wordt (Bakkenist/LCPC 1992). Voordeel is dat observatie voor een aantal kwaliteitsaspecten die van buiten af zichtbaar of op voorhand moeilijk te kwantificeren zijn (zoals wachttijden, bewegwijzering, beschikbaarheid van algemene informatie en bereikbaarheid) een efficiënte methode is. Observatie is voor aspecten die de



zorgverlener-patiënt relatie betreffen minder geschikt; de privacy en een mogelijke verstoring van het dienstverleningsproces vormen hierbij een probleem; ook is de wijze van interpretatie door de observant wel te uniformeren, maar niet controleerbaar. Voor een aantal aspecten is deze methode dus valide; zo lang dezelfde persoon observeert is de betrouwbaarheid groot.

#### *c. Cliëntenraad of gebruikerspanel*

Een cliënten- of patiëntenraad, ook wel gebruikerspanel genoemd, kan geschikt zijn om een directe dialoog met de doelgroep aan te gaan over de kwaliteit van het zorgaanbod (Verbeek 1993). Het voordeel is dat er, net als in open interviews en focusgroepen, veel informatie over achtergronden en oorzaken van onvrede verkregen kan worden. Bovendien zullen de deelnemers verwachten dat er beleidsmatig iets wordt gedaan aan de gesignaleerde knelpunten en dat kan een extra stimulans voor participatie zijn. Het nadeel is dat het in praktijk vaak erg moeilijk is om leden voor een cliëntenraad te werven en om een representatieve groep cliënten in het panel te krijgen.

Vanaf medio 1996 is in Nederland voor instellingen een cliëntenraad verplicht; deze heeft vooral een rol op beleidsmatig gebied. Vele - vooral residentiële - instellingen werken al met een dergelijke raad, waarbij de samenstelling en wijze van werken nogal uiteen kan lopen. Het is de vraag of door deze wettelijke verplichting de in de literatuur gesignaleerde nadelen ten goede zullen veranderen. Wel blijken patiëntenorganisaties zich voor te bereiden het functioneren van deze raden te ondersteunen. Zo wordt gewerkt aan een instrument voor kwaliteits-toetsing dat cliëntenraden kunnen gebruiken om enquêtes onder revalidanten te houden. Er lijken op deze wijze ondoelmatige doublures in kwaliteitsmetingen te gaan ontstaan.

#### *d. Gestandaardiseerde vragenlijst*

Een gestandaardiseerde vragenlijst wordt toegepast met als doel een representatief beeld te krijgen van het oordeel en/of de tevredenheid over de behandeling van de betrokkenen. Deze kunnen schriftelijk, telefonisch of in een interview afgenomen worden. Het voordeel van dit type is, dat het vooral in de schriftelijke vorm relatief snel en tegen betrekkelijk lage kosten per respondent toegepast kan worden. Ook is vergelijking van resultaten in een voor- en nameting (na het aanbrengen van verbeteringen) mogelijk. Evenals het onderlinge vergelijken van afdelingen. Het nadeel is dat deze methode vaak hoge tevredenheidsscores oplevert. Eén van de redenen is dat de vragen vaak te algemeen en abstract worden gesteld (Visser 1988) en niet aansluiten bij de belevingen en ervaringen van de patiënt. In het onderzoek naar patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen (Bakkenist/LCPC 1992) heeft men getracht dit probleem te ondervangen door vooraf een klankbordgroep van patiënten te betrekken bij de definiëring en de keuze van de kwaliteitsaspecten die in de vragenlijst opgenomen dienen te worden.

Een tweede nadeel kan zijn dat een vragenlijst slechts algemene gegevens oplevert en onvoldoende aansluit bij de informatie- behoefte van de instelling. Wil men voor het beleid bruikbare informatie over de kwaliteit of de tevredenheid over de zorg, dan zullen veel gerichte vragen gesteld moeten worden. Dit heeft consequenties voor de omvang van de vragenlijst en de duur van de mondeling afgenomen vragenlijsten. Het kan dan beter zijn om het onderzoek te beperken tot enkele aspecten van zorg en daar relevante vragen over te stellen (De Vries 1991, Verbeek 1993). Op basis van de hoeveelheid empirische gegevens lijkt de betrouwbaarheid redelijk. De validiteit is moeilijk vast te stellen.

#### *e. Open interviews*

Deze kwalitatieve methode heeft als doel informatie te verschaffen over de aard van een verschijnsel, het 'wat', 'waarom' en 'hoe' van de beleving van de patiënt (De Vries 1991). Tijdens open interviews met individuele patiënten of patiëntgroepen komen aspecten van kwaliteit aan de orde die de patiënt zelf aandraagt. In de praktijk wordt vaak gewerkt met een checklist van thema's die aan de orde moeten komen, maar die flexibel wordt gehanteerd (semi-gestructureerd). Er wordt niet gestreefd naar generalisatie, maar naar zoveel mogelijk informatie over het onderwerp. Met een beperkt aantal interviews kan veelal worden volstaan. Bokma en Kramer (1992) hebben de resultaten en voor- en nadelen van het houden van mondelinge interviews bij ontslagen patiënten thuis vergeleken met het gebruik van schriftelijke vragenlijsten. Zij vonden dat na 20 individuele gesprekken vrijwel alle onderwerpen en aspecten die in een schriftelijke vragenlijst aan de orde waren gesteld, besproken waren. Dit betekent dat verwacht mag worden dat ook in een mondeling interview de belangrijke punten naar voren komen. Het zegt echter niets over het aantal patiënten dat een bepaald aspect naar voren brengt. Er wordt wel meer achtergrondinformatie (oorzaken, redenen, suggesties) verkregen. Het ontbreken van een getalsmatige overtuigingskracht kan een nadeel zijn, als de terugkoppeling van de resultaten naar de organisatie daardoor niet serieus wordt genomen.

Onderzoek wijst uit dat open interviews meer kritiek en aanknopingspunten voor verbeteringen opleveren dan een gestandaardiseerde vragenlijst (Bokma en Kramer 1992 en Fitzpatrick 1991). De validiteit is dus goed; de betrouwbaarheid is onduidelijk.

#### *f. Focusgroepen*

Focusgroepen zijn geschikt om op een snelle manier een onderwerp in de 'breedte' te onderzoeken. Interviews daarentegen lenen zich meer om een onderwerp uit te diepen (Wensing e.a. 1996). Meestal bestaan de groepen uit 8

tot 12 deelnemers die representatief zijn voor de doelgroep. Indien structureel van eenzelfde groep deelnemers sprake is, gaat het om een vorm van cliëntenraad.

Het voordeel van dit instrument is dat het gedetailleerde informatie kan bieden voor concrete verbeteringen en dat de validiteit door de open en vrije methode van vragen meestal groot is. De betrouwbaarheid is minder groot: de subjectieve inbreng van de ondervrager tijdens het interview en de interpretatie en de rapportage van de resultaten kan de resultaten beïnvloeden. Een tweede nadeel kan zijn dat met name de focusgroep-methode nogal wat training en deskundigheid van de ondervrager vereist. Dit om de deelnemers te stimuleren hun meningen te geven: soms verzandt de methode in 'pulling teeth'. De leiding dient erop toe te zien dat er niet van ongewenste onderlinge beïnvloeding of interactie sprake is. Tevens is er weinig ervaring met de toepassing van deze methode als instrument voor het meten van tevredenheid dan wel de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt.

In de praktijk wordt vaak een combinatie van methoden gehanteerd: een "open" methode om de belangrijkste aspecten van kwaliteit van zorg vast te stellen, die vervolgens geoperationaliseerd worden in een gestandaardiseerde vragenlijst. Vaak in een combinatie van gesloten en open vragen, zodat er ruimte is voor de individuele ervaring of mening van de patiënt.

De vragenlijst voor het meten van patiëntvriendelijkheid in ziekenhuizen van Bakkenist/LCPC en van het onderzoek van Van Der Waal (1993) gericht op het maken van een schriftelijke vragenlijst voor twee gezondheidscentra zijn beiden voorafgegaan door een onderzoek naar belangrijke kwaliteitsaspecten van de doelgroep. Beide zijn bij de construering van de vragenlijsten uitgegaan van een onderscheid in groepen patiënten (poliklinisch, klinisch, dagbehandeling) dan wel van behandelende disciplines (zoals huisarts, fysiotherapie en maatschappelijk werk) en hebben per groep of discipline een aparte vragenlijst ontworpen. Hierdoor is de informatie die uit de vragenlijsten naar voren komt, heel concreet op uitvoeringsniveau te gebruiken.

Voorgesteld wordt de vragenlijsten niet continu bij elke patiënt af te nemen, maar een steekproef te trekken die representatief is voor de patiëntengroep. De presentatie van de conclusies wordt vervolgens als uitgangspunt gebruikt voor het bespreken en aanbrengen van verbeteringen. Op deze wijze ontstaat er een projectmatige aanpak van meten, het formuleren van verbeterpunten en het uitvoeren van verbeteracties.

#### 8.3.4. Inpassing van exit-interviews en de bruikbaarheid in een kwaliteitssysteem

Het gebruik van gegevens uit exit-interviews kan - ook in het kader van een kwaliteitssysteem - verschillende doelen dienen. Reeds eerder is beschreven dat beoogd wordt feedback informatie te genereren waarbij in dit geval de uitkomstindicatoren door de cliënt geleverd worden. De gegenereerde informatie bevat dan een oordeel van de cliënt over de kwaliteit van de zorgverlening, indicaties over de mate van tevredenheid en informatie over aspecten van de zorgverlening, welke vanuit organisatieperspectief relevant zijn. Er is nog een argument waarom informatie over de tevredenheid en het kwaliteitsoordeel van patiënten van belang is. Reeds eerder is beschreven hoezeer patiënten bejegeningaspecten in hun oordeel laten meewegen. Tevens blijkt uit de literatuur dat de compliance (de motivatie om een medisch voorschrift daadwerkelijk op te volgen) beter is bij een tevreden patiënt (Donabedian 1988, Williams 1994). Informatie over de tevredenheid van patiënten kan daarom belangrijke aanknopingspunten opleveren voor de evaluatie van het behandelbeleid of andere, bijvoorbeeld organisatie- of bejegeningaspecten. Bovendien kan op grond daarvan ook aan professionals worden uitgelegd waarom het investeren in bejegeningaspecten en de organisatie van exit-interviews van belang is; in bepaalde mate is er sprake van een "shared value".

Tenslotte kan een exit-interview gebruikt worden om de aspecten van de behandeling te verifiëren, welke voor de organisatie van belang zijn. Het kan gaan om evident kritische of kwetsbare onderdelen van het aanbod of de organisatie daarvan. Ook kan nagegaan worden of ingevoerde verbeteringen effect sorteren of dat verdere verbetering noodzakelijk is.

Bij exit-interviews dient aandacht besteed te worden aan de eerdergenoemde aspecten van betrouwbaarheid en validiteit. Een belangrijk aandachtspunt is daarbij ook de situatie (cognitief en communicatief) van de patiënt. Geverifieerd moet worden of de respondent in staat is tot adequate beantwoording van vragen. Wanneer de aldus gegenereerde informatie door betrokken hulpverleners als betrouwbaar en valide wordt beoordeeld en deze toegankelijk wordt gepresenteerd, is een positieve respons in de zin van kritische reflectie op het eigen handelen aannemelijker (Fitzpatrick 1991, Harteloh c.s. 1992). De wijze van interne communicatie over de resultaten zal per organisatie verschillen, maar dient duidelijk gepositioneerd te worden als een element in het kwaliteitssysteem.

Op basis van de beschreven onderzoeken naar kwaliteitsaspecten die cliënten hanteren bij het vormen van een oordeel over de kwaliteit van zorg kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

1. Het kwaliteitsoordeel door patiënten wordt mede gevormd door een afweging van verwachting en ervaring.
2. Bij deze afweging worden vooral de algemene dimensies van zorg en in mindere mate inhoudelijke kwaliteitsaspecten gehanteerd.
3. Het uiteindelijke oordeel over kwaliteit wordt mede beïnvloed door gevoelens van dankbaarheid en afhankelijkheid én door het bijstellen van verwachtingen op grond van de ervaringen van de patiënt tijdens het zorgverleningsproces.
4. Binnen de verschillende onderzoeken naar relevante aspecten zijn vooral de resultaten van het onderzoek van Parasuraman c.s. (1985) essentieel en wetenschappelijk het best onderbouwd. De verschillende kwaliteitsaspecten die uit de overige onderzoeken naar voren komen, tonen wel veel consistentie. De context waarin het onderzoek is gedaan, speelt een grote rol: het is mogelijk dat cliënten per gezondheidszorgsector andere accenten leggen (òf: naar andere aspecten gevraagd dienen te worden) als het gaat om kwaliteit van zorg.

Rekening houdend met bovenstaande conclusies moeten de aspecten vertaald worden naar de omstandigheden van het revalidatiecentrum. Er is inzicht nodig in de relevante kwaliteitsaspecten die revalidanten hanteren. De operationalisatie dient zowel in open als gesloten vragen plaats te vinden, om niet alleen kwantitatieve maar ook meer (niet voorafgestuurde) kwalitatieve informatie te verkrijgen. De vragen moeten aansluiten bij de praktijk van alledag en zullen zo concreet mogelijk gesteld moeten worden zodat:

- a. de resultaten aanknopingspunten voor verbetering bieden;
- b. de vragen zo veel mogelijk aansluiten bij de beleving van de patiënt.

Een gestandaardiseerde vragenlijst, gebaseerd op een inventarisatie van relevante kwaliteitsaspecten voor de revalidatie met zowel open als gesloten vragen, lijkt in de praktijk aan de belangrijkste voorwaarden te voldoen. Praktische overwegingen zullen bepalen of schriftelijk, telefonisch of persoonlijk geïnterviewd wordt.

## 8.4. Het bestaande systeem van exit-interviews in Het Roessingh

### 8.4.1. Ontwikkeling van het systeem

In dit gedeelte wordt de methode van patiëntenraadpleging van Het Roessingh, die tot medio 1995 is gebruikt, beschreven en geëvalueerd. Allereerst wordt aandacht besteed aan de doelstellingen en functies van het meetinstrument en de inhoud, validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten. Vervolgens komen de verwerking, presentatie en implementatie van de resultaten in de organisatie aan de orde.

Het initiatief tot het raadplegen van patiënten door middel van een schriftelijke vragenlijst ontstond vanuit een informatiebehoefte over de oorzaken van een knelpunt in de zorg, namelijk een groot therapieverzuim bij poliklinische patiënten in 1985. Als middel om deze informatie boven tafel te krijgen heeft de daartoe samengestelde commissie 'Motivatie' een vragenlijst voor patiënten ontwikkeld. De resultaten van het onderzoek waren aanleiding om de voorlichting aan- en de ontvangst van poliklinische revalidanten te verbeteren.

Er bestond dus een duidelijke koppeling tussen doel (terugdringing therapieverzuim), functie (vragenlijsten als instrument om oorzaken van verzuim te achterhalen) en wat er met de resultaten gedaan zou worden (maatregelen nemen om verzuim terug te dringen).

Naar aanleiding van de positieve resultaten heeft het instrument zich verder ontwikkeld. Hierbij is gebruik gemaakt van de ervaringen uit eerder onderzoek van Visser (1988). Sinds 1990 wordt de vragenlijst door de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris afgenomen bij klinische patiënten in de vorm van een mondeling semi-gestructureerd exit-interview. Voor deze methode is gekozen vanwege het feit, dat een dergelijk gesprek zich door de aanwezigheid van de revalidant betrekkelijk eenvoudig laat organiseren. Bovendien leert de ervaring dat na een intensieve behandelperiode een afsluitende evaluatie met een betrekkelijk neutrale buitenstaander erg gewaardeerd wordt. Zo nodig kunnen vlak voor ontslag bovendien nog eventuele oneffenheden gladgestreken worden. Dagbehandelingspatiënten worden schriftelijk benaderd. De exit-interviews worden gebruikt om de mate van tevredenheid van de cliënt te onderzoeken en om het oordeel van de patiënt over de door de instelling gekozen aspecten van behandeling en verblijf te peilen. De informatie die de interviews en schriftelijke vragenlijsten opleveren, wordt gebruikt om verbeteringen aan te brengen. Het instrument functioneert nu tevens als toetsing van ingevoerde verbeteringen; het blijkt mogelijk door de herhaalde metingen in de loop ter tijd de

effecten zichtbaar te maken. Bijvoorbeeld de psycho-sociale opvang door verpleegkundigen en het functioneren van bepaalde diensten.

Uit gesprekken met een aantal betrokkenen, zoals diensthoofden en patiënten-voorlichtingsfunctionaris, komt naar voren dat de exit-interviews de volgende functies vervullen:

- *evaluatieve functie*: de aspecten van zorg die in de vragenlijsten zijn opgenomen, worden aan de hand van de resultaten geëvalueerd.
- *voorlichtingsfunctie*: enkele vragen in de schriftelijke vragenlijsten hebben een voorlichtend karakter en wijzen op de mogelijkheid om bijvoorbeeld therapiewijziging te vragen of om uitleg van het nut van een therapie;
- *vergelijkingsfunctie*: de resultaten worden door diensthoofden gebruikt om te kijken hoe de dienst functioneert in vergelijking met andere diensten en met eerdere meetresultaten.
- *verbeterfunctie*: de resultaten leveren concrete informatie op over aspecten in de zorgverlening die verbeterd kunnen worden.
- *vangnetfunctie* voor het evalueren van en uiten van onvrede over de ontvangen zorg;
- *P.R. functie*: het feit dat Het Roessingh aangeeft prijs te stellen op de mening van de patiënt.

#### 8.4.2. Inhoud van de vragenlijsten

Zoals de meeste patiëntentevredenheidsonderzoeken bestond de, in 1995 gehanteerde, vragenlijst uit aspecten die niet-medisch-technisch van aard zijn (Visser 1988).

De A-vragen (5 gesloten, 1 open) toetsten de voorlichting die de revalidant voor de start van de behandeling in Het Roessingh heeft gehad. De B-vragen (5 gesloten, 1 open) hadden betrekking op de informatie over- en de opvang en de introductie in Het Roessingh. De C-vragen (17 gesloten, 1 open) vroegen naar de ervaringen met de verschillende therapieën en de contacten met behandel- laars. Er werd gevraagd naar de waardering van verschillende therapieën en een oordeel over de uitleg over het nut van therapieën. De vragen hadden bijvoor- beeld betrekking op de ervaring van de respondent met

- therapieverzuim
- wachttijden
- verdeling van therapieën over het programma
- therapiewijziging
- contacten met de revalidatie-arts

De D-vragen ten slotte gingen over achtergrondgegevens van de respondent (geslacht, deelname aan groepstherapieën, eerdere behandelingen in Het Roessingh, leeftijd en hoe lang men de handicap heeft). Afsluitend werd ruimte voor aanvullende op- en aanmerkingen geboden.

De klinische patiënten werd vlak voor ontslag een gestructureerd mondeling interview met behulp van een vragenlijst afgenomen. Deze bevatte dezelfde items als de schriftelijke vragenlijst voor de dagbehandeling, aangevuld met vragen over de verblijfsfunctie, contacten met behandelaars en de kwaliteit van de verpleegkundige behandeling.

Samenvattend: De items die in de schriftelijke vragenlijst waren opgenomen, betroffen voornamelijk de voorlichting en informatievoorziening voor en tijdens de behandeling. Bij de mondelinge interviews werd naast enkele verblijfsaspecten ook de communicatie met en bejegening door de behandelaars betrokken. In de mondelinge interviews kwam ook de mening/ervaring van de patiënt over de kwaliteit van de behandeling aan de orde, waardoor deze een uitspraak kon doen over zorg-inhoudelijke aspecten van de behandeling.

#### **8.4.3. Gebruik in de praktijk; gegevensverwerking en implementatie van de resultaten**

De meting in Het Roessingh vond continu plaats: in principe kregen zoveel mogelijk dagbehandelingspatiënten 6 à 8 weken na de start van de behandeling een schriftelijke vragenlijst aangereikt. Dit betekende dat de vragenlijst ingevuld werd terwijl de behandeling nog niet afgerond hoefde te zijn, maar de patiënt toch voldoende ervaring had met de verschillende aspecten van zorgverlening. De ingevulde vragenlijst kon ingeleverd of via de bijgevoegde antwoordenvolpoe teruggestuurd worden. De klinische patiënten werd tegen het einde van het revalidatieproces een mondeling exit-interview afgenomen. Degene die verantwoordelijk was voor de afname van de vragenlijsten (patiëntenvoorlichtingsfunctionaris) ontving in principe van de hoofden van de klinische afdelingen alle namen van de patiënten die ontslagen werden en benaderde hen voor een interview. In praktijk werd het tijdstip van ontslag niet altijd tijdig doorgegeven, waardoor revalidanten niet consequent bereikt werden voor een exit-interview. Non-respons kan de representativiteit van patiëntentevredenheidsonderzoek beïnvloeden; daarvan was in geringe mate sprake bij ouders van kinderen die poliklinisch behandeld worden en bij klinische revalidanten die niet tijdig bereikt kunnen worden. De non-respons onder ouders van kinderen die klinisch opgenomen worden, was groter ( $\pm 50\%$ ).



De (handmatige) verwerking van de gegevens gebeurde door de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris. De resultaten van de vragenlijsten van de poliklinische en klinische volwassen patiënten werden halfjaarlijks gepresenteerd aan het management team en alle afdelingshoofden; die van de patiënten die deelnemen aan groepsbehandeling en van de ouders van kinderen in kliniek en polikliniek jaarlijks. De lage frequentie heeft te maken met de - in bijvoorbeeld in vergelijking met ziekenhuizen - beperkte patiëntenaantallen en relatief lange behandelperiode.

De rapportages bestonden uit een weergave van de absolute scores per vraag, een inventarisatie van de opmerkingen en suggesties naar aanleiding van open vragen en een samenvatting met 'opvallende' resultaten. Indien de aantallen respondenten van de vorige rapportage ongeveer gelijk was, werden deze naast de nieuwe scores gepresenteerd, zodat vergelijken mogelijk is.

Ter illustratie worden de resultaten van de B en enkele C vragen van de enquête onder 30 dagbehandelingspatiënten weergegeven (periode januari t/m april 1995):

B-vragen:

Deze vragen hebben betrekking op de introductie en de start van de behandeling in Het Roessingh.

B.1 Hoe bent u op de hoogte gesteld over de aanvang van de eerste behandelingsdag in Het Roessingh?

7 schriftelijk  
23 telefonisch

B.2 Wist u wanneer u de oproep voor de eerste behandeling kon verwachten?

12 ja  
8 nee  
10 ongeveer

B.3 Vindt u dat u de eerste behandeldag(en) voldoende bent opgevangen?

15 goed  
12 onvoldoende  
1 was niet nodig

B.4 Door wie werd u de eerste behandeldag opgevangen?

22 gastvrouw/heer  
2 therapeut  
4 receptiepersoneel

1 was niet nodig

B.5 Bent u voldoende wegwijs gemaakt in het centrum?

9 goed

14 voldoende

5 onvoldoende

2 was niet nodig

B.6 Heeft u bij de introductie iets gemist of heeft u suggesties voor verbetering?

Ja:

.....

.....

(de antwoorden op deze vraag worden gerubriceerd om te kijken of er meerdere revalidanten zijn met de zelfde behoefte of met een zelfde advies).

C-vragen:

Deze vragen hebben betrekking op uw ervaringen met de therapieën en uw contacten met de behandelaars.

C1 Kruis in deze kolom de therapieën aan die u gevolgd heeft	C2 Wilt u in de onderstaande kolom uw waardering geven van de door u gevolgde therapieën? goed      voldoende      onvold.			C3 Is u genoeg uitleg gegeven over het nut van de betreffende therapie? goed      voldoende      onvold.		
	0 Fysiotherapie	25	2	0	23	4
0 Groepstherapie	1	0	0	1	0	0
0 Ontspannings-therapie	3	0	0	2	1	0
0 Hydrotherapie	1	0	0	1	0	0
0 Sportconditie	11	0	0	10	1	0
0 Sport	9	1	0	8	2	0
0 Zwemmen	12	1	2	7	5	2
0 Arbeidsexploratie	5	2	0	6	2	0
0 Ergotherapie	9	10	1	8	11	1
0 Logopedie	0	0	0	0	0	0
0 Maatschapp.werk	8	3	1	4	6	2
0 Activiteitenth.	4	0	0	2	2	0
0 Psycholoog	3	2	0	5	0	0
0 Verpleging	2	1	1	1	2	1

C.4 Mist u wel eens een therapie? (lees eerst vraag C.5)

14 nooit

16 soms

0 regelmatig

C.5 Als dit soms of regelmatig is, wat is dan de reden van het verzuim?

6 ziekte    2 te zwaar programma

1 ziekte thuis

2 niet eens met programma

4 bezoek arts

0 vervelende ervaring

1 ziekenhuisopname

- 1 wijziging therapietijd niet gehoord
- 2 persoonlijke omstandigh.
- 0 te weinig tijd tussen therapieën

De rapportages werden besproken in de Commissie Kwaliteitsbeleid. Na bespreking werden de uitslagen naar de hoofden van alle behandelafdelingen gestuurd met het verzoek deze in het werkoverleg te bespreken. Als er aanleiding toe was, attendeerde de commissie via een apart schrijven het diensthoofd op een aspect van zorg dat verbetering behoeft. De diensthoofden zijn verantwoordelijk voor het aanbrengen van verbeteringen en rapporteren aan de commissie welke actie ondernomen is.

De handmatige verwerking van de gegevens en de administratieve handelingen rondom de distributie van de vragenlijsten kostte relatief veel tijd. Daarnaast was de weergave van de resultaten in absolute getallen niet de meest ideale vorm om gegevens te kunnen vergelijken, omdat de groepsgrootte (het aantal respondenten) nogal een wisselde. Deze punten waren dan ook aanleiding om de huidige meetmethode niet alleen op inhoud, maar ook op bruikbaarheid te toetsen.

De combinatie van schriftelijke gesloten vragenlijsten en gestructureerde mondelinge exit-interviews leek voldoende informatie voor concrete verbetermogelijkheden op te leveren. Uit de gesprekken bleek dat de informatie gebruikt werd om een beeld te krijgen van de zorgverlening op dienstniveau. Vooral de informatie die uit de open vragen naar voren komt, fungeerde als aanknopingspunt voor verbetering en soms om de achterliggende oorzaak van een knelpunt in de zorg te herleiden. Het begeleidend schrijven van de Commissie Kwaliteitsbeleid werd ervaren als een sturingselement bij het in gang zetten van verbeteracties en was dan ook de belangrijkste stimulans om tot actie te komen.

Er zijn verschillen in de wijze waarop men omging met de resultaten. Het ene hoofd van dienst sprak de medewerkers direct aan over de verbeterpunten, terwijl een ander de rapportage 'ter inzage' doorgeeft aan de medewerkers. In het laatste geval wordt het dan aan de afdelingshoofden overgelaten dit in een werkoverleg aan de orde te stellen.

Er kon geen conclusie worden getrokken over de mate waarin daadwerkelijk van de verbetermogelijkheden gebruik werd gemaakt. Enkele voorwaarden om verbetering van aspecten van zorg te bewerkstelligen leken wel aanwezig: er is een bestaande overlegstructuur, de verbeterfunctie van het meetinstrument op zich staat niet ter discussie en de organisatieleden lijken het belang van continue evaluatie van de zorgverlening te onderschrijven. Bij herhaalde metingen waren regelmatig verbeteringen zichtbaar (zie ook 8.4.1.).

#### 8.4.4. Validiteit en betrouwbaarheid van het meetinstrument

Er is bij de ontwikkeling van de exit-interviews geen onderzoek gedaan naar de validiteit (meet het instrument wat het beoogt te meten). Aangezien in de loop der jaren van een vrij consistente wijze van beantwoording sprake was, bestaat de indruk dat de betrouwbaarheid acceptabel is. Ook daar is geen expliciet onderzoek naar gedaan. Wel is een indicatie over betrouwbaarheid en validiteit verkregen door de uitkomsten van onderzoek door een externe instantie (de zorgverzekeraar) te vergelijken met de interne resultaten. Deze bleken niet wezenlijk van elkaar te verschillen (Van Harten en Wever 1989).

Een kenmerk van tevredenheidsonderzoek is dat de resultaten vaak een hoge tot zeer hoge tevredenheid laten zien (Visser 1988, Bokma en Kramer 1992). In hoeverre dit met het meetinstrument dat Het Roessingh gebruikte het geval was, is niet onderzocht. De antwoorden werden niet zozeer gebruikt om een algemeen beeld van de tevredenheid van de patiënt te vormen, maar vroegen op specifieke aspecten van zorg naar de ervaring van de patiënt. Bij de presentatie van de resultaten en het gebruik ervan ter verbetering van zorg is juist de ontevredenheid van patiënten aanleiding om verbeteringen aan te brengen. Uit de praktijk bleek dat het instrument voldoende onderscheidend vermogen heeft om kritische punten in de zorg te signaleren: sinds de invoering van het meetinstrument zijn met name klachten over te weinig informatie, de opvang van nieuwe patiënten, dubbelplanning en het niet doorgaan van therapieën aanleiding geweest om deze punten te verbeteren. Ook de mate van nauwkeurigheid is niet expliciet onderzocht. Nauwkeurigheid betekent dat het meetinstrument voldoende gevoelig is om het scala van mogelijke (on)tevredenheidsreacties accuraat te meten (De Vries 1991): van onvoldoende nauwkeurigheid is bijvoorbeeld sprake als de respondent die slechts matig tevreden is door de beperkte antwoordcategorieën toch terecht komt in de categorie 'tevreden', omdat de nuancering niet in een andere categorie geboden wordt.

De mate waarin de tot 1995 gehanteerde exit-interviews aan deze voorwaarden voldoen, is dus ten dele onderzocht. Empirisch leek wel aan de voorwaarden van validiteit, betrouwbaarheid en nauwkeurigheid te worden voldaan, gezien de ervaringen met antwoordpatronen van vele honderden patiënten over tien jaar. Ook het gegeven, dat interview-resultaten lijken te "reageren" op binnen de instelling genomen maatregelen pleit hiervoor.

#### 8.4.5. Beschouwing en conclusies over het tot medio 1995 gehanteerde systeem

Het instrument dat Het Roessingh gebruikte voor het meten van patiëntstisfacatie heeft zich 'incrementeel' ontwikkeld. De doelstelling is niet expliciet geformuleerd maar wordt, ook door de betrokkenen, afgeleid uit de gehanteerde methode en werkwijze. Het systeem kan als volgt omschreven worden:

*Het instrument functioneert als een indicator voor het oordeel over de kwaliteit van zorg van revalidanten, die tot doel heeft aspecten van zorg te toetsen, welke vanuit het perspectief van de instelling van belang zijn voor een goede zorgverlening aan de revalidant en waarbij de resultaten gebruikt worden voor het verbeteren van die aspecten.*

De gehanteerde meetmethode, een combinatie van gesloten vragenlijsten en gestructureerde mondelinge interviews leek voldoende informatie op te leveren om de door de organisatie geformuleerde aspecten van zorg te toetsen en te verbeteren. De bijbehorende overlegstructuur en de aanwezige sturingsinstrumenten leken vooralsnog voldoende stimulans te bieden om van de verbetermogelijkheden gebruik te maken. De wijze van afname onder de groepen waar sprake is van non-respons (doordat respondenten niet tijdig bereikt worden), de arbeidsintensieve handmatige gegevensverwerking en de presentatie kan verbeterd worden.

Er zijn aldus een aantal sterke en zwakke kanten te onderscheiden.

De sterke kanten waren:

- De vragenlijsten leverden zowel kwantitatieve en kwalitatieve gegevens op. Hierdoor werd concrete informatie over het oordeel van kwaliteit van zorg door de patiënten verkregen, die gebruikt kon worden als aanknopingspunt voor verbeteringen.
- De bijbehorende overlegstructuur en sturingsinstrumenten boden voldoende prikkels en waarborgen voor het gebruik van deze verbetermogelijkheden.

De zwakke kanten waren:

- De keuze van de aspecten van zorg die geoperationaliseerd zijn in de vragenlijsten zijn gemaakt door de organisatie. Niet duidelijk is of deze aspecten door de revalidant als belangrijk voor de kwaliteit van zorg werden aangemerkt. Hierdoor is de validiteit van de vragenlijst (meet je wat je wilt meten, namelijk het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van zorg) niet onomstreden.
- De gehanteerde methode vraagt veel tijdsinvestering. Dit komt omdat zoveel mogelijk patiënten ondervraagd werden, in plaats van steekproefs-

gewijs. Tevens ontbrak een invoerprogramma, dat het verzamelen van gegevens en de presentatie van resultaten kon ondersteunen.

De items die in de huidige vragenlijst zijn opgenomen, zijn door de organisatie gekozen als belangrijk voor een goede zorgverlening. De items betroffen voornamelijk aspecten als voorlichting en informatievoorziening voor en tijdens de behandeling. Bij de mondelinge interviews werd ook de communicatie/bejegening van behandelaars betrokken evenals enkele verblijfsaspecten.

Er is echter niet getoetst of het belang van deze aspecten ook door de revalidant onderschreven werd en of er vanuit het perspectief van de revalidant niet meer of andere aspecten van zorg belangrijk zouden zijn. Vergeleken met de tien hoofdaspecten van Parasuraman e.a. ontbraken aspecten als toegankelijkheid, competentie (deskundigheid), bejegening, veiligheid en betrouwbaarheid. Het leek dan ook zinvol om opnieuw te onderzoeken welke andere aspecten vanuit het perspectief van de revalidant opgenomen zouden kunnen worden in de vragenlijsten (elders is namelijk geen instrument aangetroffen dat beter leek te voldoen dan het tot dan toe gebruikte).

## **8.5. Ontwikkeling van een nieuw instrument**

### **8.5.1. Inleiding en opzet van de instrumentontwikkeling**

Uitgaande van de resultaten van literatuurstudie en de evaluatie van het bestaande meetinstrument van Het Roessingh, wordt in dit deel de ontwikkeling van een (verbeterd of) nieuw instrument beschreven.

Het project ter verbetering van de oude meetmethode van Het Roessingh bestond uit de volgende onderdelen:

#### **1. *Onderzoek naar relevante kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van de revalidant.***

De items in de bestaande vragenlijst zijn geformuleerd vanuit het perspectief van de instellingen gebaseerd op onderwerpen waar het management en behandelaars informatie over willen verzamelen. Eerder is vastgesteld dat een toets, teneinde het perspectief van de patiënt te introduceren, nog niet was uitgevoerd. Om het oordeel van de revalidant over de kwaliteit van zorg te meten, is inzicht in de relevante kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de revalidant nodig.

2. *Het operationaliseren van de aspecten en items in een vragenlijst en het uittesten daarvan in een pilotstudy.*

De verzamelde aspecten en items worden vergeleken met de items in de bestaande vragenlijsten. Waar bepaalde aspecten ondervertegenwoordigd zijn of ontbreken, worden nieuwe vragen toegevoegd. Tevens wordt aandacht besteed aan de formulering en de opzet van de vragen. De huidige wijze van verspreiden en afnemen (poliklinische patiënten en ouders van kinderen in revalidatie krijgen een schriftelijke vragenlijst, klinische patiënten wordt een mondeling interview afgenomen) blijft gehandhaafd. Uit de evaluatie zijn geen argumenten naar voren gekomen tegen het wijzigen van dit systeem.

3. *Het samenstellen van een invoer- en presentatieprogramma voor de nieuw ontwikkelde vragenlijsten.*

Onderzocht wordt of met behulp van een spreadsheet en een statistisch programma de invoer- en de presentatie van de resultaten van de metingen vereenvoudigd kunnen worden. Tevens zou dit mogelijkheden kunnen bieden om opvallende resultaten grafisch weer te geven.

4. *Aanbevelingen voor een steekproefmethode voor toekomstige metingen.*

Het belangrijkste doel van een instrument, dat als indicator voor kwaliteit van zorg gebruikt wordt, is dat het informatie oplevert waarmee de instelling vervolgens de kwaliteit kan verbeteren. Bij het vaststellen van de gewenste steekproefomvang zal rekening gehouden moeten worden met praktische haalbaarheid (menskracht, tijd en geld). Evenals met de ervaringen van Het Roessingh met de resultaten en aantallen respondenten in het verleden. De eerder gemelde periodieke rapportage kent ten gevolge van de specifieke kenmerken van de revalidatie al een vrij lage frequentie. Dit dient niet te verslechteren. Bij een indicator voor het toetsen van het oordeel van de patiënt ligt de nadruk op de bruikbaarheid van de informatie die het instrument oplevert en de wijze waarop de kwaliteit daadwerkelijk verbeterd kan worden. Daarom zal moeten worden afgewogen in hoeverre praktische bruikbaarheid en (wetenschappelijke) betrouwbaarheid conflicteren.



## 8.5.2. Kwaliteitsaspecten vanuit het perspectief van de revalidant

### 8.5.2.1. Methode van item-ontwikkeling

Gezien de betrekkelijk geringe discrepantie tussen de items in de bestaande vragenlijst en de in de literatuur geïnventariseerde aspecten, had een kwalitatieve onderzoeksmethode de voorkeur. Om de kwaliteitsitems vanuit het perspectief van de revalidant binnen beperkte tijd en op betrouwbare en valide wijze te achterhalen, is gekozen voor de methode van een "focus group" bijeenkomst. Er is gekozen voor een groep 'deskundigen' die de belangrijkste patiëntengroepen van Het Roessingh vertegenwoordigen. Hierdoor wordt een grote variëteit van gezichtspunten verkregen. Leden van de revalidantenraad (bestaande uit in behandeling zijnde patiënten) en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen in de regio, die de belangen behartigen van patiëntgroepen die regelmatig met revalidatie in aanraking komen, is de vraag gesteld wat, volgens hun ervaring en achterban, belangrijke aspecten en (mogelijke) criteria zijn van goede kwaliteit van zorg. Deze zijn in een groepsbijeenkomst geïnventariseerd en gewaardeerd.

Om tevens inzicht te krijgen in kwaliteitsaspecten voor kinderrevalidatie zijn apart interviews afgenomen met vertegenwoordigers van twee patiëntenverenigingen voor ouders van kinderen met een handicap of beperking (BOSK en Kind en Ziekenhuis).

De voorbereiding en de opzet van de groepsbijeenkomst bestond uit de volgende stappen:

#### *Stap 1: Voorbereiding en eerste (individuele) inventarisatie*

Voorafgaand aan de bijeenkomst ontvingen de deelnemers een uitnodigingsbrief en een vragenlijst met aspecten van kwaliteit van zorg. Als kader is gebruik gemaakt van aspecten van kwaliteit die geselecteerd zijn uit eerder onderzoek (zie ook hoofdstuk zes) en bovendien toepasbaar zijn voor de revalidatie (o.a. Parasuraman c.s. 1985, Bakkenist 1992, Pot c.s. 1994). Zorgspecifieke vragen konden niet in de interviews worden verwerkt, dan zou voor elke diagnosegroep een traject moeten worden doorlopen, zoals in hoofdstuk zes beschreven is. De op de algemene dimensies van Parasuraman c.s. gebaseerde vragen konden wel worden gebruikt (zie bijlage 1 bij hoofdstuk 6). Er bleken acht aspecten onvoldoende in de bestaande vragenlijst verwerkt te zijn. Ze zijn in de vorm van een aantal deelvragen of items schriftelijk voorgelegd aan de groepsdeelnemers. Het betreft:

Bejegening en steun  
Effect van de behandeling  
Deskundigheid en vakbekwaamheid  
Continuïteit  
Informatie en voorlichting  
Toegankelijkheid en bereikbaarheid  
Voorzieningen  
Privacy

De elf deelnemers werd gevraagd de aspecten en items te bekijken en aan te vullen met voor hen relevante items per aspect en de ingevulde lijst een week voor de bijeenkomst terug te sturen. Ook was het mogelijk aanvullende aspecten en bijbehorende items voor te stellen; hier werd geen gebruik van gemaakt. In de aanwijzingen voor het aanvullen van de lijst is heel duidelijk het doel van de bijeenkomst en de opdracht vermeld. Er is nadruk gelegd op het feit dat het niet gaat om de ervaring of tevredenheid met de huidige zorg, maar om de vraag wat men belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit: waaraan moet goede revalidatie volgens de deelnemers voldoen.

De aldus verzamelde aspecten en items zouden vervolgens (eventueel aangevuld in stap 2) tijdens de bijeenkomst ter verificatie en prioriteitsstelling aan de deelnemers voorgelegd gaan worden (stap 3).

#### *Stap 2. Focusgroep-bijeenkomst: tweede inventarisatie*

In totaal elf vertegenwoordigers van zes verschillende patiëntenorganisaties en de revalidantenraad hebben aan de focus group-bijeenkomst deelgenomen.

De bijeenkomst is gestart met groepsgewijze inventarisatie van aspecten en items van patiëntvriendelijkheid, waarbij de deelnemers elkaar door middel van een 'brainstorm' op ideeën kunnen brengen en aanvullen. Dit leverde enkele nieuwe items, maar geen aanvullende aspecten op.

Deze twee stappen resulteerden in acht aspecten en drieënvijftig items (zie bijlage 1).

#### *Stap 3. Focusgroep-bijeenkomst: beoordelen/waarderen van aspecten en items*

Vervolgens werden de verzamelde items als prioriteitenlijst voorgelegd aan iedere deelnemer apart met de vraag de 15 items te selecteren die volgens hen de belangrijkste zijn voor goede revalidatie. Het aantal gekozen items per aspect is allereerst als maat genomen voor de prioriteitsvolgorde van aspecten (zie fig. 8.2.).

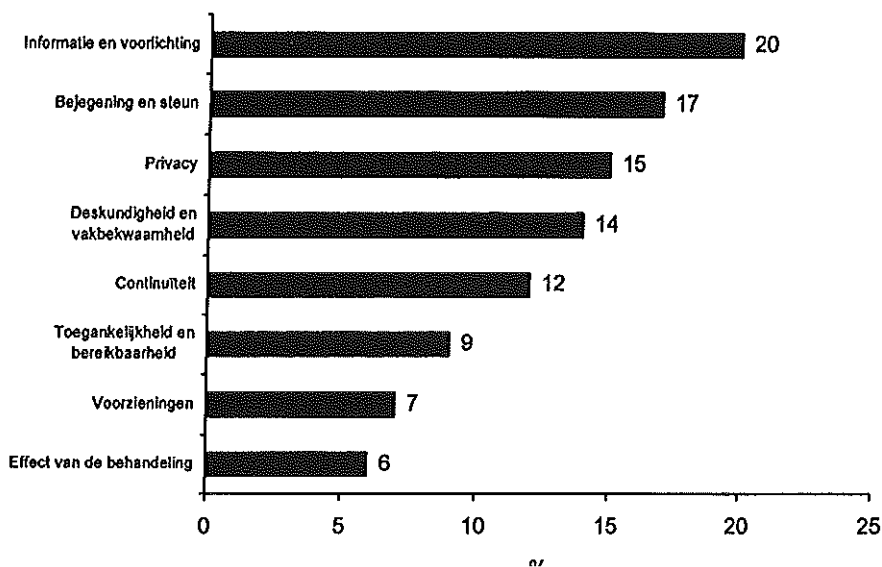
#### *Stap 4. Presentatie en evaluatie van de belangrijkste items*

De items die de meeste punten hebben gekregen en door minimaal drie deelnemers werden gekozen, werden gepresenteerd. Tot slot werd gecontroleerd of dit inderdaad de belangrijkste items zijn: de deelnemers kregen de oorspronkelijke lijst mee naar huis en konden opnieuw hun voorkeuren uitspreken (zie stap 3). Later is nogmaals, telefonisch geverifieerd of de definitief opgestelde lijst aanpassing behoefde; dit vond niemand nodig.

#### **8.5.2.2. Resultaten; weging van aspecten en selectie van items**

De volgens bovengenoemde stappen verkregen relatieve waardering van aspecten, en daarbinnen items, is (ook) in een tabel weergegeven (zie fig. 8.2.). Daarbij is de weging van de aspecten tot stand gekomen aan de hand van het naar verhouding hoogste aantal scores van items. Dit is in percentages van het totaal aantal te scoren punten weergegeven, omdat per aspect een verschillend aantal items gekozen kon worden. Daarbij kan een vertekening optreden wanneer per aspect grote verschillen in het aantal items bestaan. Dit zou hoogstens voor "effect van de behandeling" het geval kunnen zijn; hierbij werd slechts door negen respondenten één item geprioriteerd.

De mate van gewicht van de aangeboden aspecten zoals uit de groepsbijeenkomst naar voren kwam (gewogen percentages) zijn in fig. 8.2. te lezen.



*Figuur 8.2.: Gewogen scores van de in de focus-group bijeenkomst aangeboden 8 aspecten (n° deelnemers = 10)*

De belangrijkste items uit de oorspronkelijke lijst zijn per aspect gekozen:

***Informatie en voorlichting:***

- Vroegtijdig (voor opname/start behandeling) informatie en voorlichting geven over behandeling en verblijf.
- Tijdens de behandeling informatie geven over doel en verloop van de behandeling.
- Gebruik maken van de informatie en ervaringsdeskundigheid die patiënten-organisaties kunnen bieden;

***Bejegening en steun:***

- Een behandelaar die het waarom en wat van de behandeling uitlegt
- Respectvolle omgang met de patiënt en zijn naaste(n)
- Familieleden betrekken bij en op de hoogte houden van behandeling en nazorg

***Privacy:***

- Mogelijkheid om ongestoord tijd met bezoek door te brengen
- Mogelijkheid voor een vertrouwelijk gesprek met behandelaar

*Deskundigheid en vakbekwaamheid:*

- Een behandeling gericht op de specifieke aandoening en behoefte van de individuele patiënt
- Voldoende kennis over verschillende ziektebeelden

*Continuïteit:*

- Goede voorbereiding op ontslag en nazorgmogelijkheden
- Goede overdracht van vaste behandelaar naar vervangende behandelaar
- Behandelaars die goed op de hoogte zijn van gegevens en behandelplan van de patiënt

*Toegankelijkheid en bereikbaarheid:*

- Instelling is goed bereikbaar met openbaar vervoer
- Voldoende parkeergelegenheid

*Voorzieningen:*

- Goede opvang tijdens eerste behandeldag
- Hulp bij aanvraag van en keuzemogelijkheid in de benodigde voorziening of aanpassing.

*Effect van de behandeling:*

- Een behandeling die een positief effect heeft op de aandoening

In de interviews met twee vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen voor ouders van kinderen met een handicap of beperking (BOSK, Kind en Ziekenhuis) zijn aanvullend de volgende, specifiek voor kinderen belangrijke items genoemd:

- Ouders op de hoogte houden en betrekken bij de behandeling van hun kind
- Voldoende overlegmogelijkheden met behandelaars
- Advies en steun krijgen bij de verwerking en het omgaan met de handicap van het kind
- Goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende behandelaars onderling
- Voldoende bezoekmogelijkheden
- Kindvriendelijke inrichting en spelmateriaal

Deze items vallen voornamelijk onder de aspecten bejegening en steun, informatie en voorlichting, en continuïteit en zijn in de vragenlijst voor de kinderrevalidatie bij de betreffende fases en aspecten anders gebracht.

Concluderend kan gesteld worden dat binnen de acht aangereikte aspecten vanuit het perspectief van de patiënt een rangorde aangegeven kan worden. Informatie en voorlichting, bejegening en steun en privacy zijn de drie belangrijkste aspecten. Deskundigheid en vakbekwaamheid, continuïteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn daarna de belangrijkste aspecten, terwijl voorzieningen en het effect van de behandeling het laagst scoorden. Per aspect zijn de

belangrijkste items geselecteerd. Deze kunnen worden vergeleken met de items in de bestaande vragenlijsten. Omdat ook de mogelijkheid is geboden aanvullende items te suggereren en de verkregen informatie met bestaande sets van vragen is vergeleken, lijkt nu een vrij volledig overzicht van mogelijke items te zijn verkregen.

### **8.5.3. De constructie van een nieuwe vragenlijst; de opzet van de steekproefsgewijze afname en een nieuw verwerkingssysteem**

#### **8.5.3.1. Methode van operationalisatie en verwerking in een interviewlijst**

De omschrijvingen van de items en de belangrijkheidsscores van de aspecten vormen de basis voor de waardering van de bestaande vragenlijst en de introductie van nieuwe vragen. De informatie die uit de groepsbijeenkomst naar voren kwam, is vergeleken met de items in de bestaande vragenlijsten van Het Roessingh. Items die ontbraken zijn vervolgens geoperationaliseerd opgenomen in de herziene vragenlijst. Niet alle aspecten en items lenen zich voor operationalisatie in een exit-interview. Aspecten als fysieke toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn eenvoudiger te toetsen door middel van observatie. Het item 'goede nazorgmogelijkheden' is niet geoperationaliseerd, omdat revalidanten op het tijdstip waarop zij de vragenlijst invullen nog geen ervaring kunnen hebben met de nazorg in de periode na ontslag. Als alle aspecten volledig in items omschreven zouden worden, zouden de vragenlijsten erg lang worden. Er is daarom gekozen voor een operationalisatie van de aspecten die een hoge belangrijkheidsscore hadden.

De items zijn tevens geselecteerd naar de mate waarin ze informatie bieden waarmee de organisatie vervolgens verbeteringen kan aanbrengen. Tevens is per patiëntgroep (Dagbehandeling volwassenen, Kliniek volwassenen, Dagbehandeling kinderen, Kliniek kinderen) aan de hand van de basisvragen een zodanige vragenlijst gemaakt, dat deze nauw aansluit bij de aspecten en het verloop van zorgverlening van deze groepen. De vragen dienen eenduidig te zijn en zo concreet mogelijk. De items zijn dan ook gegroepeerd in zes onderdelen van het zorgverleningsproces, waardoor zo goed mogelijk is aangesloten bij de beleving van het zorgproces door de revalidant.

#### **8.5.3.2. De inhoud van de vragenlijsten**

De zes onderdelen waaruit de vragenlijsten bestaat, zijn achtereenvolgens

A-vragen:	Algemene Informatie
B-vragen:	Voorlichting en informatie vóór behandeling/opname
C-vragen:	Ontvangst en start van de behandeling
D-vragen:	Informatie tijdens de behandeling
E-vragen:	Ervaringen met therapieën en behandelaars
F-vragen:	Omgang met patiënten en voorzieningen

De volgende aspecten zijn geoperationaliseerd in items:

ASPECT	ITEMS
1. Informatie en voorlichting	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Informatie over revalidatie door verwijzer</li> <li>b. Informatie en uitleg over behandeling door revalidatie-arts</li> <li>c. Informatieboekje</li> <li>d. Wegwijs maken in instelling</li> <li>e. Informatie aan revalidant over patiëntbespreking (tijdstip, inhoud bespreking, wijzigingen in behandeling)</li> <li>f. Uitleg over doel van therapieën</li> </ul>
2. Bejegening en steun	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mogelijkheid voor het stellen van vragen aan behandelaars</li> <li>b. Mate waarin rekening wordt gehouden met wensen en behoeften van revalidant</li> <li>c. Tevredenheid over contact met revalidatie-arts en verpleegkundigen</li> <li>d. Peilen van behoefte aan contact met patiëntenorganisaties (lotgenotencontact/ervaringsdeskundigen)</li> <li>e. Ervaren respect medewerkers</li> <li>f. Ervaren steun en begrip tijdens revalidatieperiode</li> <li>g. Mate waarin de revalidant eigen mening en vragen over behandeling naar voren kan brengen</li> </ul>
3. Privacy	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mate waarin rekening gehouden wordt met privacy van revalidant</li> <li>b. Mogelijkheden om ongestoord bezoek te ontvangen</li> <li>c. Ervaren rust op kamer om te slapen en rusten</li> </ul>
4. Deskundigheid en vakbekwaamheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Waardering voor gevolgde therapieën</li> </ul>
5. Continuïteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mate waarin behandelaars geïnformeerd zijn over behandelplan en persoonlijke gegevens van revalidant</li> <li>b. Tijdsduur tussen aanmelding en eerste oproep voor therapie</li> <li>b. Therapieverzuim</li> <li>c. Wachttijden voor therapieën</li> <li>d. Wisseling van behandelaars</li> </ul>
6. Toegankelijkheid en bereikbaarheid	geen vragen opgenomen (kan getoetst worden door observatie)
7. Voorzieningen	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hulp bij aanvragen van aanpassingen</li> <li>b. Opvang/ontvangst eerste behandeldag/opnamedag</li> <li>c. Kwaliteit van maaltijden/koffie en thee</li> <li>d. Inrichting wachtruimte bij therapieën/patiëntenkamers</li> </ul>
8. Effect van de behandeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mate waarin de behandeling een positief effect heeft op functioneren</li> </ul>

Aan de vragenlijsten die ontwikkeld zijn voor ouders van kinderen in revalidatie (RDB-kinderen en kinderkliniek) zijn een aantal specifieke items toegevoegd:



- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ervaren advies en steun bij het omgaan met de handicap van het kind</li> <li>b. Mate waarin ouder(s) betrokken worden bij de behandeling van het kind</li> <li>c. Overleg over behandeling van het kind tussen behandelaars en met onderwijscentrum</li> <li>d. Kindvriendelijkheid van de wacht- en behandelruimten</li> <li>e. Mogelijkheden voor ontspanning en spel op de afdeling</li> </ul> |
|---|

De bestaande vragenlijsten waren merendeels uit gesloten vragen opgebouwd. Het kenmerk van gesloten vragen is dat een beperkte rij antwoordmogelijkheden aan de respondent wordt aangeboden. Tevens waren een aantal open vragen opgenomen, waarin respondenten in eigen woorden weergaven hoe ze de verschillende aspecten van zorgverlening hebben ervaren of wat ze gemist hebben. De antwoorden op de open vragen leverden het management en de behandelaars bruikbare informatie op over oorzaken en achtergronden van eventuele ontevredenheid. Deze opbouw, bestaande uit gesloten vragen en enkele open vragen is gehandhaafd bij de herziene vragenlijsten.

De antwoordcategorieën van de gesloten vragen zijn uitgebreid van drie (goed/voldoende/onvoldoende) naar vier (goed/voldoende/matig/onvoldoende, soms aangevuld met "niet-geen mening") antwoordmogelijkheden. Deze schaal biedt de respondent voldoende mogelijkheid om nuancering in de antwoorden aan te kunnen geven (Swanborn 1991).

### 8.5.3.3. Pilotstudy

De herziene vragenlijsten zijn getest in een pilotstudy onder 17 respondenten van de verschillende patiëntgroepen (5 RDB-volwassenen, 5 Kliniek-volwassenen, 5 ouders van kinderen in RDB en 2 ouders van kinderen die opgenomen waren in de kinderkliniek).

Het testen had als doel een antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- a. Zijn de vragen begrijpelijk en eenduidig te beantwoorden?
- b. Is de lay-out van de lijst voldoende duidelijk?  
Worden er geen vragen overgeslagen? Bieden de open vragen voldoende ruimte voor antwoord?
- c. Is de vragenlijst niet te lang? Wat is de benodigde tijdsduur om de vragenlijst in te vullen c.q. mondeling af te nemen.

Uit de pilotstudy bleek dat niet alle vragen op alle patiënten van toepassing zijn (bijvoorbeeld: de vraag of men voldoende geholpen is bij het aanvragen van aanpassingen). De antwoordcategorieën van deze vragen zijn uitgebreid met de categorie 'niet van toepassing'. Eén vraag is uit de lijst verwijderd, namelijk de vraag of patiënten de indruk hadden dat behandelaars voldoende betrouwbaar

met persoonlijke gegevens omgaan. Respondenten gaven aan, deze vraag niet te kunnen beantwoorden.

Schriftelijke afname van de vragenlijst bleek gemiddeld tien minuten te vragen; mondeling gemiddeld een half uur. De vragenlijsten voor volwassen revalidanten zijn ter goedkeuring voorgelegd aan de leden van de Revalidantenraad. De vragenlijsten voor de kinderen van de kinderkliniek zijn beoordeeld door de vertegenwoordigers van de BOSK en Kind en Ziekenhuis. Beide zijn zonder wijzigingen goedgekeurd.

#### **8.5.3.4. Het invoer- en presentatieprogramma**

De resultaten van de vragenlijsten waren tot op heden handmatig verzameld en berekend. Dit kostte veel tijd en de kans op foute berekeningen was aanwezig. Ook de presentatie van de resultaten in absolute aantallen kon verbeterd worden: bij grotere aantallen is het zinvol percentages te gebruiken. Dit vereenvoudigt de interpretatie van de resultaten en biedt tevens de mogelijkheid om uitslagen van verschillende metingen te vergelijken (Bradford 1997, Swanborn 1991).

Om de verwerking van de gegevens en de presentatie van de resultaten te vergemakkelijken is met behulp van een statistisch programma een invoerprogramma samengesteld. Hiervoor is gekozen omdat dan de transformatie van data naar een rekenprogramma eenvoudiger is dan met een spreadsheet-programma. Tevens biedt het programma de mogelijkheid om direct vanuit het databestand de resultaten in grafieken weer te geven.

Het invoerprogramma bestaat uit een data-verzamelingsprogramma, waar de antwoorden van de respondenten direct ingevoerd kunnen worden. Met een rekenprogramma kunnen vervolgens de ruwe gegevens bewerkt worden tot frequentieverdelingen.

In dit type onderzoek, waarbij de resultaten van de patiëntenraadpleging een indicator zijn voor de kwaliteit van zorg, is het belangrijk dat de informatie in praktijk toegankelijk en bruikbaar is. Er is in deze eerste opzet dan ook gekozen voor het presenteren van frequentieverdelingen (absolute aantallen en percentages) per vraag. Het management en de behandelaars van de instelling kunnen zich daarmee een goed beeld vormen van de mate van tevredenheid versus ontevredenheid. Tevens is daardoor een vergelijking van meerdere metingen in de tijd mogelijk (bijvoorbeeld voor en na verbeteracties). Dit laatste biedt informatie over de mate waarin verbeteracties daadwerkelijk effect sorteren op het kwaliteitsoordeel van de revalidant. Opvallend positieve of negatieve resultaten kunnen vervolgens gevisualiseerd worden in grafieken. Evenals bij de

oude methodiek worden de gegevens per half jaar of bij het bereiken van voldoende aantallen respondenten aan het management gepresenteerd. De resultaten van de open vragen worden eveneens gepresenteerd, omdat ze management en behandelaars extra kwalitatieve informatie bieden over oorzaken en achtergronden van ontevredenheid.

#### 8.5.3.5. Aanbevelingen voor een steekproefmethode voor toekomstige metingen

Over het algemeen moet een steekproef niet te klein zijn vanwege de grotere onnauwkeurigheidsmarges. De steekproef dient dan ook niet kleiner te zijn dan 30 eenheden (Bartelds et al. 1978)

De praktijk en de beschikbare onderzoeksmiddelen (tijd, menskracht, geld) voor het verrichten van onderzoek op instellingsniveau laten meestal niet toe dat een volledig wetenschappelijk verantwoorde steekproefmethode gehanteerd kan worden. Argumenten daarvoor zijn:

1. Het doel van kwaliteitsonderzoek is niet primair het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Het ontwikkelde instrument is bedoeld als interne kwaliteitsindicator. Dit stelt praktische eisen aan de haalbaarheid van het gebruik en de toepassing van het instrument. Concessies aan de eisen van wetenschappelijkheid zijn daardoor inherent aan dit type praktijkonderzoek (Harteloh en Casparie 1994).
2. Bij een instrument voor het meten van het oordeel van patiënten over de behandeling met als doel de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren, gaat het om een indicatie. De 'hardheid' en betrouwbaarheid van de gegevens is relatief minder belangrijk en moet afgezet worden tegen de wijze waarop een organisatie de resultaten gebruikt.
3. Niet alle revalidanten die theoretisch in aanmerking komen voor afname van de vragenlijst zijn in praktijk te bereiken (non-respons):
  - a. revalidanten die voor kortdurende behandeling komen, alleen voor screening komen, met vervroegd ontslag gaan of slechts één of twee therapieën volgen, zijn moeilijk te bereiken voor afname van de vragenlijst. Tevens hebben ze zo weinig ervaring met het zorgverleningsproces, dat zij het grootste deel van de vragen niet zullen kunnen beantwoorden.
  - b. Een mondeling interview met klinische revalidanten die door hun handicap of stoornis moeilijk kunnen communiceren (bijvoorbeeld patiënten die te maken hebben met de gevolgen van een CVA of lijden aan cognitieve of geheugenstoornissen) is nauwelijks mogelijk. Over-

wogen kan worden of een interview met een naast familielid of verzorger een geschikt alternatief is.

4. Uit de ervaringen met het afnemen van de vragenlijsten in Het Roessingh in de afgelopen jaren blijkt dat boven een bepaald aantal (100) respondenten de resultaten (dus de verhouding tussen ontevredenheid en tevredenheid per vraag) niet sterk meer veranderen: meer revalidanten ondervragen leidt dan niet tot andere uitkomsten.
5. Van sommige patiëntencategorieën zijn de aantallen gering of is de doorstroming laag (bijvoorbeeld klinische kinderrevalidatie). Ook dan is de keuze voor een praktisch haalbaar aantal noodzakelijk om minimaal eens per jaar feedback gegevens te kunnen genereren.

Op basis van deze overwegingen en de ervaringen met de resultaten van patiëntenraadpleging in Het Roessingh tot nu toe, zijn de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. De respondenten uit de revalidatie dagbehandeling die een vragenlijst krijgen voorgelegd, dienen a-select getrokken te worden. Voor de RDB-patiënten kan dit aan de hand van de opnamelijsten, waarbij rekening gehouden wordt met de duur van de behandeling en het tijdstip van afname van de vragenlijsten (6 à 8 weken na de start van de behandeling).
2. Van de klinische patiënten (inclusief kinderkliniek) zal via de patiëntenbesprekingen aan de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris doorgegeven worden, welke patiënten in de eindfase van hun revalidatiebehandeling zijn.
3. Er moet uitgegaan worden van een minimum aantal respondenten per groep. De aantallen zijn mede gebaseerd op de bereikte respons van de patiëntengroepen van de afgelopen twee jaar.

In totaal wordt hiermee  $\pm$  20% van de totale patiëntenpopulatie bereikt.

Streefcijfers voor een minimum aantal respondenten per patiëntengroep (zie tabel 8.2.):

**Tabel 8.2.: Streefgetallen steekproefomvang exit interviews**

patiëntengroep:	minimum streefcijfer respons (aantallen)
Kliniek volwassenen	100
RDB volwassenen	
individueel:	100
groepsprogramma's:	
ruggroepen:	30
longgroep:	30
whiplash:	30
pijngroep:	30
Kliniek kinderen	allen, minimaal 1 x per jaar
RDB-kinderen	50

#### 8.5.4.6. De eerste ervaringen met het herziene systeem van exit-interviews

Na ruim 1 jaar gebruik van de herziene vragenlijst voor de exit-interviews is een indruk te geven van de ervaringen.

Allereerst is de vragenlijst inhoudelijk verbeterd; met name de, op basis van de inbreng van patiëntenzijde en ouders, aangepaste vragen over de informatievoorziening gedurende de verschillende behandelphasen leveren een duidelijker beeld op. Mogelijke aanknopingspunten voor verbetering zijn wat betreft aard, inhoud en moment van optreden tijdens de behandeling beter in beeld te krijgen. Ook de uitbreiding van de antwoordcategorieën (vijfpuntsschaal) geeft de respondenten de gelegenheid genuanceerder te antwoorden. Dit blijkt vooral bij de vragen, die betrekking hebben op ervaringen met therapieën en contacten met behandelaars. Dit geeft aanleiding te veronderstellen dat - mede dankzij de gevolgde methode - de validiteit verbeterd is. Over de betrouwbaarheid op langere termijn is nog weinig te zeggen; er is overigens geen reden daaraan te twifelen. Er is nog geen statistisch onderzoek naar de mate van interne consistentie van de verschillende gedeelten gedaan. Het blijkt dat de hoeveelheid antwoorden op de open vragen niet is afgenomen. De respons is onveranderd ( $\pm 85\%$ ).

De lay-out wordt door revalidanten als toegankelijker ervaren - er worden door de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris nauwelijks fout ingevulde lijsten meer aangetroffen.

Mede ter vergelijking van de eerder weergegeven voorbeelden van de oude vragenlijsten (8.4.6.) volgen nu als voorbeeld enkele resultaten van de herziene

exit-interviews van de revalidatie dagbehandeling voor volwassenen. Het betreft 100 respondenten in de periode april 1995 - januari 1996.

**D. Vragen over de informatie tijdens de behandeling**

D1. Vindt u dat de revalidatiearts u voldoende uitleg gegeven heeft over uw behandeling (indien longrevalidatie: longarts)?

- 21% goed
- 41% voldoende
- 12% matig
- 4% onvoldoende

D2. Is er voldoende rekening gehouden met uw wensen en behoeften tijdens uw behandeling?

- 48% goed
- 42% voldoende
- 5% matig
- 5% onvoldoende

D3. Had u voldoende mogelijkheden om met uw vragen terecht te kunnen bij:

	goed	voldoende	matig	onvoldoende
a. de arts?	63%	30%	8%	4%
b. de therapeuten?	79%	17%	3%	0%

D4. Werd u vooraf op de hoogte gebracht van de patiëntenbespreking, waarin u en uw behandeling besproken zullen worden?

- 75% ja
- 25% nee

D4. Indien ja: Werd er vóór een patiëntenbespreking gevraagd naar uw mening of vragen die volgens u besproken zouden moeten worden?

- 47% ja
- 18% niet altijd
- 21% nooit

D5. Bent u achteraf op de hoogte gebracht over wat er in de patiëntenbespreking over u en uw behandeling is afgesproken?

- 61% ja
- 18% niet altijd
- 21% nooit

**E. Vragen over uw ervaringen met therapieën en behandelaars**

E1. Bent u tevreden over het contact dat u had met uw revalidatiearts (indien longrevalidatie: longarts)?

30% zeer tevreden

57% tevreden

10% niet geheel tevreden

0% ontevreden

E1a. Indien niet geheel tevreden of ontevreden, kunt u aangeven wat hiervan de oorzaak is?

.....  
 .....

E2 Kruis in deze kolom de therapieën aan die u gevolgd heeft	E3 Uw waardering voor de gevolgde therapieën?				E4 Is u genoeg uitlag gegeven over het doel van de therapie?			
	goed	voldoende	matig	onvoldoende	goed	voldoende	matig	onvoldoende
96% Fysiotherapie	78%	15%	4%	0%	79%	14%	2%	1%
63% Ergotherapie	44%	14%	5%	0%	49%	9%	1%	4%
5% Groepstherapie	4%	1%	0%	0%	3%	1%	0%	1%
24% Ontspanningstherapie	17%	3%	4%	0%	7%	5%	2%	0%
25% Sportconditie	19%	5%	1%	0%	20%	4%	0%	1%
23% Sport	14%	8%	1%	0%	15%	3%	1%	4%
66% Zwemmen	46%	13%	5%	2%	62%	7%	4%	3%
21% Arbeidsexploratie	12%	5%	2%	2%	15%	4%	0%	2%
11% Logopedie	9%	2%	0%	0%	9%	2%	0%	0%
38% Maatschappelijk werk	29%	5%	4%	0%	31%	5%	1%	1%
13% Activiteitentherapie	6%	3%	1%	3%	6%	2%	3%	2%
23% Psycholoog	16%	4%	3%	0%	16%	6%	0%	1%

De geautomatiseerde verwerking van de overzichtelijker en duidelijker gerubriceerde vragenlijsten heeft geleid tot een reductie van de "invoertijd" per lijst met de helft: van 20 naar 10 minuten. De destijds handmatige totalisering nam per 50 respondenten zo'n 8 uur in beslag; hoewel dat nu bij de informatie afdeling ligt en tot 5 uur teruggebracht is, wordt bij een grotere routine een verdere reductie verwacht. Vanwege de beperkte tijdsduur is nog geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid ontwikkelingen in de tijd zichtbaar te maken.

Bij besprekingen met het managementteam blijkt dat het werken met vier- of vijfpuntsschalen een reëler beeld oplevert. Het geeft tevens concretere aanknopingspunten voor het aanbrengen van verbetering.

Er is sprake van een verbeterd systeem van exit-interviews, dat het patiëntenperspectief nadrukkelijk meeneemt. Tegelijk blijkt de hiermee samenhangende werklust voor de betrokken medewerker sterk verminderd, waarbij wel enkele uren naar de afdeling informatievoorziening zijn verschoven. Per saldo zijn echter door de organisatie geen extra uren ingezet en kan betrokken medewerker ingeschakeld worden bij andersoortige activiteiten (zoals cliëntenraad en voorlichting in het kader van behandelprogramma's).

## 8.6. Slotbeschouwing en conclusies

In het kwaliteitssysteem zijn exit-interviews als een vorm van resultaatmeting te beschouwen. Tevredenheid van de patiënt is een waarde op zich. Zolang de exacte relatie tussen de (veranderingen in) inhoudelijke of professionele kwaliteit van zorg en de mate van tevredenheid niet is aangetoond, is van een uitkomstindicator sprake.

Exit-interviews zijn tevens bruikbaar om voor management en professionals relevante informatie over organisatorische en coördinatie aspecten van het behandelproces te genereren. Hoewel bij Het Roessingh reeds een tiental jaren ervaring bestond met exit-interviews, heeft deze case-study opgeleverd dat verbeteringen van de inhoud, de lay-out, de geautomatiseerde verwerking en de presentatie aan de organisatie mogelijk waren.

Voor de aansluiting op de markt is vooral de verbetering van het patiëntenperspectief in exit-interviews belangrijk.

De literatuurstudie en de discussiebijeenkomst met vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen hebben tot een set van aspecten en items geleid, die voor een belangrijk deel als vragen in de exit-interviews zijn meegenomen. Naast de, vanuit organisatie oogpunt relevante indicatoren, mag daarom nu worden aangenomen dat hiermee in de exit-interviews het concept "tevredenheid" dichter wordt benaderd dan voorheen. Dé facto is echter de relatie tussen (verandering in) kwaliteit van zorg en (de mate van) tevredenheid daarover, nog niet aangetoond.

Recent hebben Wensing e.a. (1997) aangetoond dat bij enquêtes onder patiënten matig betrouwbare (geaggregeerde) resultaten worden gegenereerd als per aspect (zie 8.3.2.) 30 patiënten en 3 vragen worden gehanteerd. De betrouwbaarheid bleek vooral toe te nemen bij grotere aantallen patiënten,



bijvoorbeeld 60 of 90 per steekproef. Het aantal van 30 patiënten per steekproef moet dus als ondergrens beschouwd worden.

Voor het ontwerpen van vragenlijsten voor exit-interviews dient dus met de volgende aspecten rekening gehouden te worden:

- de relevante aspecten en items, geoperationaliseerd en getoetst aan het oordeel van de betreffende cliëntengroeperingen. De uiteindelijke selectie vindt mede plaats aan de hand van praktische en organisatorische argumenten.
- de voor de organisatie relevante en te toetsen onderdelen van het voortbrengingsproces.
- de wijze van omgang met de gegevens in het kader van het (te ontwikkelen) kwaliteitssysteem. Het zijn indicatoren voor de uitkomst vanuit patiëntenperspectief, waarbij feedback binnen de organisatie via de hiërarchische weg aanbevelenswaardig is. Dit zal veelal van locale, organisatorische omstandigheden afhangen.

De kosten van het werken met exit-interviews staan in hoofdstuk elf beschreven. Een uitspraak over de meerwaarde van de vernieuwde aanpak in kostenbaten-termen is moeilijk te doen. Verbeteringen ten opzichte van de oude aanpak zijn te beargumenteren maar moeilijk te expliciteren in concrete getallen; vooral op langere termijn dienen de resultaten in de vorm van continue en verbeterde aansluiting op de markt zichtbaar te worden. Een alternatief zou een vergelijking met de nul-optie zijn: het niet hanteren van een dergelijk systeem. De incrementele invoering en toepassing in de voorgaande jaren toont aan dat, althans in de beleving van de organisatie, ook tijdens bezuinigingsronden, de kwaliteitskosten van de nul-optie als te hoog werden ingeschat. Wellicht zou als alternatief het structureel werken met een gebruikers-panel of cliëntenraad onderzocht kunnen worden, omdat dat ten aanzien van het routinematig interviewen efficiënter zou kunnen zijn. In 8.3. is reeds aangegeven wat de mogelijke nadelen op langere termijn van deze aanpak zijn. Bovendien is het zeer de vraag of dezelfde opbrengst aan suggesties voor kwaliteitsverbetering te genereren is.

Over het verschil met markt- of behoefte-onderzoek onder diensten is reeds in hoofdstuk zes gesproken. Markt- of behoefte-onderzoek ten behoeve van nieuwe behandelvormen is daarbij duidelijk te onderscheiden, omdat slechts een beperkt aantal patiënten ervaring heeft. Daar waar dezelfde kwaliteitsbelevingstheorieën gebruikt worden én de belangrijkste partij, de patiënt, pas betrokken kan worden als hij/zij een reële verwachting kan formuleren, is het

verschil met satisfactie-onderzoek of exit-interviews soms klein. Dat geldt niet voor de zorgspecifieke onderdelen van behoefte-onderzoek onder patiënten. Daarvoor dient per diagnosegroep/behandelvorm een toegepaste vragenlijst ontwikkeld te worden. Behoeftte-onderzoek is op dit punt diepgaander en veel arbeidsintensiever.

Wanneer bij de zorgaanbieder sterk de indruk bestaat dat een bepaald zorgaanbod niet meer aansluit op de behoefte van de cliënt of verwijzer en de resultaten van exit-interviews onvoldoende aanknopingspunten bieden, kan besloten worden volgens de beschreven methodiek marktonderzoek te doen.

Bij marktanalyse is de (potentiële) patiënt één van de te benaderen partijen, dat is een belangrijk verschil met de beschreven systematiek van exit-interviews. Hoewel, ook bij verwijzers is natuurlijk door middel van exit-interviews na te gaan welke mate van tevredenheid bestaat en dit is als feedback materiaal te gebruiken. Uiteindelijk blijkt bij onderzoek onder verwijzers dus vooral de diffusiefase van de betreffende zorgtechnologie de (accent)verschillen tussen behoefte-onderzoek en exit-interviews te bepalen.

## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 8

- Bakkenist Management Consultants, Landelijk Patiënten/Consumenten Platform; Werken aan patiëntvriendelijkheid van algemene ziekenhuizen. 1992.
- Bartelds J.F., Kluiters H., Smeden K.G. van; Enquête adviesboek. Groningen, Wolters Noordhof, 1978.
- Batalden P.B., Stolz P.K.; A framework for the continual improvement of health care. *J. Quality Improvement* 1993; 19: 424-425.
- Bendtsen P., Bjurulf P.; Perceived needs and patient satisfaction in relation to care provided in individuals with rheumatoid arthritis. *Quality Assurance in Health Care* 1993; 3: 243-253.
- Bokma J., Kramer A.; Patiëntenraadpleging als management instrument. NZI-uitgave Utrecht, 1992.
- Bradford H.M.I. A; A short textbook of Medical statistics. London 1977.
- Buxton M.J.; Achievements of audit in the NHS. *Quality in Health Care* 1994; 3 suppl: S31-S34.
- Campen C. van, Sixma H., Friele R.D., Kerssens J.J., Peters L.; Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 1995; 52; 1: 109-133.
- Deming W.E.; *Out of the Crisis*. Cambridge Massach. Cambridge Univ. Press, 1982.
- Donabedian A.; Quality assessment and assurance, unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988; 25: 173-192.
- Donabedian A.; The Role of outcomes in Quality Assessment and assurance *Quality Review Bulletin* 1992; 24: 356-360.
- Donker M.; *Principles en praktijk van programma-evaluatie*. Proefschrift, Utrecht 1989.
- Driessen S., Casparie A.F., Bos G.A.M. van der; *Uitkomst indicatoren voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de zorg voor chronisch zieken*. Den Haag, N.W.O. 1994.
- Dubbelboer J.S., Timmer-van Rijnsoever J.S.M.; *Inventarisatie kwaliteitsbevordering ziekenhuizen*. Utrecht NZI, 1992.
- Fitzpatrick R.; Surveys of Patient Satisfaction I.: Important general considerations. *Brit. Med. J.* 1991; 302: 887-889.
- Fitzpatrick R.; Surveys of Patient Satisfaction II: Designing a questionnaire and conducting a survey. *Brit. Med. J.* 1991; 302: 1129-1132.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F.; *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Harteloh P.P.M., Sprij B., Casparie A.F.; Patiëntstatisfactie en kwaliteit, een problematische relatie. *Maandbl. Geestel. Volksgez.* 1992; 2: 157-165.
- Harten W.H. van, Wever D.; *Vergelijking van intern en extern kwaliteitsonderzoek*. *Medisch Contact* 1989; 44: 1417-1420.

- Kerssens J.J., Jakobs C., Sixma H., Campen C. van; Wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om fysiotherapeutische zorg. *Ned Tijdsch Fysioth.* 1995; 6: 168-173.
- Kip J.A.M.; Kwaliteitsdoelstellingen bewaken met prestatie indicatoren. In: *Kwaliteitsmanagement in beeld.* Deventer, Kluwer, 1993.
- Kistemaker J.W.G., Visser A.Ph.; Betekenis van tevredenheid van patiënten voor kwaliteit van zorg. *Tijdsch. Soc. Gezondheidsz.* 1995; 73: 214-223.
- Klein Buller M., Buller D.; Physicians communications style and patient satisfaction. *J. Health and Soc. Behaviour* 1987; 28: 345-388.
- Linder Pelz, S.; Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 1982; 16: 577-582.
- Nederlands Normalisatie Instituut; NEN-ISO-9004.2 Nederlandse norm: Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem 1992.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L.; A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49: 41-50.
- Post M.W.M. e.a.; Kwaliteit van de zorgverlening: Het patiëntenperspectief. *Kwaliteit en Zorg*; 1993: 1: 50-58.
- Pot J. c.s.; *Comprehensive Need Assessment.* Enschede, Roessingh Research and Development, 1995.
- Pound P., Gompertz P., Ebrahim S.; Patient satisfaction with stroke services. *Clinical Rehabilitation* 1994; 8: 47: 500-505.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage, 1990.
- Rees Lewis J.; Patient interviews on quality care in general practice: Literature Review. *Soc. Sci. Med.* 1994; 39; 5: 655-670.
- Robinson M.B.; Evaluation of audit. *J. Epid. Comm. Health* 1994; 48: 435-440.
- Swanborn P.G.; *Basisboek Sociaal Onderzoek.* Meppel/Amsterdam, Uitg. Boom, 1991.
- Verbeek G.; Wat zeggen onze cliënten?: gebruikersraadpleging als middel voor kwaliteitsbevordering in thuiszorg instellingen. NIZW Utrecht, 1993.
- Visser A.Ph.; *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten.* Lochem, De Tijdstroom, 1988.
- Vries H.H. de; *Patiënttevredenheid en kwaliteitszorg in het Nederlandse ziekenhuis.* SWOKA Leiden 1991.
- Vries J. de; *Kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief.* Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie. Utrecht 1995.
- Waal M.A.E. van der, Lako C.J., Casparie A.F.; *Voorkeuren voor aspecten van zorg met betrekking tot kwaliteit.* Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam 1993.
- Wensing M., Grol R., Montfort P. van, Smits A.; Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness. *Quality in Health Care*, 1996; 5: 73-80.

Wensing M., Veluten C. van de, Grol R., Felling A.; The reliability of patients judgements of care in general practice: how many questions and patients are needed? *Quality in Health Care* 1997; 6: 80-85.

Williams B.; Patient Satisfaction, a valid concept? *Soc. Sci. Med.* 1994; 38: 509-516.

## BIJLAGE 1: INVENTARISATIE VAN ASPECTEN EN ITEMS TIJDENS DE GROEPSBIJeenKOMST

### A. Toegankelijkheid en bereikbaarheid van de instelling

1. De instelling is goed bereikbaar met openbaar vervoer.
2. Voldoende parkeergelegenheid, ook in de avonden.
3. Afspraken kunnen snel en gemakkelijk gemaakt worden.
4. Een goede telefonische bereikbaarheid, ook tijdens avonden.

### B. Informatie en voorlichting

1. Vroegtijdig (tijdens ziekenhuisopname) voorlichting geven aan en contact opnemen met patiënt.
2. Informatie over het doel, de mogelijkheden en het verloop van de behandeling.
3. Gebruik maken van de informatie en ervaringsdeskundigheid van patiëntenorganisaties.
4. Een rookbeleid op de afdelingen en naleving van de regels.
5. Duidelijke bewegwijzering naar therapieruimten e.d.
6. Mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening en de (mogelijke) gevolgen.
7. Informatie over bezoektijden en regels.
8. Familieleden informeren over aandoening en gevolgen van de ziekte/ongeval.
9. Informatie bij ontslag over nazorgmogelijkheden en opvang.
10. Informatie in begrijpelijke taal, niet te veel medische vaktermen.
11. Patiënt kan meebeslissen over het behandelplan.

### C. Bejegening en steun

1. Een behandelaar die uitlegt wat en waarom hij of zij iets doet.
2. Respectvolle omgang met de patiënt en zijn naasten.
3. Partner/familie betrekken bij en op de hoogte houden van behandeling en nazorg.
4. Stimuleren en steun geven aan de patiënt.
5. Aandacht voor persoonlijke omstandigheden van de (bijv. alleenstaande) patiënt en de veranderde leefomstandigheden van patiënt en familie.
6. Rekening houden met de ziekte-specifieke kenmerken van de patiënt (bijv. moeheid, wisselend ziektebeeld, vergeetachtigheid, spraakstoornissen).
7. Goed contact onderhouden met partner/familie van de patiënt.
8. Begrip voor de problemen van de patiënt.

### D. Deskundigheid en vakbekwaamheid

1. Zorgvuldige diagnosestelling en behandeling, die regelmatig kunnen worden bijgesteld.
2. Behandelaren die op de hoogte zijn van de nieuwste medische ontwikkelingen.
3. Voldoende kennis over verschillende ziektebeelden bij verpleegkundig personeel.
4. Aandacht voor psycho-sociale begeleiding door psycholoog en maatschappelijk werk.
5. Een behandeling gericht op de specifieke behoefte en aandoening van de individuele patiënt.

### E. Effect van de behandeling

1. Een behandeling die een positief effect heeft op de aandoening.
2. Een behandeling die de klachten en pijn ten gevolge van de aandoening doet verminderen.

### F. Continuïteit van zorg

1. Behandelaren die goed op de hoogte zijn van gegevens en behandelplan van de patiënt.
2. Tijdige vervanging bij ziekte van de behandelaar.
3. Goede coördinatie tussen vaste behandelaar en vervangende behandelaar.
4. Goede voorbereiding op ontslag en nazorgmogelijkheden.
5. Nazorgdienst om na ontslag de patiënt te begeleiden.
6. Een goede informatie-overdracht naar thuiszorg en huisarts voor en na de revalidatiebehandeling.

7. Opname en behandeling afstemmen met eerdere behandelaars in bijv. ziekenhuis of verpleeghuis.
8. Een vaste contactpersoon die de patiënt begeleidt.
9. Geen lange wachttijden voor opname of therapie.

#### **G. Privacy**

1. Discreet omgaan met vertrouwelijke informatie.
2. Goede mogelijkheid voor een vertrouwelijk gesprek met een zorgverlener.
3. Geen zaken horen die over andere patiënten gaan.
4. Een aparte ruimte voor privé-gesprekken voor patiënt met partner, familie, huisarts, notaris.
5. Een ruimte waar een patiënt zich met partner kan terugtrekken ("knuffelruimte").
6. Privacy in de toilet- en wasruimten.

#### **H. Voorzieningen**

1. Goede opvang bij de eerste behandeldag.
2. Prettige bediening tijdens de maaltijden.
3. Hygiënische en aangepaste toiletten.
4. Ruimte op de kamers voor een tafeltje voor bloemen, brief schrijven e.d.
5. Een afgesloten telefoonruimte.
6. Keuzemogelijkheid in de benodigde voorziening (bijv. rolstoel).
7. Ontspanningsactiviteiten waarbij familie/vrienden uitgenodigd kunnen worden.
8. Mogelijkheid om in een "overgangswoning" de mate van zelfstandigheid en het gebruik van aanpassingen te ervaren.





## 9. METING VAN HET ZORG-RESULTAAT: DE FUNCTIONELE GEZONDHEIDSTOESTAND

### 9.1. Zorgresultaat als uitkomst-indicator voor de kwaliteit van zorg

In hoofdstuk 8.2 zijn de algemene aspecten beschreven van resultaatmeting in het kader van een kwaliteitssysteem. De onduidelijkheid over de exacte relatie tussen (wisseling in) de vormgeving van de behandeling en het resultaat, is een essentieel punt. Daarom kan voorlopig beter van uitkomstindicator gesproken worden. In een kwaliteitssysteem fungeert de uitkomstindicator veelal als aanleiding voor nader onderzoek of een kritische beschouwing van het zorgproces. Continue verbetering op onderdelen of van het geheel is daarbij het doel. Op de opinie van de patiënt als uitkomstindicator is in het hoofdstuk over de exit-interviews ingegaan.

De organisatie is echter evenzeer geïnteresseerd in de effectiviteit van de behandeling: wat is de patiënt of patiëntengroep nu met de behandeling opgeschoten, gerelateerd aan het doel ervan? Het gaat hierbij vooral om de effectiviteit in medisch-technische zin; hoe dit precies bereikt wordt, is ondergeschikt aan de vraag óf er effect bereikt wordt.

De laatste fase van het NEN-ISO bedrijfsketenmodel kan zo in twee onderdelen onderscheiden worden: een meer subjectieve, uitgaande van de opinie van de cliënt; en een meer objectieve, aan het medisch-technisch karakter van de behandeling gerelateerd.

In hoofdstuk acht is tevens beargumenteerd dat in de revalidatie vooral de (verandering van) functionele gezondheidstoestand als indicator voor de effectiviteit van de behandeling zou kunnen fungeren. In de ziekenhuissector wordt minder met direct aan het effect van de behandeling gerelateerde indicatoren gewerkt; veeleer worden daar negatieve signalen als indicator gebruikt, bijvoorbeeld "adverse patient outcomes" als aantallen infecties, heropnames en sterfgevallen. Resultaatmeting in het kader van kwaliteitszorg en medisch-wetenschappelijk effectiviteitsonderzoek liggen in de revalidatie dus dicht bij elkaar. Met effectmeting is in de revalidatie weinig ervaring opgedaan; er is zelden een norm voor het te behalen resultaat beschikbaar. De noodzaak uitkomstindicatoren te genereren én het besef dat de resultaatmeting voorlopig slechts een indicatie voor het effect van de behandeling oplevert, leiden tot de conclusie dat zeer genuanceerd met de gegenereerde gegevens om moet worden gegaan.

Resultaatmeting kan plaatsvinden op micro-niveau: de individuele behandeling, en op meso-niveau: het behandelprogramma. De individuele behandelaar houdt

impliciet bepaalde criteria aan voor het beoordelen van de voortgang en het resultaat van de behandeling. Resultaatmeting op individueel niveau maakt dit expliciet, maar het is de vraag of dit als een toegevoegde waarde ervaren zal worden. Resultaatmeting op programma- of doelgroepniveau moet feedback informatie opleveren voor de vormgeving van het behandelproces. In het kwaliteitssysteem ligt het accent meer op procesverbetering op doelgroepniveau, maar uit een nadere inventarisatie moet blijken in hoeverre beide doelstellingen met elkaar verenigbaar zijn en of ze in dezelfde mate nagestreefd moeten worden.

De resultaatmeting is een inhoudelijke uitwerking van een onderdeel van het kwaliteitssysteem als management technologie. Gezien de noodzaak van acceptatie van eventuele resultaten door de betrokken professionals is het onvermijdelijk dat inhoudelijk op de mogelijk toe te passen instrumenten wordt ingegaan. De ontwikkeling en toepassing van resultaatmeetinstrumenten in de revalidatie staat nog in de kinderschoenen. Door Driessen e.a. (1994) is vastgesteld dat weliswaar een aantal instrumenten voorhanden is, doch dat de toepassing in het kader van kwaliteitszorg weinig beschreven is. Ook is hun bevinding dat de zorgdoelen in de zorg voor chronisch zieken zelden expliciet beschreven zijn. Dat betekent dat in dit stadium van kennisopbouw steeds weer gezocht moet worden naar het, voor een bepaalde behandelvorm, relevante meetinstrument. In het kader van constructieve technology assessment is het relevant ook het zoekproces en de daaraan te ontleen keuzecriteria te beschrijven, omdat ook andere instellingen en zorgverleners voor dat soort vragen komen te staan.

Het onderzoek (CTA) naar de wijze van vormgeving- en de waarde van deze vorm van resultaatmeting in het kader van een kwaliteitssysteem is in drie stappen uitgevoerd: allereerst een literatuuronderzoek, vervolgens de ontwikkeling van een referentiekader en tenslotte een pilot met resultaatmeting.

#### 1. Literatuuronderzoek.

Welke instrumenten staan voor meting van zorgresultaat in de revalidatie ter beschikking? Is op grond van de inventarisatie van kenmerken en randvoorwaarden in de literatuur een kader te scheppen voor het doen van een keuze? (9.2.)

#### 2. Ontwikkeling van een referentiekader voor het doen van keuzes door het revalidatiecentrum.

Dit gebeurde door middel van een Delphi-onderzoek onder een aantal deskundigen en betrokkenen. Tevens diende onderzocht te worden hoe

relevant dit referentiekader is in het licht van de ervaring die reeds in de instelling opgedaan is en van de visie op de meest gewenste ontwikkelingsrichting van de behandelaars. Hiertoe heeft een schriftelijke enquête, aangevuld met mondelinge interviews, binnen de instelling plaatsgevonden. Dit had tevens tot doel een optimaal draagvlak voor deze activiteiten te creëren (9.3.).

### 3. Pilot met programma-evaluatie.

Op basis van de inventarisatie van mogelijke meetinstrumenten, het ontwikkelde referentiekader en het onderzoek onder de medewerkers, wordt een keuze gedaan voor een pilot met resultaatmeting. Daarbij is gekozen voor een sterk gestandaardiseerde behandelvorm van beperkte duur, teneinde in deze oriënterende fase eventuele manco's in de gevolgde methode snel op het spoor te komen. Bovendien was de verwachting dat het draagvlak voor deze ontwikkeling in het kader van kwaliteitszorg waarschijnlijk bevorderd zou worden indien resultaten en eerste ervaringen met de feedback van deze gegevens snel beschikbaar zouden komen. In 9.4. wordt nader op de opzet van de metingen en de methode van gegevensverzameling ingegaan. Ook worden in dit deel de reacties van behandelaars en de impact van de feed-back gegevens beschreven.

Tenslotte zal in 9.5. een uitspraak gedaan worden over de waarde van dit onderdeel van het kwaliteitssysteem. Ook eventuele aanbevelingen voor andere instellingen en voor verdere ontwikkeling zullen daaraan worden toegevoegd.

## 9.2. Resultaatmeting in de revalidatie, een inventarisatie

In de afgelopen jaren zijn er diverse overzichtsstudies gepubliceerd over beschikbare meetinstrumenten en vragenlijsten ten behoeve van resultaatmeting in de revalidatie en de zorg voor chronisch zieken (Fuhrer 1987, McDowell en Newell 1987, Konijn 1992, König-Zahn c.s. 1993, Harwood c.s. 1994 en Biefang en Potthoff 1995). Wanneer de instrumenten worden weggelaten, die specifiek diagnostisch, op een beperkt aantal items of deelconcepten van het begrip gezondheid (somatisch, psychisch, sociaal) gericht zijn, blijft nog steeds een ruime keuze uit een aantal algemene, meerschalgige vragenlijsten over. De verschillende instrumenten kennen alle hun sterke en zwakke kanten. Bovendien wordt met enige regelmaat de ontwikkeling van nieuwe meerschalen gemeld; voorbeelden van de laatste zijn het "Revalidatie Activiteiten Profiel", de "EuroQuol-vragenlijst" en de "London handicap scale" (Van Bennekom en Jelles 1994, EuroQuolgroup 1994, Harwood e.a. 1994). Het gewenste gebruik van

een dergelijke meetschaal voor resultaatmeting in het kader van een kwaliteits-systeem plaatst een instelling dus voor een keuzeprobleem.

De kenmerken van de voor die keuze beschikbare instrumenten en de uit de literatuur te destilleren keuzecriteria worden in dit gedeelte behandeld. In de regel gaat het hierbij om vragenlijsten, die door onderzoeker en/of patiënt ingevuld worden. De doelstellingen van bestaande vragenlijsten kunnen in drie hoofdcategorieën onderscheiden worden (Konijn 1992).

1. Vragenlijsten, die het functioneren van het individu meten met het doel predictieve uitspraken te doen.
2. Vragenlijsten, bedoeld als evaluatie-instrument. Welk effect heeft een bepaalde therapie gehad?
3. Vragenlijsten die het functioneren van een individu op een bepaald moment beschrijven. Deze dienen vaak als (diagnostisch) uitgangspunt voor een behandeling.

Voor de vragenlijsten, vallend onder de tweede hoofdcategorie, zullen voor kwaliteitszorg toegepast worden.

König-Zahn c.s. (1993) geven een andere ordening van vragenlijsten op basis van enerzijds de categorieën somatisch, geestelijk, sociaal en algemeen en anderzijds de specificiteit. Met dat laatste wordt de conceptuele nauwkeurigheid bedoeld (te onderscheiden van de meettechnische nauwkeurigheid). Op deze wijze ontstaat een indelingsschema met in principe twintig cellen waarvan er in dat onderzoek acht leeg blijven. Zie daarvoor schema 9.1. met bijbehorende toelichting.

**Schema 9.1.:** *Indelingsraster voor vragenlijsten t.b.v. gezondheidsmeting. Bron: König-Zahn e.a. (1993)*

specificiteit / dimensie	SOMATISCH	PSYCHISCH	SOCIAAL	ALGEMEEN
1 één item	-	PSY1	-	ALG1
2 "thermometers"	SOM2	PSY2	-	-
3 specifiek eenschalg	SOM3	PSY3	SOC3	-
4 specifiek meerschalg	SOM4	PSY4	SOC4	ALG4
5 diagnostiek	-	PSY5	-	-

Korte toelichting van de gebruikte termen:

- **Categorie 1: één item;** Deze categorie omvat enkelvoudige vragen. Van een vragenlijst is dus eigenlijk geen sprake. Een voorbeeld: Hoe gaat het met uw gezondheid?
- **Categorie 2: "thermometer";** Aan vragenlijsten die in deze categorie ingedeeld worden ligt een duidelijk concept ten grondslag. Net als bij een thermometer geven ze bij een verhoging aan dat er iets aan de hand is, maar ze geven niet aan wat dat precies is.
- **Categorie 3: specifiek eenschalig;** Deze categorie wordt gevormd door vragenlijsten, welke duidelijk op één deelconcept van een gezondheidsdimensie gebaseerd zijn (voorbeeld: conditietest, ADL-lijst).
- **Categorie 4: specifiek meerschallig;** Hier gaat het om vragenlijsten, waarbij expliciet diverse deelconcepten aan een gezondheidsdimensie onderscheiden en geoperationaliseerd worden (voorbeeld: Functional Independence Measure (FIM), Arthritis Impact Measure Scales (AIMS) etc.).
- **Categorie 5: specifiek diagnostisch;** Deze categorie is voornamelijk op de psychische dimensie ontwikkeld. Hierbij worden niet alleen veel deelconcepten binnen een gezondheidsdimensie onderscheiden, maar wordt ook binnen het deelconcept verdere differentiatie aangebracht. Er bestaat een enorm scala aan psychologische meetinstrumenten.

Het eerder aangehaalde overzichtsonderzoek van Driessen c.s. (1995) geven aan dat, vanwege gebrek aan inzicht in de relatie tussen de uitkomstmaat en de geleverde kwaliteit van zorg, beter van uitkomstindicatoren gesproken kan worden. In de gezondheidszorg worden voor acute zorgverlening aspecten als overleving en klinische parameters genoemd. Voor meer chronische aandoeningen onder andere lichamelijke klachten, functionele gezondheid, psychosociaal welbevinden en zorg-afhankelijkheid. Voor invaliderende aandoeningen wordt met name functionele gezondheid als relevante indicator aangegeven. In eerste instantie gaat dus de voorkeur uit naar meer dimensionale, algemene vragenlijsten (cf. Alg.4).

Functionele beperkingen worden vooral in ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen) en mobiliteit gemeten; dit zijn echter slechts twee dimensies van het menselijk functioneren. In het kader van de holistische aanpak van de revalidatie zijn echter ook lichamelijke klachten (pijn) en psychosociaal welbevinden belangrijk; eventuele meetinstrumenten zullen hieraan tegemoet dienen te komen (Van den Bos 1991).

In diverse landen (USA, Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Nederland) zijn nationale programma's of zogeheten "clearing houses" opgezet voor onderzoek en ontwikkeling van de toepassing van uitkomstindicatoren in de gezondheidszorg. Men richt zich daarbij vooral op instrumenten welke geschikt zijn in het kader van effectiviteitsstudies en het nastreven van "evidence based medicine". Toepassing in kwaliteitssystemen en de daarbij behorende specificaties komt nauwelijks aan de orde. Bovendien vertonen de gezondheidszorgsystemen in

diverse landen ten aanzien van de vormgeving van revalidatiezorg grote verschillen (Duda e.a. 1995). Dit betekent dat een "clearing house" in het buitenland niet automatisch met voor Nederland relevante gegevens hoeft te komen.

In Europa bestaan in het kader van diverse, door de Europese Unie gesteunde, projecten een aantal samenwerkingsverbanden rond het thema kwaliteitszorg. Eén daarvan is de European Research Group on Health Outcome Measures (ERGHO). Dit samenwerkingsverband beveelt in het kader van onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid van zorginterventies, een combinatie van een generiek en een ziektespecifiek meetinstrument aan (ERGHO 1996). Revalidatie is door geen van deze samenwerkingsverbanden als thema onderzocht.

In een door de vakgroep Psychologie van de Universiteit Twente gezamenlijk met het revalidatiecentrum uitgevoerde studie zijn 36 verschillende vragenlijsten getraceerd die voldoen aan het criterium algemeen, meerschallig; deze beschrijving komt overeen met een instrument dat de gezondheidsgerelateerde functionele toestand meet (Kuiper 1994). In de literatuur zijn ook aanknopingspunten te vinden voor selectiecriteria. Deze criteria hebben te maken met de specifieke kenmerken van de revalidatie; moet er op groeps- of individueel niveau gewerkt worden; de vraag of een generiek of ziekte-specifiek instrument gekozen moet worden; de consequenties van de inpassing in een kwaliteitssysteem; tenslotte de invloed van eisen aan betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit van het te kiezen meetinstrument.

In de revalidatie gaat het om het behandelen of voorkomen van de gevolgen van ziekte, ongeval of aangeboren afwijkingen, welke een volwaardig sociaal maatschappelijk functioneren in de weg kunnen staan. Daarvoor is het door de WHO ontwikkelde model van Impairment-Disability-Handicap van belang (ICIDH); meer en meer worden registratie en classificatie systemen hierop geënt. Meetschalen, gericht op resultaat en/of voortgangsmeting zijn echter nog slechts zelden op de ICIDH-classificatie gebaseerd. Bij de beschrijving van de ontwikkeling van een referentiekader zal hierop teruggekomen worden.

Idealiter zou het meetinstrument een zo objectief mogelijk beeld dienen te geven van de aan gezondheid gerelateerde functionele status. Aangezien de functionele status beperkingen en handicaps in kaart brengt, gaat het in zekere zin om gedragsbeoordeling. De Bruin (1996) constateert dat er geen a-priori en rechtstreeks uit de bio-fysiologische toestand af te leiden "noodzakelijk" patroon van gedragsveranderingen bekend is. Het uiteindelijke oordeel over de functionele status wordt bepaald door de interactie van verwachtingen en interpretaties van alle betrokkenen (patiënt, behandelaars en sociale omgeving).

Dit betekent dat functionele status geen absoluut maar een onderhandelbaar begrip is en minder objectief dan wel eens verondersteld wordt.

Een klassiek voorbeeld is dat van twee patiënten met eenzelfde type onderbeensamputatie. Degene die met de prothese in staat is zich in en om het huis te bewegen zal zeer gunstig oordelen over zijn functionele status, wanneer dat voorheen ook zijn normale loopafstand was. Iemand die vroeger flinke wandelingen maakte, zal aan de nieuwe situatie eerder een ongunstige beoordeling verbinden. Ook in de observaties van anderen kunnen dit soort verschillen optreden.

Dit heeft gevolgen voor de eerder vastgestelde noodzaak bij resultaatmeting zoveel mogelijk vooraf geformuleerde streefwaarden te hanteren. Op individueel niveau is dat wellicht nog mogelijk, op groepsniveau zal dat zeer moeilijk zijn. Streefwaarden of gouden standaarden ontbreken veelal en het is ook de vraag of ze ooit ontwikkeld kunnen worden. Vooral nog zal dus volstaan moeten worden met de mate van verandering in functionele gezondheidstoestand. Bij progressieve aandoeningen is het resultaat dan een zo gering mogelijke verslechtering.

Voor gebruik in een kwaliteitssysteem zijn nog andere aspecten van belang. Allereerst de vraag of het instrument op individueel- of groepsniveau gebruikt kan worden. In het eerder aangehaalde literatuuroverzicht van Driessen e.a. (1992) wordt gesteld dat de meeste indicatoren voor beide gebruikt kunnen worden. Met dit gegeven dient echter kritisch te worden omgegaan; met name de schaaldeling (ordinaal, interval, nominaal) en eventuele subaddities kunnen grote en soms onacceptabele invloed op gemiddelden en vergelijkbaarheid hebben. Theoretisch kan frequente voortgangsmeting op individueel niveau tot bijsturing van langerdurende behandeling leiden; het in het kwaliteitssysteem te hanteren instrument fungeert dan eveneens op microniveau. In een editorial over relevante ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg, stellen Angell en Kassirer (1996) dat niet verwacht hoeft te worden dat voor dat niveau instrumenten ontwikkeld worden, die voldoende betrouwbaar en sensitief zijn. Uit de inventarisatie onder de medewerkers moet blijken of zij daarvoor in de praktijk überhaupt toepassingsmogelijkheden zien. Bovendien zijn er vele ziekte- en persoonsgebonden factoren die het effect van de behandeling kunnen beïnvloeden, zodat slechts aggregatie op groepsniveau tot enigszins betrouwbare uitspraken over aspecten van het behandelprogramma zal leiden (Donabedian 1992, Driessen e.a. 1994). Aggregatie geeft zowel voor behandelbaar als management stuurinformatie op het niveau van het behandelprogramma.

Vervolgens is ook het element "generiek" of "ziektespecifiek" van belang. Generiek zijn instrumenten die algemeen toepasbaar zijn, ziektespecifiek de voor een bepaald ziektebeeld ontwikkelde instrumenten (bijvoorbeeld specifieke schalen voor reuma of CARA patiënten). Dit laatste aspect is eveneens relevant voor de keuze in het kader van een (bedrijfsmatig) kwaliteitssysteem. Het lijkt op voorhand welhaast ondoenlijk systematisch voor elke patiëntencategorie of behandelvorm een specifieke resultaatmeting te hanteren. Hanteerbaarheid, interpretatie en geautomatiseerde toepassing komen dan mogelijk (c.q. waarschijnlijk) in de knel. Bij een inventarisatie zal daar dan ook rekening mee gehouden dienen te worden. In eerste instantie zal dus naar generieke instrumenten gezocht gaan worden.

Keuzecriteria voor de toepassing in een kwaliteitssysteem moeten verder worden ontwikkeld. Dit gaat onder andere met behulp van het Delphi-onderzoek dat in 9.4. beschreven wordt. Ook Long e.a. (1993) en Ross Davies (1994) schrijven, dat de doelstelling van de toepassing en de mate van detail bij elkaar dienen te passen. Een instrument dat voldoende diagnostisch vermogen heeft voor een bepaalde behandelvorm, kan door zijn detailniveau ongeschikt zijn voor het genereren van management informatie. Door te focussen op een generiek instrument, gericht op het behandelprogramma-niveau, kan de individuele professional zich, door gebrek aan detail, minder aangesproken voelen.

Natuurlijk zijn de aspecten betrouwbaarheid, validiteit, en vooral responsiviteit van belang; evenals de mogelijkheid een bepaalde waarde aan de uitkomst te hechten: zijn er referenties of normwaarden uit de gezonde populatie bekend? Bij validiteit gaat het om de vraag of het meetinstrument adequaat weergeeft wat zij van het beoogde kenmerk of theoretisch begrip beoogt te meten. Betrouwbaarheid geeft de mate van reproduceerbaarheid aan; dit geldt voor test-hertest situaties bij de zelfde patiënt of populatie; voor de interne consistentie en de interbeoordelaars-betrouwbaarheid. Responsiviteit betreft de mate waarin het instrument daadwerkelijk in staat is optredende veranderingen te meten. Reeds eerder is geconstateerd dat normwaarden zelden beschikbaar zijn. Met eventuele resultaten zal in de presentatie aan- en discussies met professionals dus zeer genuanceerd moeten worden omgegaan.

Voor de keuze van een instrument voor resultaatmeting voor de revalidatiezorg, gaat in eerste instantie de voorkeur uit naar een generiek instrument voor de meting van functionaliteit, psychosociale aspecten en welbevinden, dat betrouwbaar, valide en gevoelig voor verandering is. De mate van detail en de mogelijkheid van aggregatie en presentatie van gegevens op groepsniveau -



zeker in het licht van systematische kwaliteitszorg - zijn tevens van belang. Of en op welke wijze daarnaast een rol voor ziektespecifieke instrumenten is weggelegd, dient uit nader onderzoek te blijken. Uit praktische overwegingen zal ook naar de doelmatigheid van het gebruik gekeken moeten worden: leidt het hanteren van een bepaalde schaal of vragenlijst tot grote tijdsinvestering of administratieve rompslomp?

Geconcludeerd mag worden, dat op voorhand uit een enorme hoeveelheid vragenlijsten en meetinstrumenten, op theoretische gronden een selectie gemaakt kan worden van een aantal valide en betrouwbare, meerdimensionale algemene vragenlijsten. De uiteindelijke keuze voor een bepaald instrument zal daarnaast op grond van een aantal inhoudelijke en management afwegingen gedaan dienen te worden. De ontwikkeling van externe (meer algemeen geldende) en interne criteria (meer instellingsspecifieke) zullen in 9.3. worden beschreven.

### **9.3. Ontwikkeling van algemene en instellingsspecifieke keuzecriteria**

#### **9.3.1. Ontwikkeling algemene keuzecriteria**

Alvorens een bepaald instrument als vorm van resultaatmeting kan worden uitgetoetst zal - gezien het grote aantal beschikbare instrumenten - een keuze moeten worden gemaakt. Deze zal dienen plaats te vinden op basis van een aantal geformuleerde criteria.

Aangezien dit referentiekader zowel extern (in de revalidatiesector) als binnen de instelling ontbreekt, dient dit eerst ontwikkeld te worden. In 9.3.1. wordt het overwegend externe referentiekader behandeld, in 9.3.2. de interne afwegingen en in 9.3.3. de conclusies ten aanzien van het referentiekader en een voorlopige instrumentkeuze.

Het oorspronkelijk geformuleerde doel is het genereren van informatie over de uitkomst van de behandeling op individueel niveau. Deze informatie moet geschikt zijn om te aggregeren op groepsniveau en bedoeld voor verbetering van behandelprogramma's en om extern verantwoording af te leggen.

Op basis van het in 9.2. beschrevene kunnen reeds een aantal keuzecriteria worden geformuleerd:

- generiek meerschallig meetinstrument.
- valide, betrouwbaar en responsief.
- bij voorkeur aansluitend bij ICDH (Stoornis, Bepanking, Handicap) systeem.
- bruikbaar op individueel en groepsniveau.

Naast deze criteria is het mogelijk dat nog aanvullende en voor de revalidatie relevante criteria van belang zijn; deze zullen geïnventariseerd moeten worden. Vervolgens is een oordeel over het relatieve belang van de diverse criteria noodzakelijk.

Aangezien in de literatuur weinig of geen informatie te vinden was over criteria waaraan vragenlijsten in de revalidatie dienen te voldoen, is besloten tot een (beperkt) Delphi onderzoek. Deze methode wordt gebruikt om tot consensus over een bepaald onderwerp te komen. Beperkt omdat, zoals eerder aangegeven, op het moment van onderzoek slechts weinigen binnen de revalidatiesector als ervaren c.q. deskundig op dit specifieke terrein bekend stonden. Dat was ook de reden om niet te kiezen voor een breed opgezette enquête onder bijvoorbeeld revalidatieartsen.

Voor de deelname aan het Delphi-onderzoek zijn deskundigen benaderd waarvan verwacht mag worden dat zij affiniteit met het onderwerp hebben. Ten aanzien van het aantal deelnemers wordt in de literatuur gesteld, dat dat er minimaal zeven moeten zijn (Linstone 1985). In het algemeen zijn niet meer dan drie rondes noodzakelijk en kan eerder gestopt worden als er een grote mate van consensus blijkt. Deelnemers krijgen enkele malen een vragenlijst voorgelegd; per ronde wordt vervolgens in de door anderen (anoniem) aangegeven antwoorden inzicht verschaft, waardoor grondige bezinning op het eerder gegeven eigen antwoord mogelijk is.

Voor de selectie van de deelnemers is uitgegaan van één of meer van de volgende criteria: relevante deskundigheid, algemene interesse in het onderzoeksgebied, affiniteit met de instelling en interesse in het eindresultaat van het onderzoek. Tevens is gestreefd naar een heterogene samenstelling qua disciplines vanwege de multidisciplinariteit van de revalidatiezorg. Op basis van literatuur en persoonlijke contacten zijn vervolgens acht deskundigen benaderd welke allen hebben deelgenomen. Er is in de eerste ronde met open vragen gewerkt. Er werd gevraagd criteria te benoemen betreffende de inhoud, de psychometrische eigenschappen en de praktische toepasbaarheid. Daarnaast werden vragen gesteld over de aggregatie naar groepsniveau, het generiek gebruik en eventueel geschikt geachte vragenlijsten. Op een schaal van 1 t/m 5 kon een (toenemend) gewicht aan elk criterium worden toegekend om het relatieve belang van de diverse criteria zichtbaar te kunnen maken. Daarnaast is in de tweede ronde om aanvullende criteria gevraagd.

Reeds na één ronde bleek een grote mate van overeenstemming tussen de respondenten; daarom werd besloten het onderzoek tot twee rondes te beperken. Bij de eerste ronde waren er acht deskundigen, bij de tweede zes; één viel

er uit wegens ziekte, een ander vond het gepresenteerde na de eerste ronde niet duidelijk genoeg en zag van verdere deelname af. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de voor inpassing in een kwaliteitssysteem initieel opgestelde criteria. Vervolgens is nagegaan wat in de literatuur over de waarde van de genoemde criteria te vinden was, en zijn waar mogelijk criteria samengevoegd.

De volgende criteria zijn gekozen waarbij de volgorde een afnemend gewicht aangeeft.

#### Inhoud.

1. Gericht op beperkingen en handicapniveau; de vragen zullen gericht moeten zijn op zelfredzaamheid, functionaliteit (essentiële huishoudelijke taken en sociaal maatschappelijke activiteiten), communicatie en neuropsychologische functies.
2. Problemerkvaring en prioriteiten van de patiënt, door de patiënt aan te geven.
3. Zoveel mogelijk registratie van feitelijk functioneren; niet dat wat mogelijk geacht wordt.

#### Psychometrie.

1. Betrouwbaar.
2. Valide.
3. Sensitief voor verschillen tussen individuen en groepen én voor intrapersonlijke veranderingen (responsiviteit). Het detail-niveau moet op de grootte van te verwachten effecten aansluiten.
4. Niet te gevoelig voor sociale wenselijkheid.
5. Niet te breed.

#### Praktische toepasbaarheid.

1. Duidelijke instructies en, indien mogelijk, een praktisch voorbeeld.
2. Mogelijkheid van automatische verwerking en grafische weergave.
3. De vragenlijst moet bij voorkeur door de patiënt zelf, of zijn familie, ingevuld kunnen worden. Dit betekent: eenvoudig in te vullen, begrijpelijk en eenduidig.
4. Invultijd tussen de 10 en 20 minuten.

#### Beleidsmatige/Strategische criteria.

1. Het meetinstrument moet door alle of zoveel mogelijk patiënten gebruikt kunnen worden (generiek).
2. Aggregatie naar groepsniveau moet mogelijk zijn.

Naast de laatstgenoemde beleidsmatige/strategische criteria werden vanuit managementoptiek voor Het Roessingh twee belangrijke aanvullende criteria geformuleerd.

1. De meerdere inspanning aan registratie en administratie moet opwegen tegen de winst aan sturingsmogelijkheden en het uiteindelijke effect op de behandeling.
2. Er moet gestreefd worden naar internationale aansluiting; bij voorkeur keuze van een elders voldoende getest instrument.

Eerder is gewezen op het bestaan van vele vragenlijsten (Kuiper 1994). Het eerste overzicht van de op basis van het selectie criterium algemeen, meerdimensionaal in aanmerking komende lijsten, bevatte er 36; en inmiddels zijn er zeker enkele bijgekomen (voorbeeld: het eerder genoemde EuroQol).

Het is de vraag of op basis van de combinatie van bovengenoemde criteria een keuze kan worden gedaan. Vooral de wens een generiek instrument te hebben dat sensitief genoeg is voor alle relevante klinische veranderingen, én binnen beperkte tijd kan worden ingevuld, lijkt een moeilijke combinatie van eisen.

Alvorens een keuze voor een bepaald instrument gedaan kan worden, zijn nog twee aspecten van belang. Allereerst is het voor een succesvolle toepassing van belang om na te streven dat het instrument zoveel mogelijk aansluit bij de eventueel bestaande praktijk en opgebouwde ervaring in het revalidatiecentrum. Ten tweede is voor het draagvlak bij de invoering van programma-evaluatie als onderdeel van het kwaliteitssysteem nodig om te weten welke doelstellingen de medewerkers, aansluitend aan - of ter verbetering van de bestaande praktijk, gerealiseerd willen zien. Op deze wijze wordt gezocht naar aanvullende criteria, gericht op praktische toepasbaarheid en gewenste ontwikkelingsrichting door middel van nader onderzoek onder de behandelaars.

### 9.3.2. Inventarisatie resultaatmeting onder medewerkers

In het voorgaande is een algemeen kader beschreven van waaruit de revalidatieinstelling een keuze voor een bepaald instrument voor resultaatmeting kan doen. Zoals eerder opgemerkt kan de wijze van gebruik wisselen en is het vraag of de medewerkers aan de hand van ervaringen in de dagelijkse praktijk dezelfde keuzes zouden doen. Het gaat daarbij niet om een kritische toetsing van de via het literatuur- en Delphi-onderzoek opgestelde criteria, maar om te onderzoeken hoe in de praktijk reeds met (vormen van) resultaatmeting wordt omgegaan en welke gebruikswijze en ontwikkelingsrichting door de medewer-

kers voorgestaan wordt. De instellingskeuze dient mede in het licht van deze ervaringen en het eventuele draagvlak gedaan te worden.

Door middel van een enquête is in algemene zin het gebruik van resultaatmeetinstrumenten binnen het revalidatiecentrum geïnventariseerd. Hierbij werd verondersteld dat de op instellingsniveau in aanmerking komende algemene meerdimensionale instrumenten nog niet breed toegepast werden. Tevens dat het zeer wel mogelijk zou kunnen zijn dat - bij het tot dan toe ontbreken van een instellingsbeleid - een aantal professionals reeds voor zich zelf tot het gebruik van resultaatmeetinstrumenten was overgegaan.

Voor een dergelijke inventarisatie bestaan geen standaard vragenlijsten zodat mede aan de hand van de ervaringen met het Delphi-onderzoek, zelf een vragenlijst is opgesteld (zie bijlage 2).

De vragenlijst is toegezonden aan een aantal revalidatieartsen, alle hoofden van therapeutische diensten en een beperkt aantal (7) behandelaars, verantwoordelijk voor bepaalde programma-onderdelen. Voorbeelden van de laatste zijn de arbeidsexploratie en de psychologische inbreng bij de whiplash behandeling. Vooraf is telefonisch geverifieerd of toezending van de vragenlijst relevant leek en is uitleg over het doel gegeven. Verzocht werd deze lijst in te vullen voorafgaand aan een gesprek, waarin de diverse antwoorden zijn doorgenomen. Ook de research afdeling is in de inventarisatie betrokken. De voorlopige resultaten en aanbevelingen zijn in een discussiebijeenkomst aan de medewerkers gepresenteerd; op basis hiervan zijn beperkte aanpassingen gepleegd.

Bij de diverse professionele diensten kon een grote variatie in het gebruik van meetinstrumenten worden vastgesteld. Afdelingen die geen enkele vorm van resultaatmeting via score-systemen toepassen (adaptatietechniek, arbeidsexploratie) verklaarden dit bijvoorbeeld uit de aard van de werkzaamheden of het beoogde resultaat. Een technische aanpassing van een communicatievoorziening of vervoermiddel lukt wel of niet en hierbij is vooral het oordeel van de patiënt relevant. Bij de arbeidsexploratie is het resultaat volledige of gedeeltelijke werkhervatting, aangepast werk, een scholingstraject of de constatering dat geen van deze varianten mogelijk is. Registratie daarvan is mogelijk (en kan fungeren als afdelingsuitkomstindicator) maar wordt niet onder de hier bedoelde scoresystemen gerekend. Een psychologische dienst beschikt over zoveel metingen, dat men desgevraagd geen categorisering kon geven; ook niet naar de mate waarin een test strikt diagnostisch of ook als indicator voor voortgang werd gebruikt. Ook blijkt in éénderde van de gevallen van zelf-ontworpen

meetinstrumenten gebruik te worden gemaakt; bij de afdeling ergotherapie geldt dit met name.

Geïnventariseerd werd het gebruik van zeventig instrumenten. In totaal twaalf daarvan zijn gericht op het meten van functionele status en handicap-beleving (zie fig. 9.2.).

afdeling/behandelprogramma	meetinstrument	oorsprong	literatuur score
Ergotherapie (volwassenen)	weekvragenlijst	e.o.	
	activiteiten/hobby/huishoudenlijst	e.o.	
	ADL (observatie) lijst	e.o.	
Psychologische dienst (kinderen)	pijn/welbevindenschaal	e.o.	
RRP	Roland vragenlijst	lit.	+
	RRP vragenlijst	e.o.	
Longrevalidatie	MPVC	lit.	+
	CRQ	lit.	+
Pijnrevalidatie/RRD	MPI-DV	lit.	+
	SCL-90	lit.	+
	SCL-90	lit.	+
Whiplash	SCL-90	lit.	+
Verplegingsdienst	ADL-checklist	e.o.	

RRP = Roessingh Rug Programma

CRQ = Chronic Respiratory disease Questionnaire

MPI-DV = Multidimensional Pain Inventory

MPVC = Medisch Psychologische Vragenlijst Cara-patiënten

**Figuur 9.2.:** Afdelingen en behandelprogramma's die meetinstrumenten gebruiken die gebaseerd zijn op functionele status of handicap beleving, oorsprong van de meetinstrumenten (e.o. = eigen ontwerp, lit. = literatuur) en score betreffende de in de literatuur aangetroffen gegevens over betrouwbaarheid en validiteit (+ -voldoende).

Van de genoemde instrumenten is in geen enkel geval sprake van een combinatie van meting van functionaliteit en welbevinden. Veelal is het gebruik gericht op een specifieke diagnose of doelgroep. Een eerste conclusie is dat op het niveau van de individuele behandelaar blijkbaar geen behoefte bestaat aan een overall-meetinstrument. Gebruik voor diagnostiek, voortgangsevaluatie en herhaalde zelfscore ter motivatie van de patiënt, meestal op hun specifieke professionele deelterrein, volstaan voor de meeste medewerkers. Voor aansturing van de behandeling van de individuele patiënt wordt een meetinstrument voor functionele status en welbevinden (handicapniveau) te algemeen gevonden omdat dit te weinig informatie en aangrijpingspunten geeft voor de achterliggende stoornissen en beperkingen. Wellicht zou een dergelijk instrument in combinatie met (diagnose) specifieke testen wel zinvol kunnen zijn.

Het algemene meetinstrument zou volgens deze inventarisatie (zie bijlage 9.2.) aan de volgende eisen moeten voldoen (in willekeurige volgorde):

- overzichtelijk, duidelijk,
- gericht op doel van de behandeling,
- gericht op problemen van de patiënt (inclusief prioriteiten),
- betrouwbaar,
- sensitief,
- valide,
- praktisch, eenvoudig, kort.

Deze eisen sluiten goed aan bij de in het Delphi-onderzoek gevonden criteria en leiden niet tot een wezenlijke andere wegging. Op het moment van onderzoek was bij de behandelaars geen instrument bekend, dat aan al deze eisen voldoet.

Het blijkt dus dat al op vrij grote schaal van meetinstrumenten gebruik gemaakt wordt. Er vindt geen coördinatie van het gebruik plaats en elke professie hanteert eigen schalen, al dan niet naar eigen ontwerp. De toepassing richt zich vooral op diagnostiek en voortgangsevaluatie en is in de praktijk voornamelijk specifiek, eendimensionaal en op stoornisniveau gericht. Men ziet vooralsnog de zin van een overall meetinstrument voor aansturing van de individuele behandeling, niet in. Van systematische toepassing in het kader van kwaliteitszorg, bijvoorbeeld door middel van het aggregeren op groepsniveau, is nog geen sprake.

Tijdens de presentatie van voorlopige resultaten van dit inventariserend onderzoek aan het medisch en therapeutisch personeel werd duidelijk dat er wel een groot draagvlak bestond voor het gebruik van resultaatmeting op programma-niveau voor interne en externe doeleinden. Het gaat dan om programma-evaluatie in het kader van kwaliteitszorg en eventueel voor externe verantwoording; onder medewerkers bestond tevens steun voor het gebruik in het kader van wetenschappelijk onderzoek voor het vergelijken van het resultaat van therapieën.

### **9.3.3. Conclusies en instrumentkeuze**

Er is nu een set criteria opgesteld op basis van het Delphi-onderzoek en op aangeven van het management van de instelling. Onder het personeel is vooral draagvlak voor het gebruik van resultaatmeting in het kader van programma-evaluatie; men heeft de indruk voldoende instrumentarium ter beschikking te hebben voor de beoordeling van de voortgang (en eventueel bijsturing) van de behandeling van de individuele patiënt. Indien dat laatste de bedoeling is, zal

meer aandacht aan diagnose-specifieke instrumenten moeten worden gegeven, een aspect waar behandelaars ook in zijn algemeenheid op wezen. De ervaring en kennis is op dit terrein zeer beperkt.

Op de getraceerde 36 algemene meerdimensionale vragenlijsten zijn vervolgens de criteria toegepast en is nagegaan - op basis van literatuurgegevens - óf en in welke mate eraan voldaan werd.

Uiteindelijk lijkt de *Sickness Impact Profile* (en dan vooral de korte versie) een voor de hand liggende keuze op basis van het Delphi-onderzoek. De psychometrische kenmerken zijn goed en de lijst is vooral gericht op de functionele gezondheidstoestand.

Internationaal en met name in de Verenigde Staten, trekt vooral de *Functional Independence Measure (FIM)* de aandacht; deze schaal is, c.q. wordt, voor diverse Europese landen vertaald. In Nederland is de laatste jaren veel aandacht voor het *Revalidatie Activiteiten Profiel (RAP)*; al eerder is aan het daarover verschenen proefschrift gerefereerd. Het RAP is primair bedoeld voor structurering van de teambespreking, maar draagt wellicht ook mogelijkheden van resultaatmeting in zich (en wordt ook als zodanig gepresenteerd).

In schema wordt weergegeven in welke mate deze drie lijsten aan de geformuleerde criteria voldoen (figuur 9.3.). De mate van voldoen aan de criteria wordt op grond van de in de literatuur aangegeven kenmerken, gescoord. Daarbij dient aangetekend te worden dat geen informatie beschikbaar is over de met het gebruik gepaard gaande kosten. Zoals de in hoofdstuk 5.4 beschreven is, heeft ook een afdeling van Het Roessingh met het RAP proefgedraaid. Het ging hier weliswaar om een niet geautomatiseerde versie, maar de algemene indruk was, dat weliswaar het teamoverleg beter gestructureerd werd, maar dat de administratieve rompslomp en het tijdsbeslag per bespreking toenamen.

Hoewel op basis van inhoud en onvoldoende onderbouwing van de validiteit in de Nederlandse situatie ten tijde van het inventariserend literatuuronderzoek reeds afgefallen, is tevens de score van de SF-36 vragenlijst opgenomen. Dit omdat inmiddels meer beschreven is over de bruikbaarheid voor het meten van de gezondheidstoestand in de revalidatie (Post e.a. 1996) en omdat voorbeelden bestaan van per computer inleesbare antwoordformulieren. Vanuit het oogpunt van kwaliteitsmanagement is dat laatste een zeer interessante optie. De SF-36 is betrouwbaar en valide doch is sterk gericht op de ervaren gezondheidsbeleving en psycho-sociale aspecten en veel minder op de functionele gezondheidstoestand (Garratt c.s. 1994, Ruta c.s. 1994, Ruta c.s. 1995). Bij geen enkele vragenlijst is duidelijke informatie gevonden over de mate van



gevoeligheid voor sociale wenselijkheid; gegevens over validiteit en betrouwbaarheid moeten dus volstaan.

		SF-36	SIP-68	FIM	RAP
<b>INHOUD</b>					
1	Inhoud	-	+	±	+
2	Prioriteiten van patiënt	-	-	-	+
3	Actuele handelen	+	+	+	+
<b>PSYCHOMETRIE</b>					
4	Betrouwbaarheid	+	+	+	+
5	Valide, Nederlandse situatie	+	+	+	+
6	Sensitiviteit	+	+	-	+
7	Ongevoelig voor sociale wenselijkheid	#	#	#	#
8	Niet te breed	-	+	+	+
<b>PRAKTISCHE TOEPASBAARHEID</b>					
9	Duidelijke instructies & voorbeeld	+	+	+	+
10	Automatische & grafische verwerking	+	±	#	±
11	Patiënt vult lijst in of een naaste	+	+	-	±
12	Invultijd 10-20 minuten	+	±	±	+
<b>BELEIDSMATIG/STRATEGISCH</b>					
13	Universeel in gebruik	+	+	+	+
14	Aggregatie naar groepsniveau	+	+	#	#
<b>HET ROESSINGH</b>					
15	Niet kostenverhogend	#	#	#	-
16	Internationale aansluiting	+	+	±	-

Verklaring gebruikte symbolen:

+ = lijst voldoet aan het criterium

± = lijst voldoet gedeeltelijk aan het criterium

- = lijst voldoet niet aan het criterium

# = niet bekend

*Figuur 9.3.: SIP, FIM, en RAP, getoetst aan de diverse criteria (dit proefschrift).*

De geschiktheidsvergelijking blijft deels toch subjectief mede omdat de scores op de diverse criteria - voor zover bekend - elkaar weinig ontlopen. Uitgaan van de noodzaak als instituut internationaal aansluiting te houden, maakt een keuze voor het in de Nederlandse situatie goed scorende RAP voorlopig moeilijk. Het manco van de SIP, dat de patiënt geen prioriteit kan aangeven, kan eenvoudig opgelost worden door een score voor probleemervaring toe te voegen.

De FIM scoort ten opzichte van de gestelde criteria minder goed; daar staat tegenover dat deze lijst internationaal in de revalidatie steeds meer ingang vindt; dat laatste zou een argument kunnen zijn om daar uiteindelijk toch voor te kiezen.

Uitgaande van de literatuurgegevens, het Delphi-onderzoek en de inventarisatie in de instelling moet vooralsnog de SIP als het meest geschikt bestaande generieke meetinstrument worden beschouwd. De aan de hand van literatuur- en Delphi-onderzoek opgestelde criteria vormen daarbij een hanteerbaar extern referentiekader.

#### **9.4. Programma-evaluatie door middel van resultaatmeting: een pilot**

##### **9.4.1. Inleiding**

Op basis van de inhoudelijke en beleidsmatige argumenten is nu de SIP-68 als generieke meerdimensionale vragenlijst gekozen. In deze case-study, mede op basis van de inventarisatie onder de medewerkers, heeft resultaatmeting op het niveau van het behandelprogramma eerste prioriteit. Doelstelling is programma-evaluatie als (management) instrument in het kader van het kwaliteitssysteem uit te proberen. Gezien het aanvangsstadium waarin de organisatie zich met uitkomstmetingen bevindt, is toetsing van eerdere aannames eveneens van belang, zoals de bruikbaarheid van het gekozen instrument en het genereren van feedback informatie welke door behandelaars als bruikbaar en prikkelend wordt ervaren. Eerdere persoonlijke ervaringen, opgedaan bij het werken met feedback materiaal voor medisch specialisten, leerden dat er continu het risico bestaat van discussies over de betrouwbaarheid van de geproduceerde gegevens als (deels legitieme) reden om niet op de inhoudelijke boodschap in te hoeven gaan (Van Harten 1990).

Voor wetenschappelijk onderzoek naar het effect of vergelijking van het effect van behandelprogramma's is een ziekte-specifiek instrument naast een algemene functionaliteitsschaal waarschijnlijk onontbeerlijk (onder andere Biefang en Potthoff 1995, ERGHO 1996), doch dat is niet het doel van de pilot. De

mogelijkheid van vergelijking met eventueel reeds in gebruik zijnde schalen zou een voordeel kunnen zijn.

Het onderzoek kon extern gefinancierd worden; dit had wel tot gevolg dat er beperkingen moesten worden gesteld aan inzetbare formatie en de projectduur (6 maanden). Gezien de beschikbare tijd voor de pilot diende gekozen te worden voor behandelingen, waarbij voldoende aantallen patiënten zowel vóór als na de behandeling gemeten konden worden. Een zo gestandaardiseerd mogelijk behandelprogramma had de voorkeur; reeds eerder is aangegeven dat de resultaatmeting gezien moet worden als uitkomst-indicator voor de kwaliteit van de behandeling. De uitkomst is in zekere zin ook een waarde op zich, maar de relatie met de gepleegde interventie is veelal nog onduidelijk. Een sterk wisselende behandelvorm wat betreft aantal betrokken disciplines, duur van de inzet per discipline of patiënt maakt het trekken van conclusies erg moeilijk. Het zou tevens een patiëntencategorie dienen te betreffen die geen cognitieve stoornissen heeft en goed Nederlands kan lezen en schrijven, zodat een vragenlijst door de patiënt zelf ingevuld kan worden.

Op basis van deze argumenten is gekozen voor de groepswijze behandeling van whiplash (dagbehandeling) en chronisch benigne pijn (short stay en klinisch). De categorie whiplashpatiënten heeft in de regel meer dan 3 tot 6 maanden klachten en dient als chronisch beschouwd te worden. Bij chronisch benigne pijn gaat het om patiënten met beperkingen en handicaps op basis van niet meer therapeutisch te beïnvloeden pijnklachten aan (overwegend) het houdings- en bewegingsapparaat.

De keuze voor de vergaand gestandaardiseerde whiplash-groepsbehandeling werd mede ingegeven door de behoefte inzicht te verwerven in de resultaten van deze sinds 2 jaar geïntroduceerde en wat betreft patiëntenaanbod en -ervaringen zeer succesvolle behandelvorm; hierover was in de literatuur erg weinig bekend. Hetzelfde gold voor het evalueren van de resultaten van de klinische pijnrevalidatie. Gezien de literatuurgegevens over het gebruik van de door de patiënt in te vullen korte SIP (SIP-68, De Bruin e.a. 1994) is, in het verlengde van de voorlopige conclusie in 9.3., voor dit meetinstrument gekozen. De vragen van de SIP-68 zijn naar de dimensies Somatische Anatomie, Motorische Controle, Psychische Autonomie en Communicatie, Sociaal Gedrag, Emotionele Stabiliteit en MobiliteitsRange ingedeeld (zie bijlage 3). Daarnaast bestond van de semi-klinische vorm reeds eerder onderzoek naar de resultaten (Winter 1992) en werd in het kader van de revalidatie van chronische pijnpatiënten standaard een Symptom Checklist-90 (SCL-90) en een Multidimensionale Pijnvragenlijst (MPI-DV) afgenomen, zodat vergelijking mogelijk zou zijn.

Oorspronkelijk was het plan alleen vóór en direct na de behandeling te meten, maar de programmaleiding gaf aan met name een aantal maanden na afronden

van de behandeling een gunstig resultaat te verwachten; daarop is een meting zes maanden na afloop toegevoegd.

#### **9.4.2. Gegevensverzameling en statistische bewerking**

De test-hertest betrouwbaarheid van de SIP-68 voor deze diagnosegroepen is onderzocht door één week voor de start van de behandeling en bij het begin van het behandelprogramma te meten. De reproduceerbaarheid is bepaald met de Spearman Correlatie Coëfficiënt. Vervolgens is een meting direct na afloop van de behandeling gedaan en een laatste meting na een termijn van gemiddeld zes (5-7) maanden. Voorzover mogelijk zijn de resultaten vergeleken met de reeds in gebruik zijnde schalen: de SCL-90 en de MPI. De gevoeligheid voor verandering is vastgesteld door de Standardised Response Mean (SRM) te berekenen; hierbij wordt het gemiddelde verschil tussen de voor- en nameting gedeeld door de standaarddeviatie van de verdeling van het verschil tussen beide waarnemingen. Dit is dus bij uitstek een vergelijkingsmaat op groepsniveau. Vervolgens kan de "effect grootte index" met Cohen's vuistregel beoordeeld worden: 0,2 is een klein effect, 0,5 een matig effect en 0,8 of hoger een groot effect van de behandeling. De Bruin (1996) stelt, dat bij het gebruik van de SIP meestal een gering of matig effect van behandeling wordt gevonden. Aangezien de meting in eerste instantie op gevoeligheid voor verandering getoetst is en de relatie tussen meetresultaat en de interventie nog onduidelijk is, is het gebruik van de term "uitkomstindicator" beter dan "effect". Bij de passages waar de SRM gebruikt wordt, zal de term "effect" wel gebruikt worden. Nogmaals dient onderstreept te worden dat er geen gouden standaard of, op individueel of groepsniveau, vastgelegde streefwaarde beschikbaar is.

#### **9.4.3. Resultaten van de metingen**

In totaal zijn 18 whiplash-, 44 short-stay pijn- en 13 klinische pijnpatiënten gemeten. In tabel 9.4. worden de kenmerken van deze groepen beschreven. Er werd een duidelijk verschil in gemiddelde leeftijd (lager) en duur van de klachten (minder) gevonden tussen de whiplash en de andere twee groepen.

**Tabel 9.4.:** *Populatiegegevens: aantal deelnemers onderzoek, sexe-verdeling, gemiddelde (SD) van de leeftijd, gemiddelde duur (SD) van de klachten, werksituatie en ziekte/arbeidsongeschiktheidsituatie.*

	whiplash	semi-klinisch pijn	klinisch pijn
aantal	18	44	13
sexe	13♀/5♂	32♀/12♂	9♀/4♂
leeftijd (SD)	32 (9)	42 (8)	41 (11)
duur/jaren (SD)	1.8 (1.2)	6.9 (6.7)	4.5 (2.8)
werk (%FT/%PT)	56/28	41/9	46/23
ziekte (%ZW/%WAO)	33/17	14/29	15/37

%ZW = percentage patiënten in ziektewet

%WAO = percentage patiënten in WAO (geheel of gedeeltelijk)

%FT = fulltime / %PT = parttime

SD = Standaard Deviatie

De test-hertest betrouwbaarheid, gemeten en vastgesteld over de semi-klinische en whiplash groepen met de Spearman Correlatie Coëfficiënt varieerde van 0,68 voor Somatische autonomie tot 0,96 voor Psychische Autonomie en Communicatie en was in totaal 0,92; dit wijst op een goede test-hertest betrouwbaarheid. De resultaten van de beginmeting staan in tabel 9.5. weergegeven (met standaarddeviatie). Opvallend zijn de slechtere score van de klinische pijngroep - dit past bij de wijze van indicatiestelling - en het sterke accent op de problematiek in de psychologisch-cognitieve sfeer van de whiplashpatiënten.

**Tabel 9.5.: Gemiddelde beginscores (SD) SIP68 per groep bij de beginmeting en score-range van de SIP-dimensies**

Dimensies (max.score)	whiplash (n=17)	semi-klin.pijn (n=41)	klin.pijn (n=13)
Som.Autonomie (0-17)	0.2 (0.4)	0.3 (0.7)	2.1 (3.1)
Mot.Controle (0-12)	2.6 (2.2)	4.2 (3.2)	5.9 (4.2)
Psych.Auto.Comm. (0-11)	6.1 (1.9)	3.9 (3.6)	5.2 (3.6)
Soc.Gedrag (0-12)	6.5 (2.8)	7 (2.5)	8.2 (2.3)
Emot.Stabiliteit (0-6)	3.3 (1.3)	2.6 (1.8)	3.2 (1.8)
Mob.Range (0-10)	1.1 (1.0)	1.2 (1.7)	3.9 (2.2)
Totaal (0-68)	19.8 (6.2)	19.2 (8.9)	28.4 (11.4)

De resultaten van de metingen direct na afloop van de behandeling en (gemiddeld) 6 maanden na ontslag zijn omgezet in Standardized Response Means en staan beschreven in tabel 9.6. De respons wisselde enigszins bij de tweede en derde meting. Met één ronde van telefonische reminders was er bij de derde meting een totale respons van 80%; klinische pijn 92%, semi-klinische pijn 69%, whiplash 94%. De score van de SIP-68 is hoger naarmate de functionele gezondheidstoestand slechter is; een verbetering vertaalt zich dus in een lagere score. Bij verbetering is er dus sprake van een negatieve SRM.

**Tabel 9.6.: Standardized Response Means (SRM) per groep**

	Whiplash		Semiklinische pijn		Klinische pijn	
	t1-t2 (n=11)	t1-t3 (n=14)	t1-t2 (n=27)	t1-t3 (n=21)	t1-t2 (n=10)	t1-t3 (n=11)
Som.Autonomie	0.3	0.3	0.1	0	-0.3	0.1
Mot.Controle	0.5	0.1	-0.4	-0.3	0	-1.2
Psy.Auto.Comm.	0.5	0.2	-0.2	0	-1.2	-1.2
Soc.Gedrag	0.4	0.2	0	-0.8	-0.6	-0.4
Emot.Stabiliteit	-0.1	-0.3	-0.2	-0.6	-1.3	-1.2
Mob.Range	-0.2	0.2	0.1	-0.2	-0.3	-0.2
TOTAAL	0.4	0.1	-0.2	-0.4	-1.1	-1.2

t<sub>1</sub> = start van de behandeling

t<sub>2</sub> = eind van de behandeling

t<sub>3</sub> = 6 maanden na afloop van de behandeling

Uit tabel 9.6. valt op te maken dat bij de klinische pijnbehandeling sprake is van een zodanige gemeten verandering, dat op basis van SRM's gesproken mag worden van een "groot therapie-effect", bij de semi-klinische behandelvorm een "gering tot matig effect". Met dit resultaat dient vanwege de groepsgrootte voorzichtig omgegaan te worden. Bij de whiplashbehandeling kan geen effect worden gemeten. Er was zelfs sprake van een negatief therapie-effect, een geringe achteruitgang. De responsverschillen bij de semi-klinische pijnbehandeling leken geen grote invloed te hebben. Vergelijking tussen de SIP totaalscore  $t_1$ - $t_2$  en duur van de klachten leverde geen significante verschillen op met de non-respondenten van de semiklinische groep.

De SRM's zijn ook berekend voor de scores op de SCL en de MPI voorzover deze standaard werden afgenomen. Van de SCL is gebruik gemaakt van de depressieschaal, de dimensie somatische klachten en de totaalscore. De Multidimensionale pijnvragenlijst bestaat uit drie delen: invloed van pijn, reacties uit de omgeving en activiteiten. Subschalen zijn: MPI-controle, MPI-hinder, MPI-verstoorde stemming, MPI-algemene activiteiten.

**Tabel 9.7.:** *Standardized Response Mean van de klinische pijn-, de whiplash- en de semi-klinische pijngroep*

Vragenlijst/dimensie	whiplash	semi-klin.pijn	klin. pijn
SCL/Depressie	-0.5	-0.2	-1.6
SCL/Som.kl.	0	-0.5	-1.0
SCL/Totaalscore	-0.3	-0.2	-1.7
MPI/Controle		0.4	1.3
MPI/Hinder		-0.5	0
MPI/Verst.Stem.		-0.4	-0.9
MPI/Act.Alg.		-0.2	0.8

De SRM's van de SCL scoren allen een "groot effect" bij de klinische pijn, "gering tot matig" bij de semi-klinische pijn en "geen effect" tot matig bij de whiplash. De MPI scoort wisselend goed en slecht bij de klinische pijn en overwegend matig voor de semi-klinische pijn. Behalve bij de whiplash wordt eenzelfde trend bij de SIP aangetroffen, waarbij de overeenkomsten met de SCL consistent zijn.

De praktische ervaring met het gebruik van de SIP was, dat patiënten in het algemeen niet meer dan tien minuten voor de invulling nodig hadden. Enkele patiënten gaven aan moeite te hebben met de sociale dimensie, vooral tijdens opname in het revalidatiecentrum. Moest men nu de feitelijke situatie tijdens opname in het centrum scoren of de verwachte situatie als men op dat moment thuis zou zijn. De daarbij behorende scores (SG, MR) leken echter niet van de andere af te wijken.

#### **9.4.4. Discussie: Bruikbaarheid en toepassing van de gemeten resultaten**

In het kader van de toepassing van deze gegevens als uitkomstindicator zijn de resultaten vervolgens aan de betrokken behandelaars gepresenteerd. Niet om een absolute uitspraak over de effectiviteit van de behandeling te doen, maar om een kritische beschouwing van de bestaande praktijk in gang te zetten.

In strikt wetenschappelijke zin is vooralsnog uitsluitend de gevoeligheid voor verandering van de meetschaal aangetoond en kan eerst op basis van onderzoek met een controlegroep tot uitspraken over "effect van behandeling" worden overgegaan (Streppel e.a. 1996). Voor toepassing als feedbackmateriaal in een kwaliteitssysteem is de vraag veeleer of de gegevens - bij gebrek aan beter - wel bruikbaar zijn in dat kader. Eerdere publicaties over de toepasbaarheid van functionele gezondheidsmeting, de gemeten resultaten van de test-hertest betrouwbaarheid, de resultaten van de SRM's aan begin, eind en zes maanden na afloop van de behandeling en de vergelijking met de in gebruik zijnde scores, rechtvaardigden presentatie van de gegevens aan de betrokken behandelaars. De positieve uitkomstindicatoren van de klinische en semiklinische groepen en de overeenkomsten met de in gebruik zijnde schalen en resultaten van eerder onderzoek, gaven geen aanleiding tot uitvoerige gedachtenwisseling. Er was geen aanleiding aan de kwaliteit te twijfelen. Er werden geen directe aanknopingspunten voor aanpassing van de programma's gevonden. Vanuit behandelaarsperspectief voegde de SIP-68 voor deze groepen weinig toe aan de meer ziektespecifieke schalen die reeds in gebruik waren. Voor het management was de aangetoonde bruikbaarheid van groter belang aangezien dit als een bevestiging van de eerder geformuleerde criteria en gedane keuze beschouwd kon worden.

Er ontstond wel discussie over de uitkomsten van de metingen bij de whiplash-groep. Bij de meting direct na afloop van de behandeling, kon geen verandering in positieve of negatieve zin worden aangetoond.

De SRM's van de whiplashbehandeling gaven bij de derde meting inderdaad een minder negatief beeld. Vooral naar aanleiding van de uitkomsten bij de whip-



lashgroep spitste de discussie zich al snel toe op de waarde van het meetinstrument. Dit leek tevens als alibi te fungeren om (nog) niet op de waarde en de vormgeving van het behandelprogramma in te gaan.

Het geringe tot matige effect, gemeten met de SCL, als (psychologische) uitkomstindicator van de whiplashgroep roept natuurlijk vragen op, in vergelijking met de negatieve resultaten van de SIP-scores. Verwacht mag worden dat verbetering op een aantal psychologische en gedragsmatige schalen ook effect laat zien in functionaliteit, tenzij de gebruikte schaal niet gevoelig genoeg is. Het bleek dat de impliciet veronderstelde consensus tussen revalidatieartsen en psychologen over vormgeving en doelstellingen van de behandeling in deze expliciete gedachtenwisseling niet stand hield. De revalidatiearts meldde een brede positieve respons van uitbehandelde whiplashpatiënten, dit kwam niet uit de SIP-scores naar voren. De psycholoog stelde dat een met de SCL-lijst gemeten positief resultaat voldoende aantoonde dat de revalidatiebehandeling effect had. Van groot belang is de vraag hoe een positief resultaat op een "psychologische: vragenlijst afgewogen moet worden tegen een licht negatief effect op de functie-gerelateerde gezondheidstoestand. Direct komt dan de vraag naar zo concreet mogelijk geformuleerde behandeldoelen en daaraan te koppelen meetinstrumenten, op tafel.

Naar aanleiding van deze discussie is nogmaals onderzocht hoe eventuele whiplashpatiënten in de klinische en semi-klinische pijngroepen gescoord hadden op de psychosociale dimensies van de SIP in vergelijking met de whiplash dagbehandelingsgroepen. Deze subgroepen hadden een veel langere ziekteduur en waren voor een belangrijk deel op basis van een veel vroeger opgedaan whiplashletsel onder de categorie chronisch benigne pijn terecht gekomen; soms in combinatie met andere symptomen. De resultaten daarvan zijn te vinden in onderstaande tabel.

**Tabel 9.8.:** *Standardised Response Means op psycho-sociale dimensies en de totaalscore van de SIP-68 bij vergelijking tussen de whiplashgroep en whiplashpatiënten in de klinische- en semiklinische pijngroep*

		Whiplashgroep gem (SD)-n	Semiklinische pijn/Whiplash gem (SD) -n	Klinische pijn/ Whiplash gem (SD) -n
Psy.Auto.Com	t1-t2	1.2 (2.3) -11 **	-1.4 (3.6) -7	-0.4 (2.8) -12 **
	t1-t3	0.4 (1.9) -14 *	-1.8 (2.9) -5	-1.7 (3.1) -10 *
Soc.Gedr.	t1-t2	0.9 (2/5) -11 ns	0.4 (2.6) -7	-1.3 (2.8) -12 ns
	t1-t3	0.4 (2.1) -14 *	-1.8 (1.6) -5	-1.7 (2.2) -10 *
Emot.Stab.	t1-t2	-0.1 (1.3) -11 ns	-1.0 (2.6) -7	-1.3 (2.3) -12 ns
	t1-t3	-0.6 (2.0) -14 ns	-2.0 (1.6) -5	-1.7 (1.5) -10 ns
Totaal	t1-t2	2.9 (7.0) -11 **	-3.3 (9.8) -7	-4.2 (8.0) -12 **
	t1-t3	0.9 (7.7) -14 *	-7.8 (4.2) -5	-6.0 (5.8) -10 *

gem (SD): gemiddelde (standaarddeviatie), n = aantal groepsleden

ns = niet significant, \* =  $p \leq 0.05$ , \*\* =  $p \leq 0.01$

t<sub>1</sub> = start behandeling; t<sub>2</sub> = einde behandeling; t<sub>3</sub> = 6 maanden na einde behandeling

Hieruit blijkt dat de behandeling van whiplashpatiënten in de semi-klinische en klinische pijngroep meer effect heeft, gemeten met de SIP. De beginscores waren gelijk maar de duur van de klachten was voor de semi-klinische behandelde pijn veel langer (zie tabel 9.4.). Dit leidde tot de voorzichtige conclusie dat er wellicht onderscheid gemaakt moet worden tussen de behandeling van relatief recent ontstaan whiplash-syndroom en de behandeling van chronische benigne pijnklachten als gevolg van whiplash. Dit sloot aan bij een recente publicatie (Quebec Task Force 1995) waarin ook een dergelijke gedifferentieerde benadering bepleit werd. Besloten werd tot herschrijven van de bijbehorende screenings- en behandelprotocollen en bespreking van de verwijspprocedure met (in eerste instantie) de omliggende ziekenhuizen.

### 9.5. Conclusie: Toepassing van resultaatmeting in het kwaliteitssysteem

Bekijken vanuit de insteek van het kwaliteitssysteem kan geconcludeerd worden dat het onderzoek allereerst relevante ervaring heeft opgeleverd voor het kiezen en gebruiken van instrumenten voor resultaatmeting in de revalidatiezorg. Hoezeer een (onderdeel van) een kwaliteitssysteem ook een bedrijfskundige technologie mag zijn, vanwege de acceptatie door de betrokken professionals is correcte inhoudelijke invulling een absolute voorwaarde voor acceptatie.

Het blijkt dat het begrip "uitkomstindicator" relevant is. Indien de gegevens te letterlijk als resultaatmeting worden gepresenteerd of opgevat en de doelstelling van feedback in het kader van kwaliteitszorg onvoldoende belicht worden, kan dit van grote invloed zijn op de interpretatie van - en de discussie over de resultaten.

Wanneer de ontwikkeling van methoden voor resultaatmeting in een beginstadium verkeert zoals in de revalidatiezorg, blijken de volgende stappen tot een bruikbaar referentiekader te leiden. Het raadplegen van literatuurgegevens en externe deskundigen, het formuleren van de instellingsdoelen en nagaan welke relevante ervaring in de eigen organisatie aanwezig is, zijn daarbij de eerste en belangrijkste. Voor het kwaliteitssysteem werd op basis daarvan de prioriteit gelegd bij het opdoen van ervaring in resultaatmeting op groepsniveau. Een pilot bleek uitvoerbaar.

Het omzetten van de resultaten in voor behandelaars presenteerbare en hanteerbare gegevens, bleek een aandachtspunt omdat een professional niet voetstoots de waarde van het gehanteerde instrument zal erkennen. Zeker wanneer, zoals in de beschreven casus, de betrokken psychologen al jaren ervaring hebben met de voor hun vakgebied relevante en (in dit geval) wat gunstiger scorende psychologische vragenlijsten. In discussies over de (gegevens als) uitkomstindicatoren zijn de nodige argumenten voorhanden om een kritische beschouwing van het eigen behandelprogramma uit de weg te gaan. Dit vanwege de in wetenschappelijke zin onvoldoende aan te tonen relatie tussen interventie en "effect", de instrumentkeuze en de beperkte ervaring met resultaatmeting voor behandelaars. Het niet beschikbaar zijn van objectieve behandeldoelen maakt de discussie er niet gemakkelijker op.

Vervolgens is de stap van het aanbrengen van veranderingen en verbeteringen een moeilijke. In wezen werkt de geleverde informatie vooral aan de bewustwording dat er wellicht iets veranderen moet. De realisatie ervan, in dit geval een herziene of aangepaste vormgeving van het behandelprogramma in een nieuw protocol, vergt een periode van een aantal maanden. De kwaliteitscyclus werkt wel, maar gezien de beperkte ervaring met deze benadering vergt het geheel veel communicatie, inspanning en tijd. Hierbij moet bedacht worden dat de organisatie van de pilot en de uitvoering van de metingen samen met een projectmedewerker zijn gedaan. Routinematige toepassing van resultaatmeting en aansluitend geautomatiseerde verwerking is op basis van de aanwezige ervaring nog niet mogelijk. In Het Roessingh werd besloten door te gaan met programma-evaluatie van diverse behandelgroepen, doch tot continue resultaatmeting voor alle patiënten kon nog niet worden overgegaan. Gezien het beginstadium, waarin de ontwikkeling van dit onderdeel van het kwaliteitssys-

teem zich bevindt, is het bijzonder moeilijk een uitspraak over de meerwaarde te doen.

Ten tijde van de start van dit traject verkeerde de ontwikkeling van het gebruik van diverse meetinstrumenten ten behoeve van resultaatmeting in het kader van kwaliteitszorg in een beginstadium. Mede onder invloed van de eerder beschreven strategische ontwikkelingen in de zorgsector bestaat internationaal grote belangstelling voor dit onderwerp. Inmiddels bestaat, op basis van een groeiend aantal publicaties, alweer beter inzicht in de kenmerken van diverse meetinstrumenten. Op basis daarvan wordt de voorkeurskeuze (zie fig. 9.3) niet anders, maar de keuze wordt wel moeilijker, omdat de waarden van een aantal generieke instrumenten dichtbij elkaar lijken te liggen (bijvoorbeeld FIM, SIP, SF-36). Het uitproberen van diverse instrumenten in verschillende behandelvormen, met actieve participatie van de revalidatieartsen, is dan ook aan te bevelen om proefondervindelijk op dit gebied vooruitgang te boeken.

De beschreven pilot leverde aanknopingspunten voor een kritische beschouwing van één behandelvorm. De gevolgde methode leidde tot een groot draagvlak onder revalidatieartsen en andere professionals om met deze vorm van programma-evaluatie door te gaan; of dit in het kader van kwaliteitszorg plaats vindt lijkt voor de professionals minder relevant. Het ontwikkelen van resultaatmeting is aldus als een "shared value" te betitelen. Gezien de lange termijn die het vraagt gesignaleerde knelpunten of herziening van programma-aspecten op te pakken, moet er bij verder onderzoek met een evaluatiecyclus over een vrij lange termijn gerekend moeten. In die zin leidt resultaatmeting niet rechtstreeks tot continue kwaliteitsverbetering, het draagt er informatie voor aan. De uitkomst fungeert daadwerkelijk als indicator voor de kwaliteit van zorg.

Van effectmeting is in wetenschappelijke zin slechts sprake als er met een vergelijkbare controlegroep gewerkt wordt. Bij kwaliteitszorg gaat het bij resultaatmeting idealiter om vergelijking van norm- of streefwaarden. Worden die niet gehaald, dan zal een verandering in het proces moeten worden aangebracht. Bijzondere aandacht moet echter worden gevraagd voor het ontbreken van objectieve norm- en streefwaarden in de revalidatie; dit zal veelal ook voor andere vormen van medische zorg voor chronisch zieken gelden. De aard van de indicatoren of te gebruiken instrumenten roept de vraag op of het mogelijk zal zijn normwaarden te ontwikkelen. De beoordeling van de functionele gezondheidstoestand draagt volgens de Bruin (1996) altijd een zeker risico van subjectiviteit. Door Ottenbacher e.a. (1996) werd voor verschillende diagnose-categorieën en diverse disciplines een hoge mate van betrouwbaarheid van de

FIM gevonden. Zo lang op dit punt geen eensluidende visie bestaat en behandeldoelen niet objectief omschreven of normwaarden vastgesteld zijn, kunnen er vraagtekens worden gesteld bij de zin van resultaatmeting. Vanwege de noodzaak van de ontwikkeling van kwaliteitszorg en het afleggen van externe verantwoording is het genereren van uitkomstindicatoren echter uiterst gewenst. Een én-én-benadering ligt daarom het meest voor de hand. Enerzijds doorgaan met het proefondervindelijk ontwikkelen van methoden van resultaatmeting voor het genereren van uitkomstindicatoren. Anderzijds onderzoek naar normwaarden en determinanten van natuurlijk verloop en herstel, zodat zorgdoelen beter en in meetbare termen kunnen worden geformuleerd.

Bij het ontwikkelen van resultaatmeting voor behandelprogramma's voor gehandicapten en chronisch zieken, zal veelal van eenzelfde nulsituatie uitgegaan moeten worden (tenzij reeds normwaarden of gewenste effecten bekend zijn). Bij toepassing in andere instellingen mag verwacht worden, dat veelal een zelfde traject doorlopen dient te worden: opstellen van selectie criteria, kiezen van een relevant instrument, uitvoeren resultaatmeting, communicatie en presentatie, verwerking in verbetering en/of aanpassingen van het betreffende behandelprogramma. In het kader van een kwaliteitssysteem in een professionele bureaucratie dient daarbij veel aandacht aan de inhoudelijke juistheid van de bij deze management technologie toegepaste methoden besteed te worden. Vervolgens moet voldoende zorg worden gedragen voor een adequate, aansprekende presentatie van gegevens.

Tenslotte is het verstandig bijtijds stil te staan bij de verantwoordelijkheid voor de inbedding van zowel de resultaatmeting, als de daarop volgende activiteiten, in het kwaliteitssysteem.

## LITERATUUR HOOFDSTUK 9

Angell M., Kassirer J.M.; Quality and the medical market place - following elephants. Editorial N. Engl. J. Med. 1996; 335: 883-885.

Bennekom C.A.M. van, Jelles F.; The Rehabilitation Activities Profile. Proefschrift Amsterdam 1994.

Biefang S., Potthoff P.; Assessment Methods for Rehabilitation; J. Rehab. Research 1995; 18: 201-213.

Bos G.A.M. van den; Onderzoek naar de gevolgen van chronische aandoeningen voor de gezondheidszorg, kwaliteit van zorg. Tijdschr. Soc. Geneeskunde 1991; 69: 237-241.

Bruin A.F. e.a.; The development of a short generic version of the sickness impact profile. J. Clin. Epidemiol. 1994; 47; 4, 407-418.

Bruin A.F. de; The Measurement of Sickness Impact. Acad. Proefschrift, Maastricht, 1996.

Donabedian A.; The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin 1992: 356-360.

Driessen S., Casparie A.F., Bos van der G.A.M.; Uitkomstindicatoren voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de zorg voor chronisch zieken. Gebied Medische wetenschappen, N.W.O., Den Haag, 1994.

Duda L., e.a.; Comparison of rehabilitation care between Holland and Germany. Enschede, 1995.

ERGHO-group; Choosing a health outcome measurement instrument. Quality of life-newsletter MAPI-research institute, Lyon, 1996.

Euroquoil group; EuroQuoil, a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.

Fuhrer H.J.; Rehabilitation outcomes, analysis and measurement. Baltimore/London, Paul H. Brookes Publishing Co., 1987.

Garratt A.M. e.a.; SF36 Health survey questionnaire: II Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. Quality in Health Care, 1994; 3: 186-192.

Harten W.H. van; Externe kwaliteitsbewaking ... meer dan een losse flodder? SSG-Cahier 13, Utrecht, 1990.

Harwood R.H., Rogers A., Dickinson E., Ebrahm S.; Measuring Handicap. The London handicap scale, a new outcome measure for chronic disease. Quality in Health Care 1994; 3: 11-16.

Harwood R.H., Jitapunkul S., Dickinson E., Ebrahm S.; Measuring Handicap motives, methods and a model. Quality in Health Care 1994; 3: 53-57.

König-Zahn C., Furer J.W., Tax B.; Het meten van de gezondheidstoestand, Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten. van Gorcum; Assen. 1993.

Konijn G; Een inventariserend literatuuronderzoek naar het gebruik van vragenlijsten op het gebied van ADL en arbeid binnen de revalidatie. Amsterdam 1992.

Kulper L.C.M.; Het selecteren van een instrument voor resultaatmeting van behandeling binnen een revalidatiecentrum. *Aspekt*; 48. Universiteit Twente, Vakgroep psychologie; Enschede 1994.

Linstone H.A.; *The Delphi Technique, Handbook of future research*. London, Greenwoodpress 1985.

Long A.F. e.a.; The outcome agenda; contribution of the UK clearing house on health outcomes. *Quality in Healthcare* 1993; 2: 49-52.

McDowell I., Newell C.; *Measuring health; a guide to rating scales and questionnaires*. New York, Oxford Univ. Press 1987.

Ottenbacher K.J., e.a.; The reliability of the Functional Independence Measure: A quantitative review. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1996; 77: 1226-1232.

Post M.W.M. e.a.; SIP-68 of RAND-36. *Tijdschr. Soc. Gezondheidszorg* 1996; 74: 204-212.

Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders; Redefining Whiplash and its management. *Spine* 20; 85: 1995.

Ross Davies A.; Patient define outcomes. *Quality in Healthcare* 1994; 3: S6-S9.

Ruta D. e.a.; Fearability of monitoring patient based health outcomes in a routine hospital setting. *Quality in Health Care*, 1995; 4: 161-165.

Ruta D. e.a.; SF36 Health survey questionnaire: I Reliability in two patient based studies. *Quality in Health Care*, 1994; 3: 180-185.

Streppel K.R.M., Harten W.H. van, Warmerdam R.; The short version of the sickness impact profile for evaluating rehabilitation programs. *J. Rehabil. Sciences* 1996; 9: 66-71.

Winter F.A.M.; *Pijnrevalidatie voor chronische pijnpatiënten, "De Pijn de Baas"*. Acad. proefschrift, Enschede, 1992.

## **BIJLAGE 1**

### **Criteria betreffende de inhoud**

1. De inhoud moet betrekking hebben op zelfredzaamheid (ADL, mobiliteit, verplaatsing).
2. De inhoud moet betrekking hebben op functionaliteit (essentiële huishoudelijke taken).
3. De inhoud moet betrekking hebben op de functionaliteit binnen de maatschappij (boodschappen doen).
4. De inhoud moet betrekking hebben op inter-persoonlijke vaardigheden en neuro-psychische functies (sociale interactie, geheugen, aandacht).
5. De inhoud moet betrekking hebben op de functionele status, zoveel mogelijk op handicapniveau.
6. De inhoud moet zowel betrekking hebben op stoornis-, beperkings- als handicapniveau.
7. De inhoud moet gericht zijn op de fysieke beperkingen en de psycho-sociale aspecten, evenals op de symptomen (pijn en vermoeidheid).
8. De inhoud moet alle SAMPC terreinen bevatten.
9. De inhoud moet gericht zijn op de tevredenheid met het fysiek functioneren (of ervaren problemen door de patiënt) en op de prioriteiten voor verbetering, door de patiënt aangegeven.
10. De inhoud moet beperkingen registreren op basis van wat een patiënt daadwerkelijk doet, niet wat hij zou kunnen.
11. De inhoud moet aansluiten bij de systematiek "entree-diagnose" en sturen m.b.t. afstemming tussen hulpverleners, zodat het bruikbaar is als sturend instrument voor de behandeling van het individu.

### **Criteria betreffende de psychometrie**

12. Het instrument moet betrouwbaar zijn.
13. Het instrument moet valide zijn.
14. Het instrument moet gevalideerd zijn voor de Nederlandse situatie.
15. Het detailleringsniveau moet aansluiten op de grootte van de te verwachten effecten.
16. Het instrument moet in staat zijn klinische, relevante veranderingen te detecteren.
17. Het instrument moet gevoelig zijn voor verschillen tussen verschillende individuen of populaties.
18. Het instrument mag niet te gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid.
19. Er moet in blokken gewerkt worden, b.v. blok 1: ADL, blok 2: sociale interactie.



20. De vragenlijst mag niet te "breed" zijn, omdat er dan niet diep genoeg wordt ingegaan op bepaalde probleemgebieden (specificiteit).

### **Criteria betreffende de praktische toepasbaarheid**

21. De vragenlijst moet door de patiënt zelf ingevuld worden.
22. Het instrument moet eenvoudig in te vullen zijn.
23. Het instrument moet voor iedereen te begrijpen zijn.
24. De mogelijkheid moet bestaan dat ook van anderen dan de revalidant zelf een betrouwbare score over de revalidant verkregen kan worden.
25. De inhoud van de vragenlijst mag niet irriterend of confronterend zijn.
26. De vragenlijst moet compact zijn (twee a-4) en de invultijd mag tien minuten in beslag nemen.
27. De invultijd mag 1 tot 1,5 uur in beslag nemen.
28. Eventueel een beknopte (twee a-4) hoofdscore-lijst met diagnose gebonden verdieping.
29. De mogelijkheid tot grafische weergave van de resultaatmeting.
30. De mogelijkheid tot automatische verwerking van de resultaatgegevens
31. De vragenlijst moet gepaard gaan met duidelijke instructies en eventueel een voorbeeld.
32. Het meetinstrument moet door en voor alle revalidanten in het revalidatiecentrum gebruikt kunnen worden.
33. De resultaatgegevens van de individuele patiënt moeten geaggregeerd kunnen worden naar groepsniveau.

## BIJLAGE 2

### Vragenlijst inventarisatie resultaatmetingen

Bij de meeste vragen staat een aantal voorbeelden om u een idee te geven wat er met de vraag bedoeld wordt. Uw antwoord hoeft daar niet tussen te zitten. Mocht de ruimte, die er vrij is gemaakt voor het antwoord te klein zijn, dan kunt u, met verwijzing naar de vraag, het antwoord op de achterkant van deze pagina afmaken.

#### Vraag 1

a) Welke resultaatmetingen verricht u? vb conditie, ADL, pijn
b) Welke grootheden worden er precies gemeten? vb VO <sub>2</sub> , tijdsduur taak, score lijst
c) Op welk niveau wordt er gemeten? vb stoornis, beperking, handicap/SAMPC

#### Vraag 2

Bij wie wordt er gemeten? vb bepaalde diagnosegroepen, geselecteerde individuen
---

#### Vraag 3

a) Welk instrument wordt er gebruikt? vb vragenlijst, scorelijst/systeem
b) Waarom heeft u hiervoor gekozen? vb op basis van literatuur gegevens, eigen ervaring
c) Bestaat hier een protocol voor? Zo ja, hoe ziet dat eruit? vb eenduidige instructies, randvoorwaarden; medicijnen, leeftijd bv

d) Is de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit van het instrument bekend?  
vb natuurlijk herstel, leereffect, sociale wenselijkheid

e) Is de meting eenvoudig uit te voeren? vb door de patiënt zelf, duidelijke instructie

Hoe lang duur één meting? .....min.

Hoe vaak wordt de meting verricht? ..... keer

f) Is de meting volgens u geschikt voor meerdere diagnosegroepen?

#### Vraag 4

a) Waarom wordt er gemeten? vb diagnostisch, bijsturen of evalueren van therapie

b) Wat gebeurt er met de resultaten? vb patiëntenbesprekingen, herstelverloop, motivatie patiënt

#### Vraag 5

a) Wat vindt u van een vragen/scorelijst die op meerdere niveaus (SAMPC) meet? vb SIP, RAP

b) Zou dit gebruikt kunnen worden voor patiëntenbesprekingen/teamoverleg? Waarom wel/niet?

c) Zou u ook zo iets kunnen/willen gebruiken of eist de diagnosegroep die u behandelt een speciale meting? vb rugpijn, afasie, kinderen

d) Aan welke eisen zou de vragen/scorelijst moeten voldoen?

### BIJLAGE 3: SICKNESS IMPACT PROFILE (SIP68)

A.F. de Bruin, J.P.M. Diaderiks, L.P. de Witte, F.C.J. Stevens, H. Phillipsen

Dimensie:	Aantal vragen	
SA	Somatische Autonomie	17
MC	Motorische Controle	12
PAC	Psychische Autonomie en Communicatie	11
SG	Sociaal Gedrag	12
ES	Emotionele Stabiliteit	6
MR	Mobiliteits Range	10

#### SA:

1. Ik verplaats me alleen maar met een rolstoel.
2. Ik krijg mijn kleren alleen maar aan als iemand me helpt.
3. Ik kom niet op eigen kracht in of uit bed of stoel, maar word verplaatst door iemand of door een mechanisch hulpmiddel.
4. Ik kom alleen maar overeind als iemand me helpt.
5. Ik maak mijn kleren niet zelf dicht, maar heb hierbij hulp nodig. B.v. knopen, ritssluitingen of schoenveters.
6. Ik loop helemaal niet.
7. Ik loop helemaal geen trappen.
8. Moeilijke bewegingen voer ik alleen maar uit als iemand me helpt. B.v. in- en uitstappen van een auto of bad.
9. Ik was me niet helemaal zelf.
10. Ik was mezelf helemaal niet, ik word door iemand gewassen.
11. Ik heb geen controle over mijn blaas.
12. Ik ben erg onhandig in mijn bewegingen.
13. Ik kan mijn ontlasting niet ophouden.
14. Ik eet zelf, met hulp van iemand anders.
15. Ik kan mijn evenwicht niet bewaren.
16. Ik maak, met hulp, gebruik van een beddenpan of ondersteek.
17. Ik verander bijna niet van lichaamshouding.

#### MC:

1. Ik loop trappen langzamer op en af. B.v. met één trede tegelijk, of ik sta vaak stil.
2. Ik loop kleinere afstanden of sta vaak stil.
3. Ik loop langzamer.
4. Traplopen doe ik alleen met hulpmiddelen.
5. Ik loop zonder hulp maar met moeite. B.v. ik loop mank, waggel, strompel, ik heb een stijf been.
6. Ik kniel, hurk of buk alleen wanneer ik me aan iets vasthoud.
7. Ik loop geen heuvel op en af.
8. Ik kom alleen in en uit bed of stoel wanneer ik me aan iets vasthoud, of door gebruik te maken van een stok of driepoot.
9. Ik sta maar korte tijd achtereen.
10. Ik kleeed me wel zelf aan, maar het gaat erg langzaam.
11. Ik heb moeite met dingen waarbij ik mijn handen moet gebruiken.
12. Ik kan mijn handen of vingers beperkt of moeilijk bewegen.

#### PAC:

1. Ik heb moeite met het doordenken en oplossen van problemen. B.v. plannen maken, besluiten nemen, nieuwe dingen leren.
2. Ik heb moeite met handelingen waarbij ik me moet concentreren en nadenken.
3. Ik reageer traag op wat er gezegd of gedaan wordt.

4. Ik maak meer vergissingen of fouten dan gebruikelijk.
5. Ik houd mijn aandacht nergens lang bij.
6. Ik vergeet veel. B.v. dingen die pas geleden gebeurd zijn, waar ik dingen gelaten heb, afspraken die ik gemaakt heb.
7. Ik ben in de war en begin aan verschillende dingen tegelijk.
8. Ik spreek onduidelijk als ik onder spanning sta.
9. Ik heb moeite met spreken.
10. Ik maak dingen waar ik aan begin niet af.
11. Ik heb moeite met schrijven of typen.

SG:

1. Mijn seksuele activiteit is minder geworden.
2. Ik blijf korter bij vrienden op bezoek.
3. Ik drink minder. B.v. koffie, thee, alcohol, frisdrank, melk.
4. ik neem minder deel aan sociale activiteiten. B.v. buurtwerk, verenigingen, kerk.
5. Ik neem minder deel aan sociale activiteiten in groepsverband.
6. Ik ga minder vaak uit.
7. Ik ga alleen maar korte tijd van huis.
8. Ik eet veel minder dan gewoonlijk.
9. Ik doe geen zwaar werk in en om het huis.
10. Met mijn hobby's en andere vrijetijdsbestedingen houd ik me minder lang achtereen bezig.
11. Ik doe minder aan het dagelijkse werk in en om het huis.
12. Ik doe minder aan sommige van mijn gebruikelijke niet actieve vrijetijdsbesteding. B.v. TV-kijken, kaarten, lezen.

ES:

1. Ik ben vaak prikkelbaar tegen mensen om me heen. B.v. ik val tegen hen uit, geeft scherpe antwoorden, heb snel kritiek.
2. Ik doe onaangenaam tegen mijn naaste familie of huisgenoten. B.v. ik doe hatelijk of ben koppig.
3. Ik val regelmatig kwaad uit tegen mijn naaste familie of huisgenoten. B.v. ik sla naar ze, schreeuw, goot dingen naar ze.
4. Ik reageer geprikkeld en ongeduldig op mezelf. B.v. ik zeg slechte dingen over mezelf, scheld op mezelf of geef mezelf de schuld van dingen die gebeuren.
5. Ik maak minder gekheid met mijn naaste familie of huisgenoten dan gewoonlijk.
6. Ik praat minder tegen mensen in mijn omgeving.

MR:

1. Ik doe geen van de boodschappen meer die ik anders wel deed.
2. Ik ga de stad niet in.
3. Ik doe niets meer aan het schoonmaken van het huis.
4. Ik doe niets meer aan het dagelijkse werk in en om huis.
5. Ik blijf de meeste tijd thuis.
6. Ik doe de was niet meer.
7. Ik ga helemaal niet op visite.
8. Ik verplaats me alleen maar binnenshuis (in huis of flat).
9. Ik ben gestopt met het verzorgen van persoonlijke of huishoudelijke financiële zaken. B.v. rekeningen betalen, gireren, bijhouden van het huishoudboekje.
10. In het donker of op slecht verlichte plaatsen kan ik mij zonder hulp niet redden.



## 10. HET ONTWIKKELINGSSTADIUM VAN KWALITEITSZORG EN DE EFFECTEN VAN EEN KWALITEITSSYSTEEM OP DE ORGANISATIE

### 10.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is aan de hand van een aantal case-studies de ontwikkeling van onderdelen van het kwaliteitssysteem beschreven. Naast de beschrijving en (een aanzet tot) analyse per onderdeel is het van belang onderzoek te doen naar de stand van zaken van kwaliteitszorg en de mogelijke effecten van het kwaliteitssysteem op instellingsniveau. In het kader van constructive technology assessment is het daarnaast aangewezen zowel de ontwikkelingsaspecten als de personele- en organisatorische consequenties te evalueren. Eerst zal worden ingegaan op de vraag, welke evaluatiemethoden ter beschikking staan voor een dergelijk onderzoek. Vervolgens zullen in dit hoofdstuk de kwaliteitszelfevaluatie en een onderzoek onder de medewerkers betreffende kwaliteitsaspecten van de organisatie én naar de tevredenheid over de werksituatie nader beschreven worden.

Allereerst is het relevant vast te stellen hoever de ontwikkeling van kwaliteitszorg in de organisatie is voortgeschreden (het ontwikkelingsstadium). Dit zal op directie- en management team-niveau worden uitgevoerd aan de hand van het zelfevaluatie-model van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit.

Eén van de belangrijke doelgroepen waaraan het effect van kwaliteitszorg zichtbaar zou moeten worden, is het personeel van de instelling zelf. Daarom is ook onderzoek onder de medewerkers gedaan. Voor zover mogelijk is, naast een oordeel over de kwaliteitsactiviteiten, ook de tevredenheid over de werksituatie en verschillende andere organisatie-aspecten gemeten.

Niet alleen het ontwikkelingsstadium van de organisatie op het gebied van kwaliteitszorg moet worden vastgesteld. Er moet ook worden onderzocht of op instellingsniveau een effect van de, in het kader van het kwaliteitssysteem ondernomen, activiteiten aantoonbaar is. Met de gegenereerde gegevens kan dit op grond van het onderdeel van de medewerkers en op basis van een nadere beschouwing van de INK-zelfevaluatie. Daartoe wordt onder andere bekeken of een relatie tussen het oordeel over diverse organisatie-aspecten en deelname aan kwaliteitsactiviteiten of andere determinanten te leggen is. Het is daarbij met name interessant hoe men aankijkt tegen de prestaties van de organisatie. Zijn deze wezenlijk verbeterd en is, in de wijze waarop de medewerkers hun oordeel op verschillende aspecten geven, een relatie met het kwaliteitssysteem aantoonbaar?

Het hoofdstuk zal worden afgesloten met een korte beschouwing over de vraag of deze analyse uitsluitend een momentopname is of dat er werkelijk van verbetering sprake is geweest en zo ja, in welke mate. Een analyse van de effecten op de strategische marktpositie van de instelling zal in hoofdstuk elf volgen.

## 10.2. Vraagstelling en methode

De vraagstelling is geformuleerd in termen van het zoeken naar een meerwaarde van de introductie van een kwaliteitssysteem en het doen van aanbevelingen, voortvloeiend uit deze analyse. In de inleiding van dit proefschrift is reeds aangegeven dat verbetering van het product in de ogen van de gebruiker, de medewerker, en verbetering van de marktpositie als belangrijke beoordelingskaders gelden. Vanwege de CTA-benadering dient daarnaast voldoende aandacht aan ontwikkelingsaspecten en sociaal-dynamische factoren besteed te worden. Verbetering van het product in de ogen van de gebruiker is ten dele in hoofdstuk acht behandeld bij de thematiek van exit-interviews als instrument voor resultaatmeting. Er is in de uitkomsten van exit-interviews nauwelijks van fluctuatie sprake wanneer eenmaal gesignaleerde problemen verbeterd zijn. Van verdere uitwerking van dit aspect wordt in dit hoofdstuk afgezien.

In hoofdstuk drie is uitgelegd dat een vergelijkend onderzoek met andere revalidatiecentra niet mogelijk is. Hetzelfde geldt voor een case-study met een nulmeting en vergelijkend onderzoek ná de interventie.

Behalve de introductie van kwaliteitszorg zijn ook andere organisatie-aspecten gewijzigd; bijvoorbeeld de uitwerking van stelselwijzigingen, veranderingen in financiering en budgettering, invoering van een managementteam en (beginnende) kanteling van de organisatie. In het in 1993 opgestelde beleidsplan zijn wel doelstellingen geformuleerd maar voornamelijk in kwalitatieve termen; eerst in de loop van 1994 en 1995 zijn gegevens over de productiviteit van medewerkers ter beschikking gekomen. Vanwege de dynamische omschrijving van het kwaliteitssysteem was het - ook achteraf gezien - bij aanvang bijzonder moeilijk geweest een nulmeting te verrichten. Ook de ontwikkeling van- en de ervaring met evaluatiemodellen, zoals verder in dit hoofdstuk beschreven, was toen minder of zelfs afwezig. Het effect van de invoering van het kwaliteitssysteem zal dus in zeer beperkte mate in vergelijkende zin te beschrijven zijn.

Dit betekent dat in eerste instantie een evaluatie van de situatie na drie jaar investeren in kwaliteitszorg zal moeten plaatsvinden: het ontwikkelingsstadium wordt beschreven. Er kan worden onderzocht of er effect van het kwaliteitssysteem op de prestaties van de organisatie aantoonbaar is. Daartoe moet worden



nagegaan of er methoden of instrumenten voor de beantwoording van beide vragen beschikbaar zijn. Daarna kan onderzocht worden of bepaalde determinanten aanwijsbaar zijn welke hierop invloed hebben uitgeoefend, bijvoorbeeld door correlaties te leggen tussen bepaalde bevindingen en de mate waarin men met kwaliteitsactiviteiten in aanraking is geweest.

Het operationaliseren van de stand van zaken en het effect van kwaliteitszorg op organisatieniveau kan geschieden met behulp van in het bedrijfsleven ontwikkelde analysemethoden.

a. Uitgaande van het op de NEN-ISO richtlijn gebaseerde bedrijfsketenmodel zou als eerste certificatie door een daartoe geaccrediteerd instituut te overwogen zijn. De gehanteerde dynamische aanpak en het vermijden van strikte normering en interne regelgeving in de beginfase, leidt echter op voorhand tot de conclusie dat certificatie, als analysemethode, weinig zinvol is. Bovendien worden dan geen resultaten onderzocht maar veeleer het voldoen aan door de organisatie zélf of het certificatie-instituut gestelde normen. In beperkte mate wordt de stand van zaken vastgesteld, effecten worden niet geanalyseerd. Over validiteit en betrouwbaarheid is weinig bekend. Vanwege de uitgebreide toepassing mag inmiddels wel een empirisch opgebouwde interne validiteit verondersteld worden. Over geschiktheid over gebruik in de zorgsector bestaan echter vragen (Stichting HKZ 1996) In het kader van CTA lijkt deze methode te weinig op ontwikkeling gericht en te zeer een star, extern kader te gebruiken.

b. Vervolgens kan overwogen worden de op het model van de Europese Foundation for Quality Management gebaseerde evaluatie volgens het systeem van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK) te gebruiken. Dit model is vooral bedoeld als hulpmiddel voor organisaties om de interne situatie ten aanzien van kwaliteitszorg te evalueren. Het begint met een zelfevaluatie, waarna een diepergaand onderzoek binnen de organisatie plaatsvindt en besloten kan worden tot aanmelding voor de Nederlandse Kwaliteits Prijs. Er bestaan echter geen extern valide resultaat- en beoordelingscriteria, dit wordt in de praktijk opgevangen door een systeem van externe auditoren. Deze voeren na aanmelding een externe audit uit.

Een individuele organisatie kan zich uitsluitend toetsen aan door de organisatie zelf opgestelde doelen en criteria welke, indien gewenst, vervolgens door een extern auditorenteam geverifieerd en beoordeeld kunnen worden.

In hoofdstuk twee is reeds enige kritiek op dit model gegeven. Op de eerste plaats de TQM-benadering, waarbij alle bedrijfsonderdelen als onderdeel van kwaliteitszorg worden beschouwd. Geconstateerd is dat diverse fasen dooreen

kunnen lopen en de hiërarchie daarvan kan worden bekritiseerd. Zo is het bijvoorbeeld de vraag of in de gezondheidszorg "ketenkwaliteit" niet altijd al impliciete aandacht heeft gehad en of de "waarde" ketenkwaliteit (in de gezondheidszorg) niet hoger of van andere orde moet worden ingeschat dan TQM. Uit de eerder beschreven inventarisatie uit 1995 onder 1147 Nederlandse instellingen bleek bij vergelijking van de resultaten tussen de instellingen bij factoranalyse de verdeling in INK-aandachtsgebieden niet stand te houden. Ook de interactie tussen professies (en hun professionele kwaliteitszorg) en het management roept vragen op; welke items vallen onder de autonome professionele kwaliteitszorg en wat is werkelijk door het management te beïnvloeden?

Er is inmiddels door veel, met name profit, organisaties met de zelfevaluatie gewerkt en de opgedane ervaringen hebben in 1996 tot aanpassing van de systematiek voor non-profit organisaties geleid. Empirisch lijkt zo een stevige methodiek te zijn ontstaan.

Øvretveit (1994) heeft in een overzichtsstudie van diverse audit-systemen (bijvoorbeeld EFQM, Baldrige National Quality Award en Kings Fund National Accreditation Framework) vastgesteld, dat er een grote overlap tussen deze modellen bestaat. Tekortkomingen liggen volgens hem vooral op de scores voor gebieden als organisatiecultuur, personele tevredenheid en fysieke omstandigheden. Zijn conclusie is dat het moeilijk is, op basis van de beschikbare gegevens over deze methoden, met een dergelijke audit de kwaliteit van het zorgproduct te voorspellen. Hij komt niet tot een duidelijk voorkeur, maar beveelt wel verdere ontwikkeling aan.

c. Op de derde plaats kan gebruik gemaakt worden van het model voor externe toetsing binnen de revalidatiebranche.

In de loop van 1994 en 1995 is door de VRIN hiervoor een systeem ontwikkeld dat het primaire proces op verschillende niveaus analyseert. Deze niveaus zijn: de individuele behandeling, de teambehandeling, het behandelprogramma in de organisatie en de behandeling in het kader van het revalidatienetwerk. Daar dit systeem aanvankelijk sterk gericht was op externe profilering, is het model nog overwegend procesgericht. Organisatiekenmerken, zoals een functionerend kwaliteitssysteem, zijn er slechts beperkt in opgenomen.

De toetsing vindt plaats aan de hand van een zelfevaluatielijst en vooraf opgevraagde documentatie. Een uit collega-instellingen samengesteld visitatie-team, ondersteund door een extern deskundige, verricht vervolgens een gestructureerd 2-daags visitatiebezoek en stelt een rapport met bevindingen en aanbevelingen op.

Gezien het ontwikkelingsstadium zijn nog weinig harde criteria vastgesteld, het kunnen aantonen dat men begonnen is iets te ontwikkelen is voldoende voor

een beperkte positieve score. Bovendien toetst men vooral het proces en niet zozeer de resultaten. Het geheel is sterk empirisch en niet methodologisch onderbouwd. Pas in de loop van de komende jaren zal dit toetsingsmodel zich tot een instrument met een zekere externe validiteit ontwikkelen. Dat neemt niet weg dat items, die voorkomen op de zelfevaluatielijst, bruikbaar kunnen zijn voor een evaluatie-onderzoek.

d. Een laatste mogelijkheid is zelf een evaluatie-instrument te ontwerpen en dat op de organisatie toe te passen. Hierbij zou op basis van bestaande theorieën en literatuurgegevens gezocht moeten worden naar meetbare variabelen. Dit kan overwogen worden bij gebrek aan bestaande instrumenten of bij onvoldoende theoretische onderbouwing van deze instrumenten. De theoretische onderbouwing en empirische kennis van diverse methoden is echter inmiddels zodanig, dat een vertaling naar een voor deze specifieke setting en vraagstelling geschikte vorm verantwoord lijkt.

Wanneer de diverse methoden naast elkaar worden gezet (zie ook tabel 10.1.) dan blijken vooral de validiteit, de betrouwbaarheid en de mogelijkheid van statistische bewerking van de uitkomsten een probleem. De interne validiteit lijkt bij het ISO- en INK-model op basis van ruime ervaring empirisch te onderbouwen; de validiteit bij gebruik voor vergelijking tussen organisaties - de externe validiteit - niet, tenzij aangekomen wordt dat het systeem van externe audits daarin voorziet. Tenslotte zijn geen gegevens over de betrouwbaarheid aangetroffen.

De evaluatiemethode van het Instituut Nederlandse Kwaliteit lijkt empirisch het best onderbouwd, hoewel ook hiervan geen externe validering heeft plaatsgevonden. Het accent op de ontwikkelingsfasering maakt dat deze methode tevens het best binnen een CTA-benadering te passen is.

**Tabel 10.1.: Vergelijking van diverse voor Het Roessingh beschikbare instrumenten voor evaluatie van kwaliteitszorg (Dit proefschrift).**

	ISO	EFQM/INK	VRIN
Aansluiting op de kwaliteitssysteemkeuze van Het Roessingh	±	±	±
Gericht op kwaliteitszorg of kwaliteitssysteem	+	+	-
Gericht op meting van resultaten	-	±	-
Valide bij meting per organisatie (intern)	+ empirisch	+ empirisch	±
Valide bij vergelijking tussen organisaties (extern)	- geen statistisch onderzoek + bij externe audit	- bij statistische vergelijking + bij externe audit	- geen onderzoek ± bij externe audit
Betrouwbaarheid	?	?	?
Statistische bewerking beschreven	-	+	-
Aansluiting bij CTA	-	±	-

± in bepaalde mate

+ voldoet

- voldoet niet

#### Onderzoek onder medewerkers.

Eerder is beschreven dat verbetering van de (resultaten van de) organisatie in de ogen van de medewerkers ook een belangrijk ijkpunt is bij het doen van onderzoek naar de effecten van de introductie van een kwaliteitssysteem. Naast de (zelf-)evaluatie op managementniveau kan een diepgaander onderzoek onder de medewerkers gehouden worden door een op het model van de Nederlandse Kwaliteit gebaseerde, maar methodologisch beter onderbouwde, vragenlijst voor te leggen. Dit sluit aan bij de INK systematiek waarbij na de zelfevaluatie ofwel verder onderzoek ofwel verbeteractiviteiten volgen. Ook methodologisch is er een reden om niet alleen op managementteamniveau, maar ook onder de medewerkers onderzoek te doen. Het opereren op strategisch, tactisch of operationeel niveau kan tot inschattingsverschillen leiden. De

individuele medewerker beoordeelt de effecten van kwaliteitszorg op datgene wat hij of zij daar in de dagelijkse praktijk van merkt. De directie zal impliciet of expliciet een vergelijking met andere organisaties laten meewegen en veeleer een macro-oordeel over de eigen organisatie geven. Enkele zeer globale toetsen, voorgelegd aan deelnemers van diverse in hoofdstuk vijf beschreven trainings-trajecten, leken deze aanname te bevestigen. Het niveau van functioneren in de organisatie lijkt de wijze van beantwoording te kunnen beïnvloeden.

In het INK-model is "waardering door personeel" één van de resultaatgebieden. Het stimuleren van verbetering van de mate van tevredenheid over de eigen werksituatie ("plezier in het werk") was één van de redenen kwaliteitszorg in te gaan voeren. De waardering door het personeel kan grondiger worden onderzocht door een bestaand instrument voor het meten van medewerkerstevredenheid te gebruiken.

Wellicht zijn aan een onderzoek onder medewerkers ook gegevens te ontfanen over de cultuur binnen de organisatie. Shortell e.a. (1995) vonden in een onderzoek onder 61 ziekenhuizen in de Verenigde Staten dat activiteiten op het gebied van kwaliteitsverbetering vooral met een participatieve, flexibele en ondernemende organisatiecultuur correleerden. Het voldoen aan bepaalde criteria, gerelateerd aan TQM, leek geen relatie te hebben met de mate van invoering van kwaliteitsverbetering.

Bij de aanvang van enkele cursussen, die in hoofdstuk vijf zijn beschreven, zijn door het begeleidend bureau eenvoudige cultuurtoetsen afgenomen. Op een 3-puntsschaal (1 = slecht, 2 = redelijk, 3 = goed) werd een uitspraak gescoord over de aspecten flexibiliteit, teamgeest, leervermogen en sfeer. Deze werden getotaliseerd per medewerker, waarbij 4, prima, en 12, niet goed, betekende. De betrokken medewerkers (n = 23) scoorden gemiddeld 6 op de schaal van 4-12. Het ging hier om kleine aantallen en metingen op verschillende momenten. De indruk bestaat dat er sprake is van een voor kwaliteitszorg gunstige cultuur, een uitgebreider onderzoek onder de medewerkers zou dit kunnen bevestigen. Medewerkerstevredenheid zou niet slechts als effect, maar ook als positief beïnvloedende variabele gezien kunnen worden. Het meten daarvan levert wellicht verklarende informatie op voor de wijze van beantwoording van vragen over het effect van kwaliteitszorg.

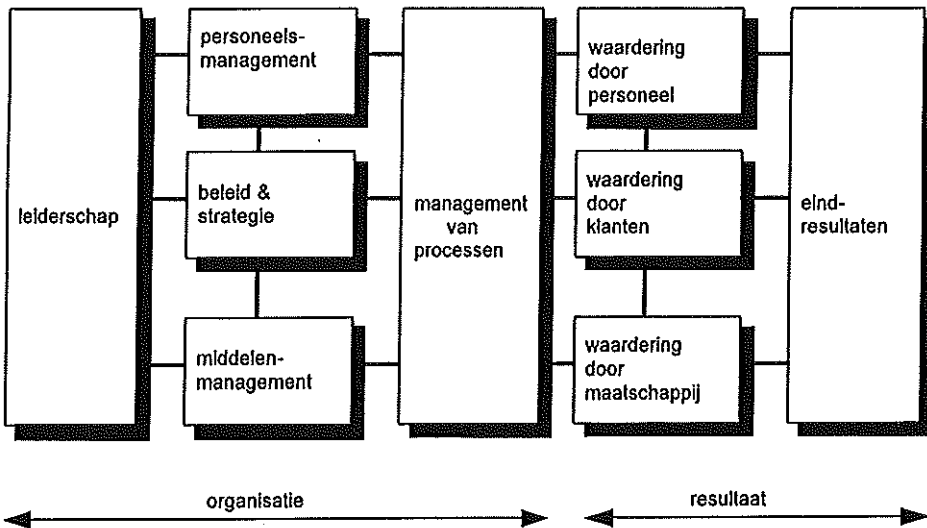
De kwaliteits-zelfevaluatie zal daarom aangevuld worden met een onderzoek onder de medewerkers; dit onderzoek zal bestaan uit een aantal vragen, gebaseerd op het INK-evaluatiemodel én een medewerkerstevredenheidsonderzoek.

### 10.3. Zelfevaluatie volgens het Model Nederlandse Kwaliteit

#### 10.3.1. Nadere uitwerking van de onderzoeksmethode

In hoofdstuk twee en eerder in dit hoofdstuk is reeds ingegaan op het model waarop de zelfevaluatie volgens het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit gebaseerd is. In onderstaand figuur staan de aandachtsgebieden aangegeven.

*INK model*



**Figuur 10.2.:** Aandachtsgebieden INK-model

Eerst wordt bepaald op welk aggregatieniveau of voor welk organisatie-onderdeel de score zal worden vastgesteld. Voor de score op de organisatiegebieden is in de "Handleiding, Positiebepaling en Verbeteren" van het Instituut Nederlandse Kwaliteit, een matrix ontwikkeld welke rekening houdt met de eerder omschreven ontwikkelingsfasen van kwaliteitszorg. Op de x-as bevinden zich de ontwikkelingsfasen en op de y-as de deelaspecten per aandachtsgebied. Het is daarbij de bedoeling dat alleen positief wordt gescoord indien voor het betref-

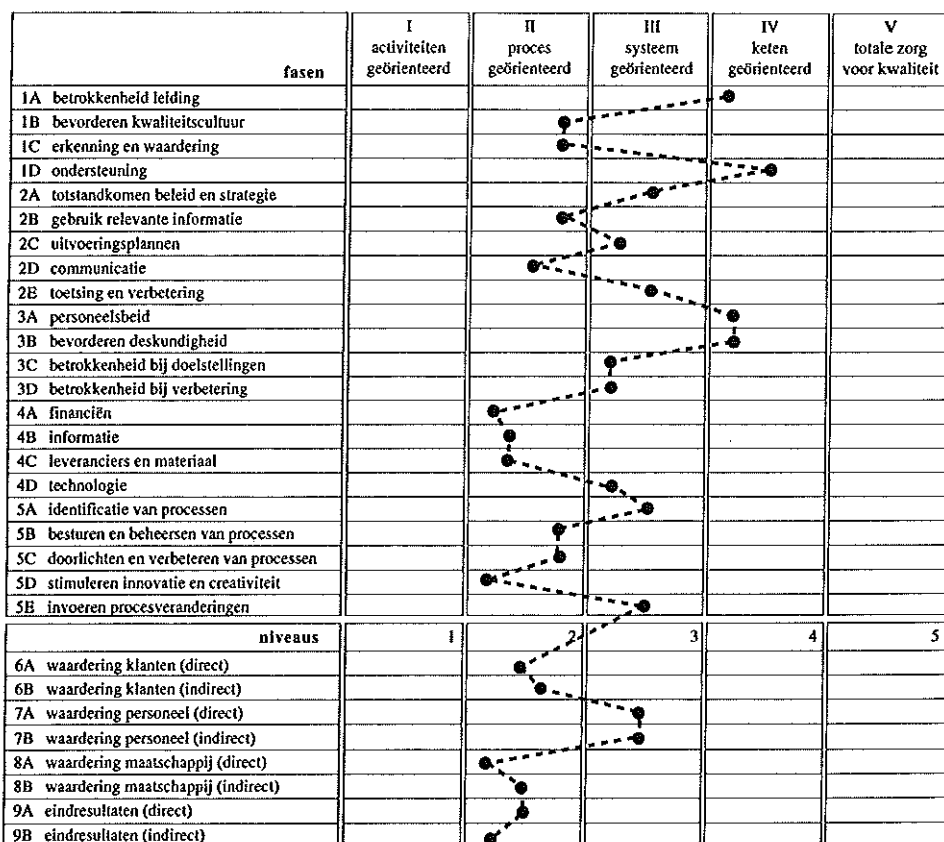
fende item aantoonbare gegevens beschikbaar zijn. Vervolgens kan men uiteindelijk alleen positief scoren voor een bepaalde fase als ook de voorliggende fasen positief waren (Reeds eerder is de vraag opgeworpen of dit voor de gezondheidszorg wel geldig is).

Op basis van de ingevulde matrix komt men tot een gemiddelde score per organisatie-aandachtsgebied.

Voor de resultaatgebieden wordt ook een score berekend. Hierbij dienen echter de (in)directe maatstaven, die het meest relevant voor de betrokken organisatie zijn, zélf te worden geselecteerd. Vervolgens wordt eerst gescoord op de vraag of er überhaupt gegevens beschikbaar zijn.

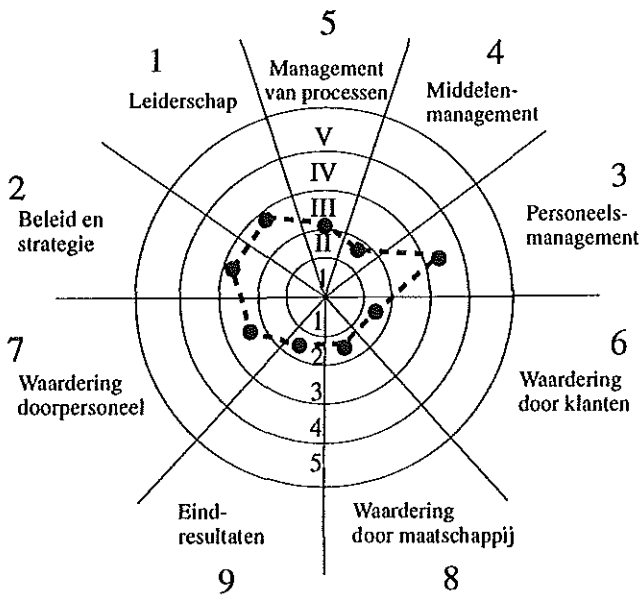
Daarna de vragen of er een trend op basis van de gegevens te ontdekken is; hoe de prestatie is ten opzichte van (geformuleerde) doelstellingen en hoe men zijn prestaties inschat ten opzichte van vergelijkbare en excellente organisaties. De score hangt dus af van de beschikbare informatie én de daaruit blijkende positieve resultaten. Een X wordt ingevuld als gegevens beschikbaar zijn. Vervolgens een (+), (0) of (-) als de prestaties respectievelijk positief, gelijk of negatief zijn. Indien de prestaties niet te beoordelen zijn, wordt niets ingevuld, het vakje blijft leeg. Om tot een score per maatstaf te komen worden X en het aantal positieve scores opgeteld. In bijlage 1 worden de resultaatgebieden en de gehanteerde directe en indirecte maatstaven beschreven.

Voor een totaaloverzicht kunnen de scores vervolgens overgebracht worden in een profiel, waarbij de fasering op de aandachtsgebieden per deelaspect en de resultaatgebieden voor de directe en indirecte maatschaven als geheel wordt aangegeven (zie fig. 10.3.). De totale score per aandachts- en resultaatgebied kan grafisch in een "spinnenweb" worden gepresenteerd (zie fig. 10.4.).



**Figuur 10.3.:** Voorbeeld van een profielschets. Uit: Handleiding; positiebe-paling en verbetering. Instituut Nederlandse Kwaliteit 1996





**Figuur 10.4.:** Voorbeeld van een ingevulde spinnenweb. Uit: Handleiding; positiebepaling en verbetering. Instituut Nederlandse Kwaliteit 1996.

Het spinnenweb bevat vijf ringen, die de ontwikkelingsfasen voor de organisatie-aandachtsgebieden (bovenste helft) en de niveaus voor de resultaatgebieden (onderste helft) weergeven).

Volgens een aantal stappen - waarop nu niet verder wordt ingegaan - ontstaat zo een oordeel van bijvoorbeeld de top van de organisatie over de stand van zaken van kwaliteitszorg in de eigen organisatie. Ondanks het grote aantal keren dat de methode inmiddels (voornamelijk in het bedrijfsleven) is toegepast, blijft het geheel een subjectief karakter houden.

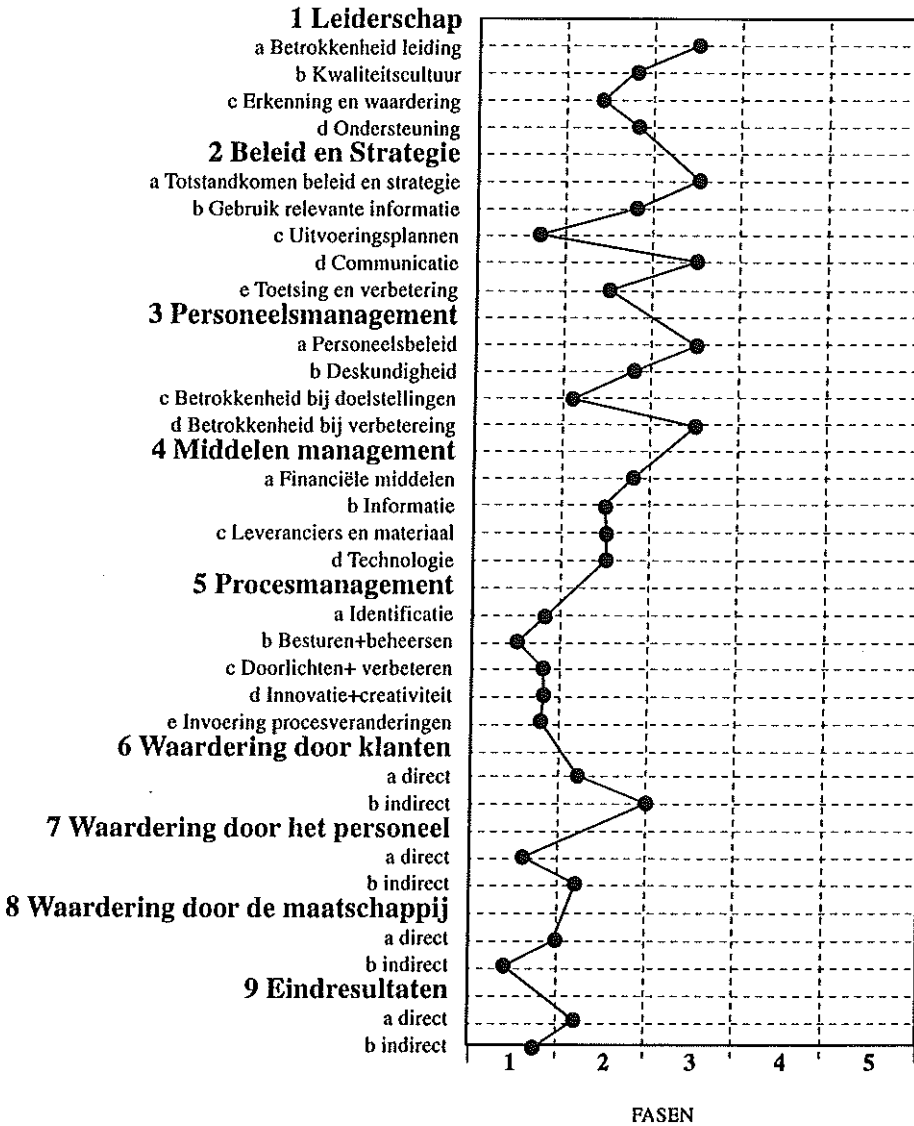
### 10.3.2. Resultaten Zelfevaluatie INK

Als aggregatieniveau is de organisatie als geheel en het functioneren op directie- en management team-niveau genomen. De zelfevaluatie is begeleid door een projectmedewerker die ervaring met het INK-model had. Alle leidinggevenden (n = 13) op het aangegeven niveau hebben schriftelijk informatiemateriaal ontvangen. Alvorens men met scores begon, is een informatiebijeenkomst

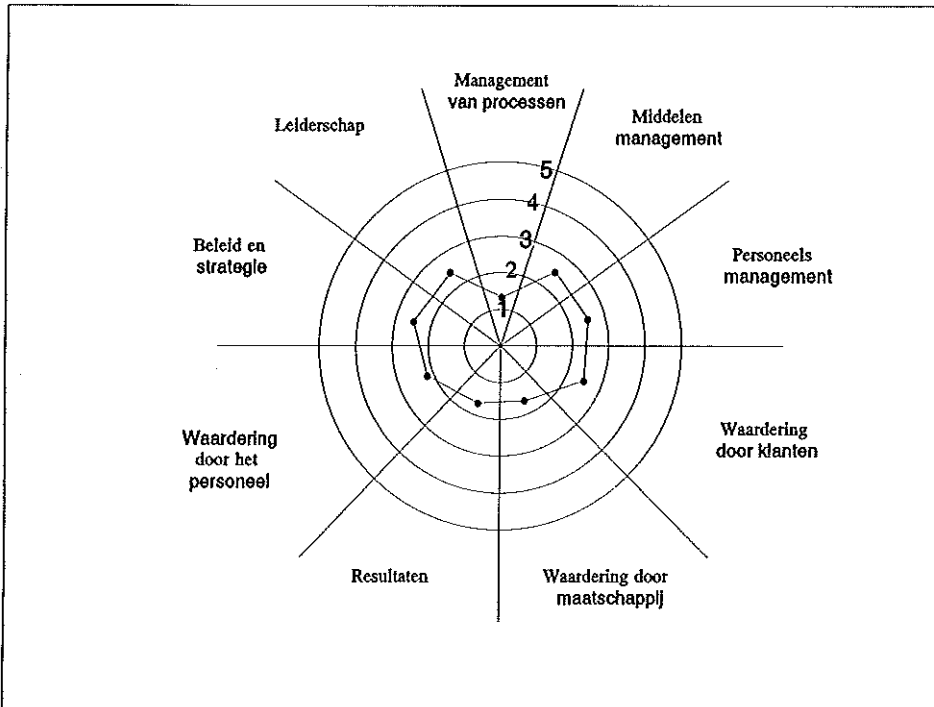
georganiseerd. Van de voorlichtingsbijeenkomst, via het persoonlijk invullen van het scoreformulier en vorming van een gezamenlijk oordeel, tot en met afgeronde rapportage, duurde dit proces 8 weken. De begrippen leverancier, gebruiker en opdrachtgever dienden voor de zorgsector te worden aangepast; dit werd respectievelijk leverancier, patiënt/cliënt, verwijzer. Bij het kiezen van relevante maatstaven voor de verschillende resultaatgebieden werd naast de in de INK-handleiding gegeven mogelijkheden, waar mogelijk van de VRIN-zelfevaluatie-items voor externe toetsing gebruik gemaakt (zie ook bijlage 1).

Bij het invullen van de scores op de diverse deelaspecten werd de onbekendheid met bepaalde delen en activiteiten van de organisatie als een probleem ervaren. In sommige gevallen kon eerst tijdens de bijeenkomst, waarin tot een gezamenlijk oordeel moest worden gekomen, op basis van informatie van de betrokken leidinggevende geverifieerd worden wat de stand van zaken was. Deze onderlinge uitwisseling werd als positief neveneffect van deze exercitie ervaren. De voorwaarde dat er "aantoonbaar bewijs" zou dienen te zijn om tot een bepaalde score over te gaan, leidde tot problemen. Wellicht dat hier een nadeel van een meer dynamische aanpak van de invulling van het kwaliteitssysteem zichtbaar wordt; er was immers gekozen voor een zo beperkt mogelijke schriftelijke normering (vastleggen van regels, procedures etc.). Er was overigens slechts één bijeenkomst nodig om tot consensus over de scores te komen. De snelheid van consensusvorming impliceert een grote mate van betrouwbaarheid van de beantwoording.

In figuur 10.5 en 10.6 worden de scores van Het Roessingh in de profielschets en het "spinnenweb" volgens het model Nederlandse Kwaliteit weergegeven.



**Figuur 10.5.:** Profielschets INK-zelfevaluatie, Het Roessingh 1996



**Figuur 10.6.:** *Spinnenweb, Het Roessingh 1996*

Het blijkt dat de meeste organisatie-aandachtsgebieden in fase II scoren. Fase II is procesgeoriënteerd, hierin staat het primair proces en de beheersing daarvan centraal. Hoewel een aantal managementleden aanvankelijk een score in fase III (systeemgeoriënteerd) of IV (ketengeoriënteerd) overwogen, was de eis van (schriftelijke) aantoonbaarheid de reden van bovengenoemde uitkomst. In de regel is er sprake van een overgang van proces- naar systeemgeoriënteerd werken. Uitzondering hierop vormt het aandachtsgebied "procesmanagement" zelf. Wanneer de diverse deelaspecten hiervan over de gehele organisatie worden beoordeeld, dan is fase II nog niet bereikt. De redenen hiervoor liggen overwegend bij het gebrek aan vastgelegde normen en procedures én de organisatie-inrichting (dienstenstructuur).

De resultaatgebieden scoren eveneens betrekkelijk laag; dit is vooral een gevolg van het ontbreken van relevante informatie. Het systeem van het model INK vraagt om geformuleerde doelstellingen en beschikbare informatie over de resultaten van vergelijkbare- én van excellente organisaties. Het gebrek aan

gegevens over bijvoorbeeld "waardering door het personeel" in het kader van de zelfevaluatie, onderstreepte de noodzaak daar nader onderzoek naar te doen.

Walburg heeft in zijn inaugurele rede (1997) een inschatting gegeven van de gemiddelde scores van de instellingen in de Nederlandse gezondheidszorg onder andere op basis van het eerder genoemde Nivel-onderzoek (Wagner c.s. 1995). Hiermee vergeleken is Het Roessingh gemiddeld genomen bijna één fase verder, het procesmanagement uitgezonderd.

	Het Roessingh	NL-gezondheidszorg (cf. Walburg)
Leiderschap	2,4	2,3
Beleid en strategie	2,4	1,4
Personeelsmanagement	2,5	1,4
Middelmanagement	2,4	0,9
Procesmanagement	1,4	2,4
Waardering klanten	2,4	1,2
Waardering personeel	2,5	0,5
Waardering maatschappij	1,8	1,1
Eindresultaten	1,8	0,9

Per aandachtsgebied zijn enkele opvallende bevindingen te constateren. Bij leiderschap is er volgens de INK-systematiek sprake van overgang van fase II naar fase III, van proces- naar systeemgeoriënteerd. Er werden enkele aandachtspunten geformuleerd, bijvoorbeeld het onderkennen en verbeteren van de voorbeeldrol van het management op het gebied van kwaliteitsmanagement en het verder bevorderen van afdelingsoverschrijdende betrokkenheid bij kwaliteitsacties. In dit eerste aandachtsgebied zou op een aantal deelaspecten fase IV (ketengeoriënteerd) gescoord kunnen zijn. Omdat fase II echter als onvoldoende werd beoordeeld, werd die score nergens gehaald. Dit gold ook voor beleid en strategie, waarbij vastgesteld werd dat deelaspect a: "Totstandkoming van beleid en strategie" op de overgang van fase III en IV scoorde. Bij dit gebied werd wel vastgesteld, dat de vertaling van beleid in uitvoeringsplannen op afdelings- en clusterniveau achterbleef in fase I. Bij personeelsmanagement

werd geconstateerd dat medewerkers onvoldoende bij de beoordeling van de eigen dienst en het formuleren van prestatie-indicatoren en doelstellingen betrokken werden. Voor middelenmanagement ontbreekt een informatiesysteem met meer dan alleen financiële prestatie-indicatoren en er is geen sprake van het systematisch vastleggen van ervaringen met kennisontwikkeling en aanschaf van technologie. Procesmanagement scoort vooral in fase I en er is daarbij ook nog onvoldoende onderlinge afstemming en eenduidigheid in werkwijzen. Volgens het model INK dienen er doelen en normen per processtap te worden geformuleerd en dient daarvoor relevante informatie te worden gegenereerd. Het is de vraag of gemiddeld genomen in de Nederlandse gezondheidszorg wél aan deze voorwaarden voldaan wordt; de relatief hoge score van Walburg (1997) op dit aandachtsgebied roept daarom vragen op.

Als belangrijkste conclusie voor de resultaatgebieden gold dat hiervoor primair doelstellingen dienen te worden geformuleerd en vastgelegd en informatie moet worden verzameld (bijvoorbeeld van andere revalidatiecentra). Eerste pogingen ten aanzien van dit laatste doen overigens vermoeden dat dit niet zo eenvoudig is. Zeker over een gebied als "waardering door de maatschappij" ontbreken gegevens over behoeften en verwachtingen vanuit de externe omgeving.

Het bleek dat de INK-systematiek bruikbaar was voor een zelfevaluatie en tot identificatie leidt van verbeterpunten, met name wanneer die gesignaleerd worden op de overgang van diverse kwaliteitsontwikkelingsfasen. De noodzaak van aantoonbare gegevens voor een bepaalde score staat enigszins op gespannen voet met de door de instelling gedane keuze voor een meer dynamische aanpak van kwaliteitszorg. Vooral bij het aandachtsgebied "management van processen" leidt dit tot een lage score, mede omdat de organisatie nog functioneel - naar diensten - ingedeeld is. De ketengeoriënteerdheid van de revalidatie komt bij leiderschap en beleid en strategie ten gevolge van het scoresysteem eveneens onvoldoende tot zijn recht. Ondanks de ketenoriëntatie zou ook op het gebied procesmanagement laag gescoord zijn omdat voor een fase IV-score de processen tussen de verschillende schakels in de keten veel meer geformaliseerd dienen te zijn. Het gebruik van items uit de externe toetsing van de VRIN (zie bijlage 1) voor de keuze van resultaatmaatstaven gaf een beperkte externe validiteit aan de beoordeling van deze gebieden. Het gebrek aan harde informatie - zoals in de regel in de gezondheidszorg het geval is voor deze items - leidt ofwel tot een zeer subjectieve of een zeer lage score. Dit maakt het moeilijk (externe) conclusies te verbinden aan de scores op de resultaatgebieden in een INK-zelfevaluatie door een zorginstelling.

## 10.4. Het onderzoek onder medewerkers

### 10.4.1. Onderzoeksofzet en verwachte uitkomsten

In 10.2. is geconcludeerd dat de zelfevaluatie aangevuld zou moeten worden met een nader onderzoek onder het personeel, gebaseerd op het model-INK en een medewerkerstevredenheidsonderzoek.

De door directie en management team uit te voeren zelfevaluatie geeft een eerste overzicht van de scores op de verschillende aandachtsgebieden. De nadere uitwerking in de door het gehele personeel in te vullen vragenlijst en de uitkomsten van het medewerkerstevredenheidsonderzoek geven een grondiger beschrijving van de opvattingen over de werksituatie en het oordeel over dezelfde aandachtsgebieden in (grote delen van) de organisatie. Het zou kunnen zijn dat niet alleen deelname aan of inzicht in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem, maar ook andere factoren van belang zijn voor de wijze van beantwoorden. Daarom dient te worden onderzocht in hoeverre bepaalde determinanten van invloed lijken te zijn op de beantwoording door het personeel. Te denken valt aan: deelname aan kwaliteitsactiviteiten, hiërarchische positie, algemene kenmerken, leiderschapsaspecten, flexibiliteit, etc. Deze determinanten zouden van belang kunnen zijn voor de keuzes met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Op grond van de theoretische overwegingen en bevindingen in de hoofdstukken twee, vijf en tien is te verwachten dat enkele correlaties te leggen zijn.

Een van de doelstellingen van kwaliteitsbeleid (ook wel als resultaat betiteld) is de tevredenheid van of waardering door het personeel (Deming 1982, Imai 1987, INK 1996). Verwacht mag worden dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten positief correleert met het oordeel over diverse aspecten van de werksituatie.

Naar aanleiding van de bevinding in hoofdstuk vijf over de rol van communicatie en informatie kan verondersteld worden dat een het oordeel over communicatieaspecten positief correleert met deelname aan kwaliteitsactiviteiten.

Op grond van onder andere het onderzoek van Shortell e.a. (1995) kan verwacht worden dat de houding ten opzichte van cultuurgerelateerde kenmerken in het medewerkerstevredenheidsonderzoek positief correleert met het oordeel over de organisatie-aandachts- en resultaatgebieden.

Het verschil in niveau van opereren binnen de organisatie (operationeel, tactisch, strategisch) kan leiden tot een verschillende waardering van diverse organisatie-aspecten (2.4. en 10.2.). De veronderstelling dat, naar mate men aan meer personen leiding geeft (verder van het operationele vlak en meer op het strategisch niveau functioneert) er een positiever oordeel bestaat over de resultaatgebieden, dient dus getoetst te worden.

Het lijkt voor de hand liggend te veronderstellen dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten positief correleert met het oordeel over organisatie-aandachts- en resultaatgebieden. Naast een statistische toetsing van deze mogelijke correlatie is het van belang na te gaan welke (onafhankelijke) variabelen welke mate van invloed uitoefenen op het oordeel over de eindresultaten. Het is mogelijk dat de score op bepaalde aspecten van de organisatie-aandachtsgebieden of kenmerken in het medewerkerstevredenheidsonderzoek vergaand bepalend lijken voor of correleren met het oordeel over de eindresultaten. Wellicht is, in een multipele regressie analyse, aantoonbaar in welke mate het oordeel over de eindresultaten door scores op bepaalde deelaspecten of aandachtsgebieden bepaald wordt. Indien een hoge respons wordt bereikt, kan immers in vergaande mate aangenomen worden dat een nagenoeg objectief oordeel over de status quo verkregen wordt. Dit natuurlijk onder voorbehoud dat er geen aanwijzingen gevonden worden voor collectieve bedrijfsblindheid op bepaalde onderdelen (en het in acht nemen van de hiërarchische positie).

Ter uitsluiting van een negatief effect van de arbeidsomstandigheden op de beoordeling, wordt ook de correlatie tussen de houding ten opzichte van de fysieke arbeidsomstandigheden en de resultaatgebieden nagegaan.

#### **10.4.2. Constructie van de vragenlijst voor medewerkers, gericht op de organisatie-aandachts- en resultaatgebieden**

Voor het construeren van de vragenlijst die aan het personeel wordt voorgelegd, wordt uitgegaan van het model-INK. De keuze van een methode voor het andere deel, het medewerkerstevredenheidsonderzoek wordt in 10.4.3. behandeld. Uitgaande van de verdeling in organisatie- en resultaatgebieden dient een aantal vragen geformuleerd te worden die zo goed mogelijk moeten aansluiten op de kenmerken van de revalidatie. Daartoe staat een aantal bronnen ter beschikking. Het gaat dan om eerder onderzoek waarbij vragenlijsten zijn gebruikt op basis van het model-INK en de zelfevaluatie-checklist zoals wordt toegepast in de procedure voor externe toetsing van de VRIN.



a. Eerdere toepassingen van het model-INK voor de constructie van vragenlijsten.

Wagner e.a. (1995) hebben een inventarisatie gedaan naar de stand van zaken van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. Zij hebben een enquête uitgevoerd met een vragenlijst, opgesteld op basis van het model-INK; ze hebben de aandachtsgebieden "middelenmanagement, waardering door de maatschappij en ondernemingsresultaten" niet gebruikt (vooral om de omvang van de vragenlijst beperkt te houden). Zij kwamen tot de conclusie dat de bestaande aandachtsgebieden te weinig samenhang vertoonden en door middel van factor-analyse hebben zij "nieuwe" gebieden geformuleerd (Procesbeheersing door deelsystemen; Personeelsbeleid; Participatie van cliënten/patiënten; Beleid en strategie; Procesbeheersing door normering). De nieuw geconstrueerde gebieden laten ten opzichte van het oorspronkelijke model "Leiderschap", "Waardering door het personeel" en "Waardering door klanten" wegvallen. Het is niet uit te sluiten dat deze in de zorgsector in de organisatie-ontwikkeling nog weinig aandacht hebben gekregen en de vragen daarover minder consistent beantwoord zijn. Wellicht heeft de weinig consistente beantwoording te maken met het gegeven dat de INK-methode niet voor inter-institutionele vergelijking bedoeld is. Het is in eerste instantie geschikt voor een beoordeling van de eigen organisatie en beantwoording ten behoeve van landelijke vergelijking heeft dus een sterk subjectief karakter, zeker wanneer ingevuld door een directie of managementteam-lid. Voor het construeren van een vragenlijst voor dit onderzoek kunnen deze constatering voornamelijk als achtergrondinformatie worden beschouwd.

Door het Nationale Ziekenhuis Instituut (School e.a. 1993) is een "checklist kwaliteitszorg ziekenhuizen" ontwikkeld op basis van het model-INK. Het betreft vragen die concrete kwaliteitszorgactiviteiten betreffen en vragen die gericht zijn op het zichtbaar maken van de samenhang tussen de verschillende kwaliteitszorgactiviteiten. Van den Hurk (1995) heeft deze checklist gebruikt als uitgangspunt voor een vragenlijst welke was bedoeld voor een uitgebreide zelfevaluatie op basis van een steekproef onder het personeel van een ziekenhuis te Helmond. Geconcludeerd werd dat de diagnostische waarde duidelijk gebleken is. Er is evenwel geen statistische analyse ten aanzien van interne consistentie en eventuele correlaties gepleegd.

Boot e.a. (1996) hebben in opdracht van het Instituut Nederlandse Kwaliteit een inventarisatie uitgevoerd naar de stand van zaken ten aanzien van de toepassing van kwaliteitszorg in het Nederlandse bedrijfsleven. Aan 700

ondernemingen met meer dan 50 medewerkers is een vragenlijst, gebaseerd op de organisatie-aandachtsgebieden van het model-INK, voorgelegd. Uit statistische analyse bleek het model intern consistent. In tegenstelling tot de uitkomsten van het Nivel-onderzoek was er dus geen aanleiding tot herformulering van aandachtsgebieden. Niet bekend is hoeveel zorginstellingen zich onder de benaderde bedrijven bevonden, waarschijnlijk is dit aantal te verwaarlozen. Ook hiervoor geldt dat de gebruikte vragenlijst als achtergrondinformatie voor indeling, opzet en formulering van de eigen vragenlijst te gebruiken is.

- b. De Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland (VRIN) heeft in de loop van 1994 en 1995 een systeem van externe toetsing voor de aangesloten leden ontwikkeld.

Door middel van interviews met externe belanghebbenden, onder andere vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, inspectie voor de gezondheidszorg, zijn relevante kwaliteitsaspecten geïnventariseerd: integraal, klantgericht, transparant, continu, doelgericht en doelmatig, deskundig, kwaliteitszorg. Deze zijn vervolgens gecategoriseerd naar een aantal niveaus van handelen:

- het individueel revalidatieproces.
- behandelprogramma voor een bepaalde doelgroep.
- zorgaanbod in het algemeen en organisatie van de instelling.
- functioneren in het regionaal netwerk of zorgcircuit.

Naast verificatie door middel van een aantal vooraf te overleggen documenten, is een zelfevaluatie-vragenlijst ontwikkeld. Daarbij is van eerdergenoemde bronnen en van door de voorbereidingsgroep opgestelde en door de leden van de VRIN geaccepteerde criteria, gebruik gemaakt.

Deze gegevens dienen ter voorbereiding van- en gelden als aanmeldingsrapport voor de externe toetsing. In de eerste fase van externe toetsing is vooral het verschaffen van feedback aan de betrokken instelling het belangrijkste doel; dit komt ook naar voren aan de hand van de scoremogelijkheden bij de zelfevaluatie. Als voorbeeld enkele vragen:

	1	2	3	4
5.1. Is de specifieke zorgvraag van de patiëntendoelgroep in kaart gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Heeft de instelling een voorlichtingsbeleid ten aanzien van eigen patiëntendoelgroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De score is verdeeld in: 1, nee; 2, in herziening; 3, in ontwikkeling; 4, ja.  
Bij 1, 2 en 3 wordt een toelichting verlangd.

Voor de ontwikkeling van het toetsingskader is geen wetenschappelijk gevalideerde methode gebruikt. Veeleer is men op pragmatische wijze, uitgaande van de verschillende niveaus van handelen en in afstemming met externe stakeholders, tot consensus over criteria gekomen. Hoewel het model zich verder moet bewijzen en mogelijk zal evalueren tot een systeem met toenemende externe validiteit, kan verondersteld worden dat de in dit kader ontwikkelde vragenlijst bruikbare items bevat voor een onderzoek onder het personeel. Deze dienen dan gerubriceerd te worden naar de aandachts- of resultaatgebieden van het model INK voor zover al niet eenduidige informatie over het gevraagde beschikbaar is. Indien dat het geval is komt dat in de zelfevaluatie op directie/managementniveau reeds naar voren.

Gecategoriseerd naar de aandachts- en resultaatgebieden van het INK-model levert een analyse van de zelfevaluatielijst de volgende verdeling van aantallen vragen op.

1. Leiderschap	3
2. Beleid en strategie	11
3. Personeelsmanagement	2
4. Middelenmanagement	4
5. Management van processen	33
6. Waardering door klanten	16
7. Waardering door personeel	-
8. Waardering door de maatschappij	3
9. Eindresultaten	-

Het blijkt dus dat beleid en strategie, waardering door klanten en vooral procesmanagement domineren in de VRIN-zelfevaluatielijst. Daarbij is opmerkelijk dat de deelaspecten van procesmanagement: "stimuleren van innovatie en creativiteit" en "invoeren van veranderingen" in de vragenlijst ontbreken. Niettemin kunnen de in de zelfevaluatie-checklist van de VRIN voorkomende vragen goed gebruikt worden voor de opbouw van de vragenlijst voor onderzoek onder het personeel.

Constructie van de vragenlijst.

Gebaseerd op het model INK, uitgaande van de ervaringen van Van der Hurk (1995) en de VRIN-zelfevaluatie checklist is een vragenlijst opgesteld, waar in alle aandachts- en resultaatsgebieden aan bod komen. Alleen vragen waarover geen eenduidig beeld in de zelfevaluatie naar voren kwam en waar de medewerkers een oordeel over kunnen hebben, zijn opgenomen. Aangezien de INK-zelfevaluatie niet rechtstreeks is omgezet, kan niet getoetst worden of er discrepanties in het oordeel tussen management en medewerkers bestaan; wel zal worden getoetst of er verschil in beoordeling bestaat van de voorgelegde vragen tussen leidinggevenden en medewerkers.

De concept-vragenlijst dient vervolgens getoetst te worden op toegankelijkheid, eenduidigheid en leesbaarheid. Daartoe is het geheel voorgelegd aan een aantal kwaliteitsmentoren. Dat heeft geen nadere aanpassingen opgeleverd. In totaal werden 72 vragen geformuleerd (zie bijlage 2).

#### 10.4.3. Het medewerkerstevredenheidsonderzoek

Het meten van de tevredenheid van het personeel is van belang als waarde op zich én voor het leggen van een relatie met de deelname aan kwaliteitsactiviteiten en het oordeel over de organisatie-aandachts- en resultaatgebieden.

Voor het kiezen van een instrument gaat de voorkeur uit naar een wetenschappelijk onderbouwde, valide en betrouwbare vragenlijst. Een projectgroep heeft een op verzoek van het INK inventarisatie gedaan van beschikbare instrumenten en vragenlijsten (MeteO 1994). De inventarisatie bevat voornamelijk door adviesbureaus zelf ontwikkelde vragenlijsten, waarvan de wetenschappelijke onderbouwing veelal gebrekkig is. Als enige wetenschappelijk onderzochte methode wordt de BASAM genoemd. Uit een overzicht van mogelijke instrumenten voor het meten van psycho-sociale arbeidsbelasting (Schreurs e.a. 1995) valt op te maken dat de BASAM als één van de weinige instrumenten gericht is op het concept arbeidstevredenheid; bovendien is een gevalideerde Nederlandstalige versie beschikbaar.

Bovengenoemde criteria én de mogelijkheid van een gestandaardiseerde statistische bewerking, heeft de keuze op de BASAM (Basisvragenlijst Amsterdam, Biessen 1992) doen vallen. Bovendien is hierbij een vergelijking mogelijk met de resultaten van eerdere onderzoeken onder medewerkers van non-profit instellingen, hetgeen voor dit onderdeel de externe validiteit sterk verhoogt.

De BASAM is onderverdeeld in vijf hoofdvelden:

- Houding ten opzichte van kenmerken van het werk.
- Houding ten opzichte van chef en collega's.

- Houding ten opzichte van beloning:
  - A. hoeveelheid
  - B. instrumentaliteit.
- Houding ten opzichte van de organisatie:
  - A. structurering.
  - B. toegankelijkheid van bedrijfsinstanties.
- Houding ten opzichte van fysieke bedrijfsomstandigheden.

De hoofdvelden kunnen worden verdeeld in (21) deelaspecten, bijvoorbeeld:

- Sociaal emotioneel leiderschap. Een positieve score betekent dat het leidinggeven van de directe chef wordt gekenmerkt door wederzijds vertrouwen tussen leider en ondergeschikte, het ontwikkelen van goede relaties en openheid voor de inbreng en gevoelens van de ondergeschikten.
- Zinvolheid van het werk. Een positieve score betekent dat het werk als zinvol ervaren wordt.

In bijlage 3 zijn enkele vragen uit de BASAM weergegeven (met toestemming van Swets Testservices).

In totaal zijn 100 vragen in de BASAM opgenomen. Een aantal daarvan vormt een overlap met aspecten uit de INK aandachtsgebieden. De geautomatiseerde versie werkt met een antwoordkaart waarop beantwoording van 80 extra vragen mogelijk is. In deze 80 vragen dient dan de, in 10.4.2. beschreven, opgestelde aanvullende vragenlijst vervat te worden. De medewerker hoeft dus slechts eenmaal de lijst door te werken. Nadeel is de verplichting dezelfde scoremethodiek aan te houden; de BASAM werkt met een vijfpuntsschaal.

#### 10.4.4. Statistische bewerking van de gegevens

Voor het descriptieve gedeelte van het onderzoek is het gebruik maken van gemiddelden en de standaarddeviatie, zoals deze voor alle BASAM items en de aanvullende vragen uitgewerkt wordt, in eerste instantie toereikend. Gezien de hoeveelheid vragen is voor een nadere statistische bewerking ter verificatie van de in 10.4.1. geformuleerde aannames en de uitvoering van een regressie analyse een selectie of groepering van items noodzakelijk.

Voor de INK-aandachts- en resultaatgebieden geldt dat eerst geverifieerd moet worden of er een zodanige samenhang per gebied aantoonbaar is, dat met gemiddelde scores gewerkt mag worden. Dit kan per gebied met de Cronbachs alpha. Wordt hierbij een te lage score gevonden, dan dient een factoranalyse

plaats te vinden om te bezien of er andere dimensies zijn aan te geven waarop bepaalde (groepen) variabelen gerangschikt kunnen worden.

De BASAM hoofdvelden kunnen zonder meer gebruikt worden, aangezien deze reeds eerder bij grote aantallen respondenten op samenhang en consistentie getoetst zijn. Dat leidt tot gemiddelde scores per afdeling of van het totale personeel per hoofdveld.

Nadat gemiddelde scores voor hoofdvelden (BASAM) en aandachtsgebieden (INK) of nieuw te definiëren gebieden zijn bepaald, kan door een kruistabel op te stellen, worden vastgesteld of er een verband bestaat tussen deelname aan kwaliteitsactiviteiten en het oordeel c.q. de score op diverse gebieden en velden. De significantie daarvan kan door middel van een t-toets worden vastgesteld (voor zover het om groepen < 30 gaat, de Kruskal-Wallis-one way Anova toets).

Hetzelfde geldt voor de relatie tussen het aantal personen waaraan men leiding geeft en het oordeel over diverse gebieden.

Gezien de grote aantallen respondenten kan ook van de andere veronderstelde verbanden de mate van correlatie vastgesteld worden.

Tenslotte zullen de invloed van eventuele deelname aan kwaliteitsactiviteiten, het oordeel over de verschillende hoofdvelden en aandachtsgebieden op het oordeel over de resultaatgebieden in een (stapsgewijze) multiple regressie-analyse nagegaan worden. Hoewel hier sprake is van ordinale schalen is het aantal te verwachten respondenten (> 300) zodanig, dat dit verantwoord is. Bij het weergeven van significantie wordt van  $p \leq 0,05$  uitgegaan tenzij anders vermeld staat.

#### 10.4.5. Uitvoering van het onderzoek onder de medewerkers

Reeds tijdens de voorbereiding en uitvoering van de zelfevaluatie op directie- en management team-niveau was in de communicatie aandacht besteed aan de volgende fase van het onderzoek. Mede door de dagelijkse dynamiek van de organisatie-ontwikkeling ontstond de indruk dat wellicht meerdere doelen met de resultaten te dienen waren: evaluatie van het kwaliteitsbeleid, inventarisatie van prioriteiten ten aanzien van personeelsbeleid, het genereren van aanvullende informatie ten behoeve van een proeffase in de organisatie-ontwikkeling en de evaluatie van de effecten van kwaliteitszorg in het kader van dit proefschrift. Onderzoek vanuit spelersperspectief blijkt in deze fase opnieuw met een sterke interactie met de dagelijkse managementpraktijk gepaard te gaan. De combinatie van doelen en de mogelijke consequenties daarvan én de vragen die een organisatiebreed personeelstevredenheidsonderzoek ten aanzien van privacy oproept, leidde tot enige onrust en het draagvlak om mee te doen leek daaron-

der te leiden. Dit noopte tot uitgebreide voorlichtingsactiviteiten. Een speciale nieuwsbrief werd uitgebracht en alle personeelsleden zijn persoonlijk uitgenodigd de vragenlijst in te vullen. Er was een planning gemaakt die het iedereen mogelijk maakte de lijst tijdens werktijd in te vullen. Diegenen die daar niet aan deel konden nemen, werd een lijst mee naar huis gegeven. Alleen om zicht te houden op de respons, werd van deze medewerkers een registratie bijgehouden, welke vernietigd is nadat totalen bekend waren. Zieke medewerkers is in overleg met de leidinggevende al dan niet een lijst toegezonden.

Voor een goed oordeel over kwaliteitsactiviteiten leek het wenselijk een minimum periode van dienstverband te hanteren als ondergrens voor deelname aan het onderzoek.

#### 10.4.6. Resultaten kwaliteitsonderzoek onder de medewerkers

Alle medewerkers van Het Roessingh zijn uitgenodigd de vragenlijst in te vullen, voorzover zij meer dan 6 maanden in dienst waren. Van de 428 medewerkers hebben uiteindelijk 336 deelgenomen aan het onderzoek. Dit is 78,5% van de potentiële populatie. De non-respons was groter voor de verpleging, maar voor het overige gelijkelijk over de diverse diensten verspreid. Hoewel dit slechts in oriënterende zin nagevraagd is, bestaat op grond van de verkregen respons per dienst en de aard van de beantwoording geen aanleiding te vermoeden, dat dit de resultaten heeft beïnvloed. Vooral praktische zaken zoals ziekte en afwezigheid om andere redenen (werkroosters) leken daarbij van belang.

Om te beoordelen of de vooraf naar de INK-aandachtsgebied ingedeelde vragen werkelijk bij elkaar horen, is met behulp van de Cronbachs  $\alpha$  eerst de interne consistentie berekend. Een hoge waarde (tussen 0 en 1) geeft daarbij een sterke onderlinge samenhang weer.

In figuur 10.7. zijn de waarden voor de verschillende aandachtsgebieden weergegeven. Op basis van een aantal jaren praktische ervaring met het INK-model zijn enerzijds hoge waarden te verwachten; anderzijds waren geen voorbeelden van concrete, op medewerkers gerichte, vragenlijsten in de revalidatiezorg bekend. De vijf organisatie-aandachtsgebieden scoren een hoge  $\alpha$ -waarde; van de resultaatgebieden was de  $\alpha$  alleen voor "Eindresultaten" uitgesproken hoog.

Aandachtsgebied	Cronbach's $\alpha$	Cronbach's $\alpha$ na herschikking
Leiderschap	0.86	0.86
Beleid en strategie	0.87	0.87
Personeelsmanagement	0.72	0.72
Middelenmanagement	0.74	0.74
Procesmanagement	0.89	0.90
Waardering door klanten	0.43	-
Waardering door de Maatschappij	0.60	0.67
Eindresultaten	0.84	0.90

**Figuur 10.7.:** Cronbach's  $\alpha$  voor de vragen binnen de diverse aandachtsgebieden van het meetinstrument.

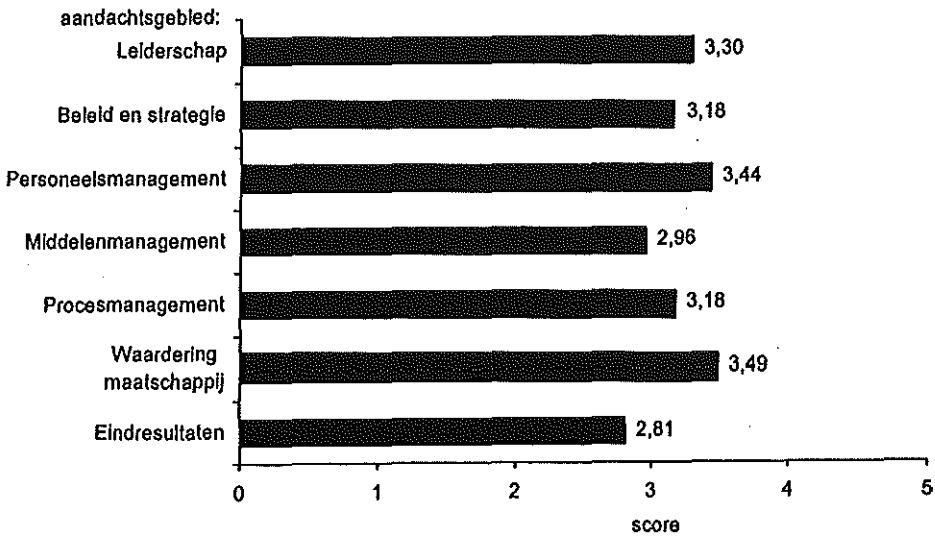
Voor de interne consistentie van de vragen onder "waardering door klanten" bleek laag, een  $\alpha$  van 0.43. Vervolgens is daarop voor de resultaatgebieden een factoranalyse gedaan om te onderzoeken of voor deze gebieden andere gemeenschappelijke noemers te vinden zijn. Het gebied "eindresultaten" kwam daarbij duidelijk naar voren, in tegenstelling tot "waardering door klanten". Daarom is dit laatste aandachtsgebied komen te vervallen.

Enkele vragen zijn op geleide van de factor analyse onder eindresultaten (vraag 60) en procesmanagement (vraag 61) gevoegd en vraag 59 is verder weggelaten. Dit laatste gold ook voor 65 en 66, oorspronkelijk bij "waardering door de maatschappij", omdat deze vragen via de factoranalyse nergens ondergebracht konden worden. Op basis van de nieuwe indeling is de score van Cronbach's  $\alpha$  eveneens in figuur 10.9. te lezen. Er is nu een grote mate van interne consistentie ontstaan, waardoor de scores op de hoofdgebieden ook voor verdere analyse te gebruiken zijn.

Zowel bij de vragen, gerelateerd aan de INK-aandachtsgebieden, als bij de BASAM, wordt eerst het resultaat voor de organisatie als geheel en daarna per afdeling gepresenteerd. Per aandachtsgebied is de gemiddelde score van alle respondenten, de organisatiescore, in figuur 10.8. weergegeven. Hierbij dient voor een goed begrip rekening gehouden te worden met het verschil tussen de fasen van de zelfevaluatie (1 t/m V) en de antwoordschalen (1 t/m 5) van de



vragenlijst. Fase I t/m V slaan op de ontwikkeling van kwaliteitszorg in het INK-model, terwijl 1 t/m 5 in het kader van deze vragenlijst een Likert schaal betreft. Het spectrum gaat van 1, helemaal mee oneens, tot 5, helemaal mee eens. De vragen voor "leiderschap", "personeelsmanagement" en "waardering door de maatschappij" worden gemiddeld het hoogst gewaardeerd. De gemiddelde scores op deze gebieden van respectievelijk 3,30, 3,44 en 3,49 zijn evenwel niet zeer hoog, temeer daar de standaarddeviatie tussen de 0,57 en 0,90 varieert. "Middelenmanagement" en "eindresultaten" scoren beide onder 3.

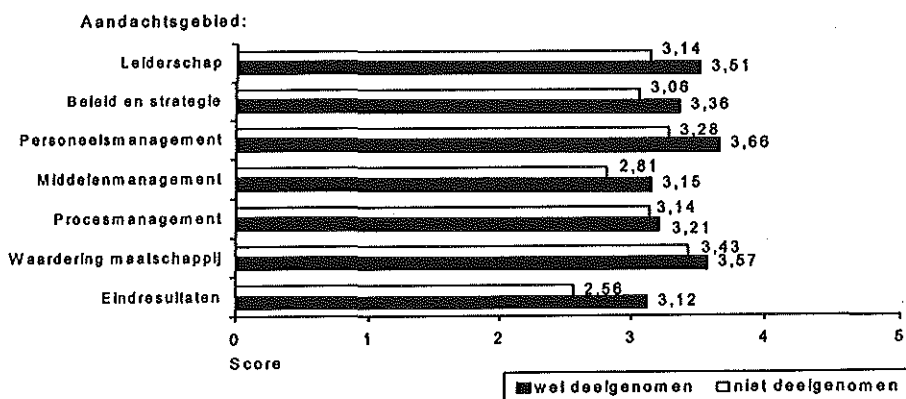


**Figuur 10.8.:** Gemiddelde organisatiescore op de aandachtsgebieden van het INK-model (n = 336)

Per aandachtsgebied is vervolgens nagegaan of de score een correlatie vertoont met:

- de deelname aan één of meerdere kwaliteitsactiviteiten in de afgelopen twee jaar.
- de afdeling waarop men werkt.
- het aantal personen waaraan men leiding geeft.
- het aantal dienstjaren.
- de hoeveelheid uren die men werkt.

Behalve de correlatie met het aantal uren dat men werkt en met het aantal dienstjaren zullen deze scores grafisch worden gepresenteerd en besproken waarna het totaal aan correlaties in een matrix (tabel 10.15.) wordt weergegeven.

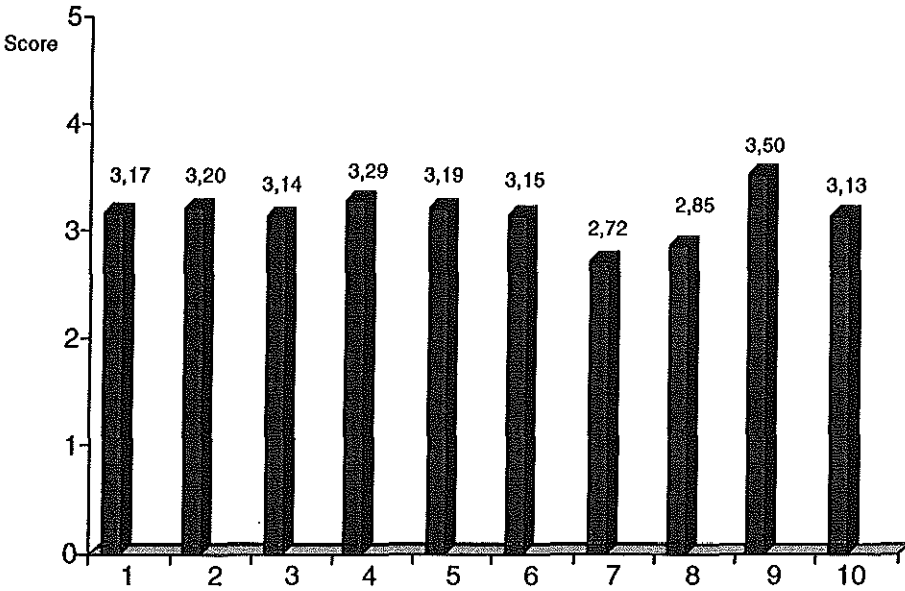


**Figuur 10.9.:** Gemiddelde score op aandachtsgebieden naar wel/niet deelname aan kwaliteitsactiviteiten (n = 336)

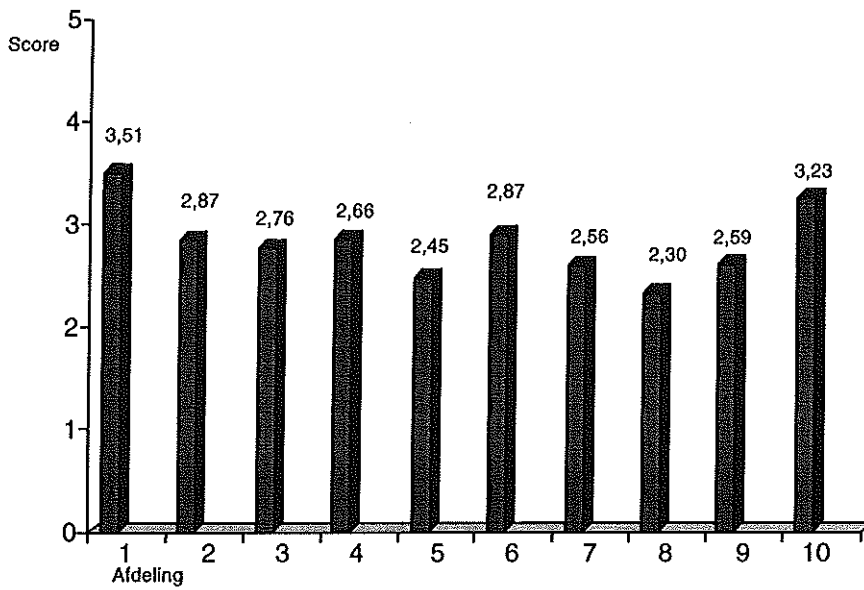
Uit de analyse blijkt dat de groep, die aan kwaliteitsactiviteiten heeft deelgenomen, alle aandachtsgebieden hoger waardeert. Alleen voor "procesmanagement" en "waardering door de maatschappij" is het verschil niet significant.

De scores per afdeling verschillen soms sterk. Het blijkt dat in alle gevallen significante verschillen in beoordeling optreden, afhankelijk van de dienst waaruit men afkomstig is. Enkele diensten (pijnkliniek, 7 en personeel polikliniek, 8) scoren op 4 of 5 aandachtsgebieden significant lager terwijl de facilitaire dienst (9) op 2 gebieden significant hoger scoort. Voor afdeling 7 is het waarschijnlijk dat dit met organisatorische onrust te maken heeft. Als voorbeeld van de wisselende uitkomsten wordt de grafiek met afdelingsscores alleen voor "beleid en strategie" en "eindresultaten" weergegeven. Duidelijk wordt ook dat het scorepatroon per dienst sterk kan variëren. Omdat geen differentiatie voor kwaliteitsactiviteiten per afdeling gemaakt kan worden, zal een toelichting op afdelingskenmerken achterwege blijven, tenzij dit zeer obliagaat is.

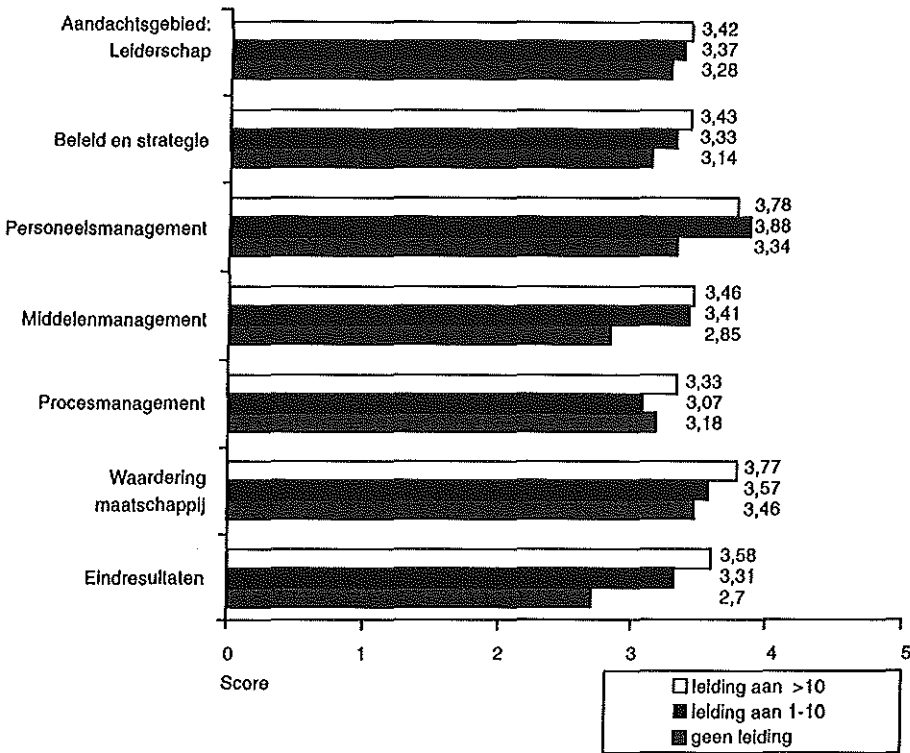
Deze resultaten per afdeling zijn voor het onderzoek naar de resultaten van een kwaliteitssysteem daarom minder relevant. Als feedback informatie naar betrokken leidinggevenden en medewerkers is deze informatie echter zeer bruikbaar.



**Figuur 10.10.:** *Afdelingsscore INK-aandachtsgebied "beleid en strategie" per afdeling (totaal n = 336)*



*Figuur 10.11.: Afdelingsscore INK-aandachtsgebied "eindresultaten" per afdeling*



**Figuur 10.12.:** Gemiddelde score INK-aandachtsgebieden gerelateerd aan "leidinggevend" (n=336); geen leiding: n = 275; leiding aan 1-10: n=34; leiding aan > 10: n=27.

Uit de analyse blijkt dat leidinggevend met uitzondering van "leiderschap" en "procesmanagement" de aandachtsgebieden significant hoger waarden dan de niet-leidinggevend.

Het aantal dienstjaren vertoonde geen significant verband met de scores op diverse gebieden. Opvallend was de bevinding dat diegenen, die het minst werkzaam zijn (<20 uur per week) "leiderschap" en "beleid en strategie" significant hoger waarden. "Middelenmanagement" en "eindresultaten" worden juist significant hoger gewaardeerd door de groep die meer dan 38 uur werkzaam is.

In een matrix zullen de relaties tussen de scores op de verschillende aandachtsgebieden en de diverse kenmerken schematisch worden weergegeven. Zie tabel 10.13.

**Tabel 10.13.:** *Correlatiematrix score INK-aandachtsgebieden en diverse kenmerken (n = 336)*

	Deelname kwaliteitsactiviteiten	Dienst of afdeling	Leidinggevend	Dienstjaren	Fulltime (f) Parttime (p)
Leiderschap	+*	±*	+	/	(p) +*
Beleid en strategie	+*	±*	+*	/	(p) +*
Personeelsmanagement	+*	±*	+*	/	/
Middelenmanagement	+*	±*	+*	/	(f) +*
Procesmanagement	+	±*	/	/	/
Waardering maatschappij	+	±*	+	/	/
Eindresultaten	+*	±*	+*	/	(f) +*

± positieve of negatieve correlatie

+ positieve correlatie

/ geen positieve of negatieve correlatie

\* significant ( $p < 0,05$ )

Het voert in dit kader te ver om op de beantwoording van alle individuele vragen in te gaan. Een uitgebreide beschrijving van alle bevindingen is in een intern rapport beschreven (Van den Hurk en Van Harten 1996). Enkele opvallende bevindingen zullen besproken worden. De betrokkenheid van de leidinggevende bij het oplossen van problemen scoort zeer hoog, 3,85 (SD: 0.86), evenals de toegankelijkheid voor opmerkingen en suggesties voor verbetering 3,94 (SD: 0.88). Degenen die aan kwaliteitsactiviteiten hebben deelgenomen scoorden op deze vragen gemiddeld 0,5 hoger.

Een lage gemiddelde score werd gevonden bij de beoordeling van prestaties op basis van vooraf vastgestelde indicatoren, 2,6 (SD: 1.0). Hierbij was er geen verschil tussen wel/niet deelname aan kwaliteitsactiviteiten.

De score voor "eindresultaten" is het laagst voor alle aandachtsgebieden. Deze bevinding kwam ook reeds in de zelfevaluatie aan het licht. Er blijken daarnaast grote verschillen tussen de diverse afdelingen te bestaan (zie ook fig. 10.11.). Een feitelijk verschil in oordeel, een beperkt inzicht in de resultaten of de wijze van vraagformulering kan hiervoor een mogelijke verklaring zijn.

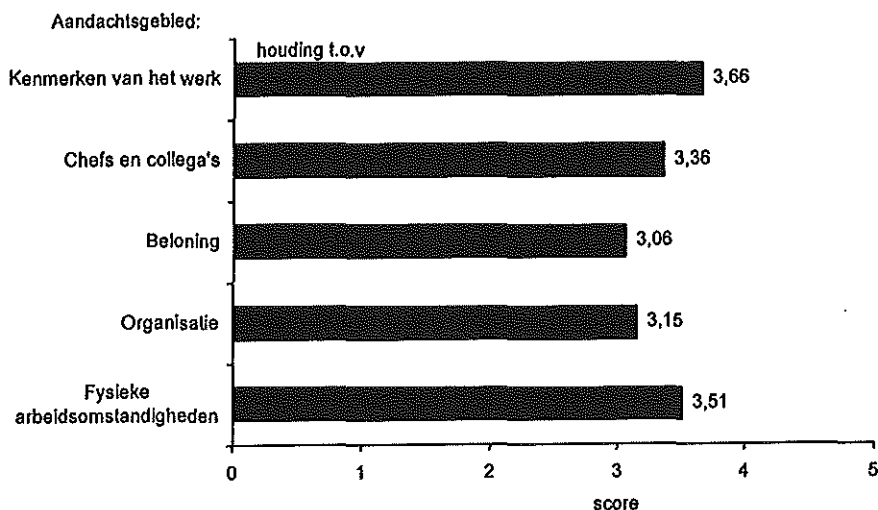
#### 10.4.7. Resultaten medewerkerstevredenheidsonderzoek<sup>1</sup>

De resultaten van de beantwoording van de BASAM-vragenlijst worden in dit gedeelte beschreven. Allereerst worden de organisatiescores vergeleken met een referentiegroep van medewerkers afkomstig uit andere non-profit organisaties, waaronder slechts een beperkt aantal (categorale) ziekenhuizen. Significante verschillen zullen worden aangegeven; verder zullen relaties met bepaalde kenmerken en de scores per afdeling worden besproken. Voor het beoordelen van de scores is het van belang rekening te houden met het feit dat alle schalen zijn bewerkt naar de mate van tevredenheid met het betreffende hoofdveld of aspect. Een lage score voor werklast betekent dus een geringe tevredenheid en kan duiden op een hoge (ervaren) werklast.

De gemiddelde score voor de BASAM-hoofdvelden wordt in fig. 10.14. weergegeven. De relatief hoge scores voor "kenmerken van het werk" en "fysieke arbeidsomstandigheden" vallen het meest op. De waarde van deze gegevens is eerst te interpreteren bij vergelijking met de referentiepopulatie.

---

<sup>1</sup> De statistische verwerking van de BASAM-gegevens is verzorgd door Swets Test Services.



**Figuur 10.14.:** Gemiddelde score BASAM-hoofdvelden (n = 336)

In figuur 10.15. worden de scores van Het Roessingh en de referentiegroep per deelaspect weergegeven. Vanwege de samenstelling van de referentiegroep is niet met zekerheid te zeggen of ook significant hoger gescoord wordt ten opzichte van vergelijkbare instellingen. Voor het hoofdveld "Houding ten opzichte van het werk" liggen de meeste uitkomsten op een hoog niveau (rond de 4) behalve "informatie uit eigen werk" (3,37) en "werkbelasting" (2,42). Er wordt een significant hogere score ten opzichte van de referentiegroep gevonden bij de aspecten

- belangrijkheid van de taak
- ervaren zinvolheid van het werk.

Significant lagere scores bestaan voor:

- autonomie
- kennis van de resultaten
- werkbelasting.

Hoewel de absolute verschillen soms klein zijn, is vooral het (significante) positieve verschil bij "belangrijkheid van de taak" en "ervaren zinvolheid" opvallend.

Onder "houding ten opzichte van chefs en collega's" scoren op "geven van informatie" na, alle deelaspecten hoger dan de referentiegroep. Significants (en soms in sterke mate) geldt dit voor:

- Sociaal emotioneel leiderschap

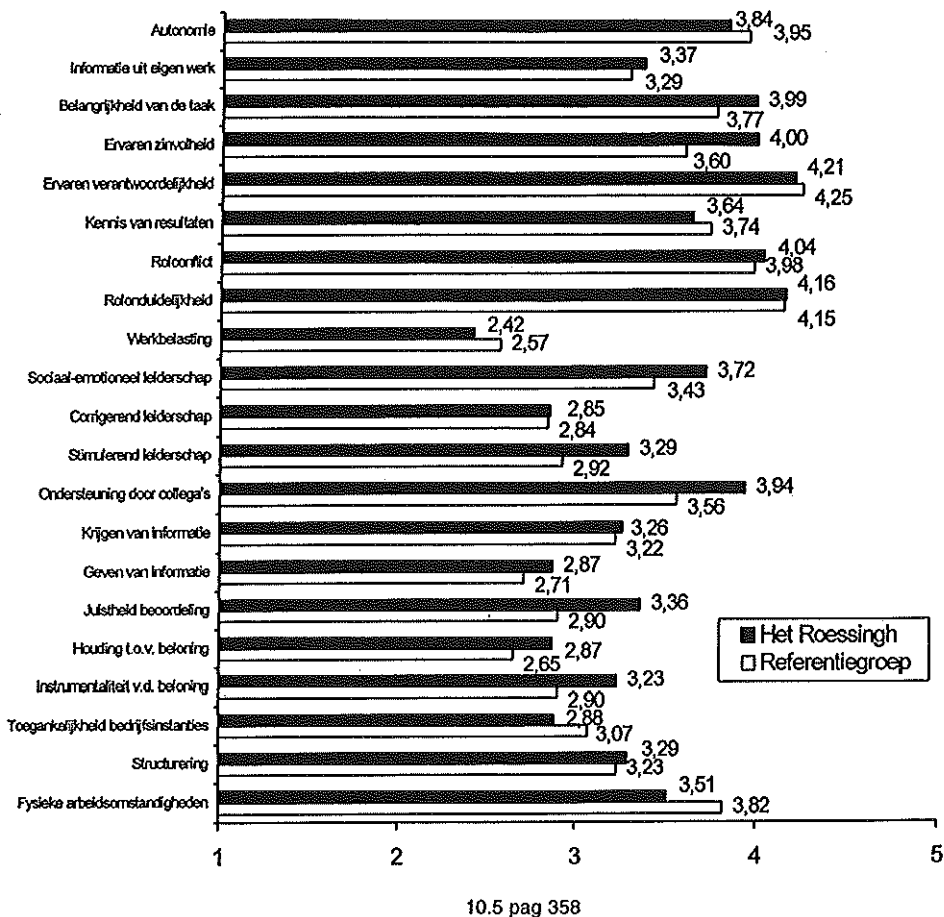


- Stimulerend leiderschap
- Ondersteuning door collega's
- Juistheid van de beoordeling.

Al eerder was beschreven dat de score op dit gebied als benadering voor een participatieve cultuur zou kunnen worden beschouwd. Het gaat hierbij om de mate waarin de stijl van leidinggeven wordt gekenmerkt door wederzijds vertrouwen, het ontwikkelen van goede relaties en openstaan voor de inbreng van ondergeschikten.

De houding ten opzichte van beloning is significant gunstiger dan bij de referentiegroep. De toegankelijkheid van bedrijfsinstanties wordt gemiddeld lager beoordeeld dan door de referentiegroep. Dit laatste gegeven is vooral interessant als feedback gegeven voor betrokken instantie (bedrijfsarts, personeelszaken, ondernemingsraad).

De houding ten opzichte van de fysieke arbeidsomstandigheden is weliswaar positief (3,51) maar significant lager dan bij de referentiepopulatie.

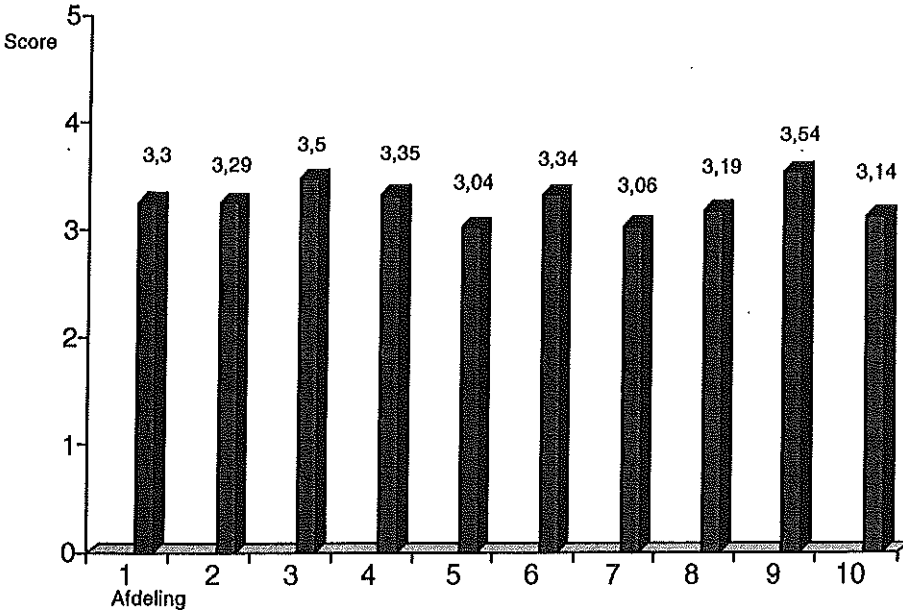


**Figuur 10.15.:** De gemiddelde score van personeelsleden van Het Roessingh en vergelijking met de referentiegroep op de diverse BASAM-deelaspecten (n = 336)

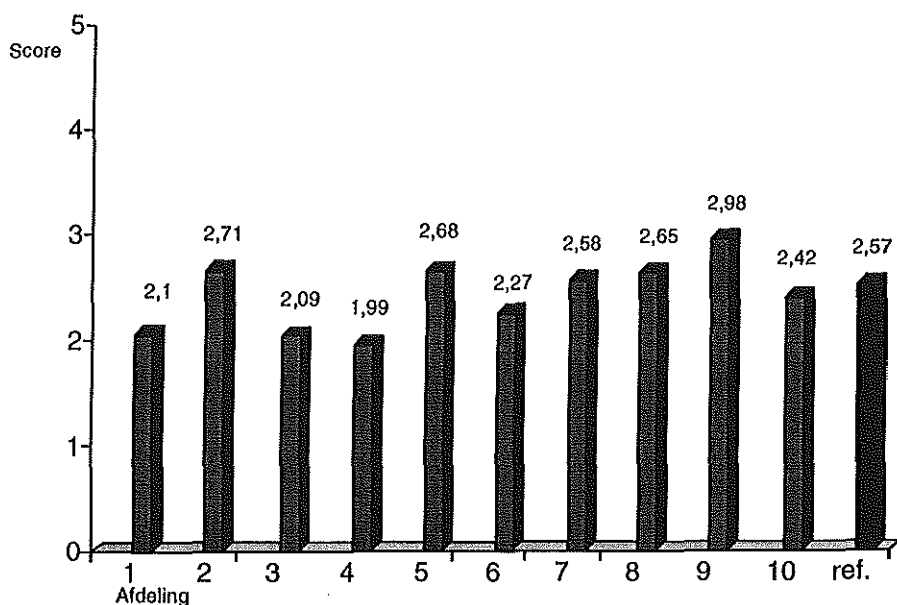
Binnen de organisatie zijn de scores per afdeling vergeleken naar hoofdvelden en deelaspecten.

Als voorbeeld worden de hoofdvelden "houding ten opzichte van chef en collega's" en het deelaspect "werkbelasting" grafisch weergegeven. Tussen de afdelingen zijn significante verschillen gevonden bij vijf van de eenentwintig deelaspecten. Het was niet mogelijk per afdeling een relatie met andere kenmer-

ken (zoals leeftijd, geslacht en aantal part-timers) aan te brengen om te zien of deze verschillen - op afdelingsniveau - verklaarbaar waren.



**Figuur 10.16.:** Houding ten opzichte van chefs en collega's; per afdeling. (n = 336)



**Figuur 10.17.** *Afdelingsscore voor werkbelasting "de mate waarin het werk zowel geestelijk als lichamelijk als belastend wordt ervaren"; een lage score betekent een geringe mate van tevredenheid en een hoge ervaren werklast (n = 336)*

Evenals bij de INK-aandachtsgebieden blijken sommige afdelingen op een aantal aspecten structureel en vaak significant lager te scoren (verpleging van de kinderkliniek (5), groepsleiding pijnrevalidatie (7) en personeel polikliniek (8)). Slechts bij één afdeling kon een relatief grotere onvrede worden vastgesteld bij gelijktijdige onrust ten gevolge van reorganisatie. Het ging hier om de groepsleiding van de pijnrevalidatie, die niet alleen bij een reorganisatie betrokken was; tevens was een discussie gestart over een mogelijke reductie van de formatie. Een andere afdeling (financiële administratie) waar onrust bestond, maakte in dit onderzoek deel uit van een groter aantal medewerkers (afdeling 10, ondersteunende diensten); kennelijk is daarvan op de betreffende subscore geen negatieve invloed uitgegaan.

Er werd een significant lagere tevredenheid met de fysieke arbeidsomstandigheden geconstateerd bij de afdeling fysiotherapie, welke juist ten tijde van het

onderzoek vanwege verbouwing in een geïmproviseerde (inadequate) ruimte gehuisvest was.

Vervolgens zijn correlaties van scores op deelaspecten en hoofdvelden met diverse onafhankelijke kenmerken bepaald.

Vrouwelijke werknemers scoorden significant hoger dan hun mannelijke collega's op een aantal deelaspecten onder houding ten opzichte van het werk (ook een grotere mate van tevredenheid op werklust!). De uitkomst was significant lager op een aantal aspecten onder houding ten opzichte van chef en collega's. Als uitzondering geldt daarbij "ondersteuning door collega's", waarop vrouwelijke medewerkers als enige aspect significant hoger scoorden. De onafhankelijke kenmerken leeftijd, diensttijd en functietijd leverden geen opvallende bevindingen op. Het aantal gewerkte uren per week wel; hier wordt ten aanzien van "houding ten opzichte van het werk" en "houding ten opzichte van chef en collega's" significant hoger gescoord door parttimers (<20 uur per week). Vergelijkbare resultaten werden bij de INK-aandachtsgebieden gevonden. Leidinggevenden, vooral aan meer dan 10 personeelsleden, scoorden significant hoger in hun oordeel over een aantal deelaspecten van "houding ten opzichte van chef en collega's".

Deelname aan kwaliteitsactiviteiten correleerde significant ( $p \leq 0,01$ ) positief met de scores op de deelaspecten:

- autonomie
- informatie uit eigen werk
- belangrijkheid van de taak
- ervaren verantwoordelijkheid
- sociaal-emotioneel leiderschap
- corrigerend leiderschap
- stimulerend leiderschap
- ondersteuning door collega's
- krijgen van informatie
- geven van informatie
- juistheid beoordeling.

Als belangrijkste bevindingen gelden de significant hogere scores op een groot aantal deelaspecten ten opzichte van de referentiepopulaties en de significant hogere beantwoording door medewerkers die aangaven aan kwaliteitsactiviteiten te hebben deelgenomen.

**10.4.8. Onderzoek naar mogelijke verbanden met behulp van correlaties en multiple regressie**

Allereerst is onderzocht of deelname aan kwaliteitsactiviteiten positief correleert met de beoordeling van de INK-organisatie- en resultaataandachtsgebieden, evenals de houding ten opzichte van de vier hoofdvelden van het medewerkerstevredenheidsonderzoek.

Het blijkt dat de groep, die aan kwaliteitsactiviteiten deelnam, alle aandachtsgebieden, behalve "procesmanagement" en "waardering door de maatschappij", significant hoger beoordeelt (zie ook tabel 10.13.). Voor de BASAM hoofdvelden geldt de hogere beoordeling eveneens voor een vijftal deelaspecten van het hoofdveld "houding ten opzichte van het werk" en alle deelaspecten van het hoofdveld "houding ten opzichte van chef en collega's".

Het oordeel van het personeel over eindresultaten was relatief laag (2,81) en er bestond een significant hogere gemiddelde score bij deelname aan kwaliteitsactiviteiten. Betrokkenheid en geïnformeerd zijn lijken aldus van invloed op het oordeel over eindresultaten.

Vervolgens is nagegaan of er een positieve correlatie bestond tussen de score van het personeel op de organisatie-aandachtsgebieden en de resultaatsgebieden". Dit kon bevestigd worden; correlaties waren in de regel laag maar wel significant ( $p \leq 0,01$ ; \* = significant).

	Leiderschap	Beleid en strategie	Middelenmanagement	Procesmanagement
Eindresultaten	0,28*	0,30*	0,46*	0,27*

Voor het bepalen van de correlatie met het aandachtsgebied "waardering door het personeel" zijn de BASAM-hoofdvelden genomen.

	Houding t.o.v. kenmerken van het werk	chef en collega's	beloning	organisatie	fysieke arbeidsomstandigheden
Eindresultaten	0,11	0,32*	0,18*	0,18*	0,10

De hypothese dat, naarmate men aan meer personen leiding geeft, een positiever oordeel over de resultaatgebieden bestaat, kon bevestigd worden (zie tabel 10.15.). In het medewerkerstevredenheidsonderzoek werd bij leidinggevendenden alleen op het gebied van krijgen en geven van informatie en beloning een significant hogere tevredenheid gemeten.

De verwachting dat onrust ten tijde van het onderzoek zijn weerslag in lagere tevredenheidsscores of scores op de aandachtsgebieden zou hebben, kon niet worden bevestigd. Voor slechts één afdeling was dit aannemelijk.

De correlatie tussen de beantwoording van vragen over communicatie in de INK-aandachtsgebieden "leiderschap" en "beleid en strategie" (vraag nr. 7, 10, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29; zie bijlage 2) en de deelname aan kwaliteitsactiviteiten was in alle gevallen significant hoger voor de deelnemers. Zij hadden dus een gunstiger oordeel over communicatie-aspecten.

Voorts is onderzocht welke (onafhankelijke) variabelen welke mate van invloed lijken uit te oefenen op het oordeel over de eindresultaten. Dit is statistisch onderzocht door middel van een correlatiematrix en een multiple regressie-analyse. In bijlage 4 staan de resultaten daarvan uitgebreid weergegeven.

Uit de correlatiematrix blijkt de beoordeling van aandachtsgebieden "leiderschap" en "beleid" significant positief te correleren met de "houding ten opzichte van chef en collega's" respectievelijk 0,71 en 0,60. De tevredenheid over fysieke werkomstandigheden lijkt het oordeel over andere aandachtsgebieden of hoofdvelden niet (negatief) te beïnvloeden.

De verwachting, dat een positieve houding "ten opzichte van het werk" en "ten opzichte van chef en collega's" positief zou correleren met het oordeel over de organisatie- en resultaat-aandachtsgebieden, kon in beperkte mate bevestigd worden. Het sterkst gold dit voor de "houding ten opzichte van chef en collega's" (als benadering voor het begrip cultuur) en dit was in alle gevallen significant; het correleerde echter zwak positief met de score op eindresultaten (0,33). De score "houding ten opzichte van het werk" correleerde het sterkst met het aandachtsgebied "leiderschap" (0,45); opvallend was echter ook hier de zwak positieve correlatie met het oordeel over eindresultaten (0,13).

In de multiple regressie-analyse met de beoordeling van het aandachtsgebied "eindresultaten" als afhankelijke variabele, bleek de verklaarde variantie aan de hand van oordelen op INK-aandachtsgebieden, BASAM-hoofdvelden en deelname aan kwaliteitsactiviteiten, slechts 32%. Een significant positieve correlatie

bestond uit van middelenmanagement, procesmanagement en deelname aan kwaliteitsactiviteiten met Beta's van respectievelijk 0,37, 0,14 en 0,21. De bijdrage aan de verklaarde variantie is dus niet erg groot gebleken.

#### **10.5. Beschouwing over de resultaten en conclusies; aanbevelingen voor verder onderzoek**

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt geprobeerd verklaringen voor de eerder beschreven resultaten te geven; vooral is het relevant na te gaan hoe deze met het opgebouwde kwaliteitssysteem in verband te brengen zijn. Tenslotte wordt ingegaan op de gebruikte methode, resulterend in suggesties voor verder onderzoek en modelaanpassing. Aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitssysteem zullen in hoofdstuk elf beschreven worden.

Uit de zelfevaluatie volgens het model INK kwam naar voren, dat de organisatie zich overwegend in de ontwikkelingsfase "van proces- naar systeemgeoriënteerd" bevindt en qua score in het algemeen een fase hoger lijkt te scoren dan het door Walburg (1997) veronderstelde gemiddelde voor de Nederlandse gezondheidszorg. De procesgerichtheid van de instelling is echter weinig ontwikkeld. In het aandachtsgebied "management van processen" scoort Het Roessingh in de overgangsfase van product- naar procesgeoriënteerd. Dit kan met de algemene organisatie-ontwikkeling samenhangen, Het Roessingh is niet "gekanteld" en heeft nog een functiegerichte structuur. De lage score op procesmanagement is vooral te wijten aan het gebrek aan harde informatie (doelen, vormen en meetbare criteria) per processtap. Van een meerderheid van behandelvormen is wel een protocol beschreven, maar, zoals ook in hoofdstuk zeven werd vastgesteld, "harde" stuurinformatie ontbreekt. Enerzijds dient hier verder aan gewerkt te worden; anderzijds kan de vraag worden gesteld in hoeverre dit bij een dynamische opbouw van een kwaliteitssysteem en het ontwikkelingsstadium van procesbeheersing überhaupt te realiseren is.

Specifiek gericht op kwaliteitszorg scoorden bij "leiderschap" de voorbeeldrol van het management en het bevorderen van een optimale en afdelingsoverschrijdende betrokkenheid bij kwaliteitacties, onvoldoende. Kennelijk was hier sprake van onderschatting van de eigen rol, omdat in het medewerkersonderzoek juist de actieve betrokkenheid van leidinggevendenden (vraag 2 en 3) erg hoog scoorde. Dit gold niet voor het aanpakken van afdelingsoverschrijdende problemen (vraag 8) en dat past bij de opmerkingen over de beperkingen van de dienstenstructuur. Evident was de uitkomst dat doelstellingen concreter moeten worden geformuleerd en vastgelegd; ook de aan de externe toetsing van de



VRIN ontleende resultaatmaatstaven konden niet met maat en getal worden beschreven.

Hoewel Het Roessingh voor de Nederlandse gezondheidszorg boven gemiddeld scoort, is het op grond van de resultaten van de zelfevaluatie niet eenvoudig een relatie met het ingevoerde kwaliteitssysteem te leggen. Het bedrijfsketen-model is bij uitstek procesgeoriënteerd maar ook marktonderzoek en resultaatmeting krijgen daarin expliciet aandacht. Op bepaalde deelaspecten wordt daardoor in een hoge fasering gescoord, maar vanwege de TQM gerichtheid van het evaluatiemodel, mag slechts een volledig ingevuld vak tot een positief oordeel over een fase leiden. Investerings in een kwaliteitssysteem leiden dus niet vanzelfsprekend tot een gunstige score in het INK-model.

Het schriftelijk onderzoek onder de medewerkers vond plaats aan de hand van vragen gebaseerd op het INK-zelfevaluatiemodel, waarbij een aantal vragen aan de VRIN-zelfevaluatie checklist is ontleend. Hierbij waren de absolute waarden van de antwoorden minder relevant, hoewel de lage score op eindresultaten opviel. Vooral de voor vele aspecten significant hogere scores van leidinggevend en van degenen die aan kwaliteitsactiviteiten deel genomen hebben trekken aandacht. Kwaliteitszorg leidt kennelijk tot een grotere betrokkenheid bij- en inzicht in diverse organisatie-aspecten. Naarmate medewerkers meer op strategisch niveau functioneren is het oordeel over diverse organisatie-aspecten eveneens gunstiger. Dit zou verklaard kunnen worden uit een betere toegang tot informatie en de mogelijkheid tot vergelijking met andere organisaties.

Het verband met het kwaliteitssysteem is ook hier moeilijk te leggen, omdat de elementen van de bedrijfsketen in diverse aandachtsgebieden terecht komen.

Het andere deel van het onderzoek onder de medewerkers was het medewerkerstevredenheidsonderzoek aan de hand van de BASAM. Deelname aan kwaliteitsactiviteiten correleert positief met de score op een viertal deelaspecten van het BASAM-hoofdveld "houding ten opzichte van het werk" en alle deelaspecten van "houding ten opzichte van chef en collega's". Leidinggevend beoordeelen de aandachtsgebieden en met name cultuuraspecten hoger dan hun ondergeschikten. De positieve correlatie die is gevonden tussen "houding ten opzichte van chefs en collega's" en het oordeel over de INK-aandachtsgebieden, geeft een indicatie van het belang van de bedrijfscultuur. Opmerkelijk was de relatief lage score op eindresultaten. In de zelfevaluatie was reeds vastgesteld dat het moeilijk is hier een adequaat oordeel over te geven. Medewerkers die deelnamen aan kwaliteitsactiviteiten en een gunstig oordeel hadden over middelen- en procesmanagement én leidinggevend en leken een gunstiger oordeel over de eindresultaten te hebben. Een verklaring zou kunnen zijn dat het

personeel in het algemeen te weinig concrete informatie over de eindresultaten van de organisatie beschikbaar heeft. Anderzijds lijkt betrokkenheid, op basis van een leidinggevende positie of van deelname aan kwaliteitsactiviteiten, tot een beter inzicht en/of een gunstiger oordeel over de eindresultaten te leiden. Voor het kwaliteitssysteem betekent dit dat het van belang is regelmatig organisatiebreed informatie te verstrekken over behaalde resultaten.

*Als belangrijkste conclusie kan dus gesteld worden dat, die medewerkers die aan kwaliteitsactiviteiten deelnemen, positiever oordelen over de prestaties van de organisatie en de heersende cultuur.*

Overigens kan op grond van de beschikbare gegevens niet gesteld worden dat het om een causale relatie gaat; het is niet uit te sluiten dat een positieve houding ten opzichte van verschillende organisatie-aspecten eerder leidt tot deelname aan kwaliteitsactiviteiten.

Het is natuurlijk mogelijk dat deze relatie er voorheen ook was, en dat het aantal door de invoering van het kwaliteitssysteem groter is geworden. Voor medewerkerstevredenheid is er wel sprake van externe validiteit, hoewel zorginstellingen in de referentiepopulatie nog niet sterk vertegenwoordigd zijn. Aangezien deelname aan kwaliteitsactiviteiten positief correleerde met veel (met organisatiecultuur samenhangende) BASAM-deelaspecten, kan voorzichtig verondersteld worden dat kwaliteitszorg een positief effect heeft op de tevredenheid van de medewerkers; op termijn, als afgeleide daarvan, mogelijk ook op de prestaties van die medewerkers en dus de organisatie als geheel.

De in recente publicaties veronderstelde relatie tussen een "participatieve en flexibele cultuur" en toepassing van kwaliteitsverbeterende activiteiten kan op grond van deze bevindingen bevestigd worden.

#### Vergelijking met de situatie vóór invoering van het kwaliteitssysteem.

Een belangrijke vraag is of er aanwijzingen zijn dat er, na enkele jaren investeren in een kwaliteitssysteem, daadwerkelijk van verbetering van het prestatieniveau van de organisatie sprake is. Globaal kan voor de INK-zelfevaluatie retrospectief beoordeeld worden of voorafgaand aan het gehele proces een andere score was gegeven (dat wil zeggen een persoonlijk oordeel van de schrijver). Vooral beschreven activiteiten zoals marktonderzoek, exit-interviews en resultaatmeting zijn op een hoger niveau gekomen, zodat voor sommige aspecten destijds lager gescoord zou zijn. Vanwege de score-methodiek en het TQM-karakter van de zelfevaluatie is het echter onwaarschijnlijk dat dit tot een wezenlijk lagere score op aandachtsgebieden geleid had. Verbetering lijkt dus

slechts op specifieke deelaspecten, samenhangend met het gehanteerde bedrijfsketenmodel aantoonbaar.

Tegelijk moet worden vastgesteld dat juist de score op "management van processen" relatief laag is, terwijl de procesgerichtheid van het bedrijfsketenmodel vrij sterk is. Dit leidt tot enkele aanvullende conclusies; bijvoorbeeld dat het realiseren van procesgerichtheid langdurig is en veel investeringen vergt. Voor een goede score in het INK-model vraagt dit bovendien een mate van vastlegging/normering, die niet bij professionele zorgverlening past.

Voor het onderzoek onder de medewerkers geldt dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten aan een positief oordeel over diverse organisatie-aspecten, inclusief de prestaties, heeft bijgedragen. Het consistente beeld dat hieruit naar voren komt, geeft aanleiding te veronderstellen dat van verbetering sprake is.

#### De gebruikte evaluatiemethode

Voor de evaluatie van de effecten van kwaliteitszorg op de organisatie is de methode van zelfevaluatie volgens het Instituut Nederlandse Kwaliteit gevolgd. Het bleek dat de methode van zelfevaluatie procedureel goed uitvoerbaar was, tot kritische zelfreflectie aanzette en aan onderlinge informatie-uitwisseling bijdroeg. De snelheid waarmee in consensus tot een oordeel over bepaalde scores besloten werd, suggereert een vrij grote mate van betrouwbaarheid van de uitkomsten. Door de scores op deelaspecten in een ontwikkelingsmodel, wordt inzicht verkregen in mogelijke prioriteiten voor verbetering. De verwachte aansluiting van de INK-zelfevaluatie bij het CTA-perspectief kwam daardoor goed tot stand. Het model sluit echter onvoldoende aan bij de door de organisatie gekozen dynamische aanpak van kwaliteitszorg, waardoor onvoldoende hard "bewijsmateriaal" beschikbaar is. Ook de traditioneel sterke ketengerichtheid in de revalidatie komt niet tot zijn recht omdat dit in de INK-hiërarchie als "hoger" gewaardeerd wordt. Het Roessingh is volgens deze analyse een organisatie in de overgang van proces- naar systeemgeoriënteerdheid. Ten aanzien van de resultaatgebieden is vooral het ontbreken van geformuleerde doelstellingen en harde informatie opvallend, ook als hiervoor aspecten uit de externe toetsing van de VRIN gebruikt worden. In de fasering zoals door Wagner (1995) voor de gezondheidszorg opgesteld (0. oriëntatie en bewustwording, 1. voorbereiding, 2. uitvoering van procesbeheersing, 3. systematisering en verankering) scoort Het Roessingh in fase 2 en/of 3. In dit model ontbreekt het begrip ketenkwaliteit en is evenmin plaats voor TQM. Het lijkt erop dat vooralsnog geen van beide benaderingen als een adequaat beoordelingskader kan fungeren voor deze vorm van professionele dienstverlening.

Het verdient aanbeveling het zelfevaluatiemodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit aan te passen aan de gezondheidszorg door studies naar de interne consistentie en validiteit, zeker bij gebruik in meerdere instellingen. De aangebrachte hiërarchie in fasering, het omgaan mét- en het aantal resultaatgebieden, dienen wellicht voor gebruik in een bepaalde sector nader gedefinieerd te worden. Het blijkt dat een keuze voor een dynamische opbouw van een kwaliteitssysteem volgens het op de NEN-ISO 9004.2 gebaseerde bedrijfsketen-model tot beperkte score-verbeteringen in het INK-zelfevaluatiemodel leidt. De aansluiting van het INK-model op de verschillende mogelijke benaderingen van kwaliteitszorg verdient daarom aandacht.

Het bleek mogelijk op basis van het model-INK een vragenlijst op te stellen voor een nader onderzoek onder het personeel. In dit onderzoek was het INK-resultaatgebied "waardering door klanten" bij toetsing op interne consistentie en vervolgens factoranalyse, niet te handhaven. Dit kan te wijten zijn aan de formulering van de vragen. Een andere mogelijkheid is dat de verspreiding van de informatie over de exit-interviews binnen de organisatie te wensen overlaat. Door het management wordt dit laatste als onwaarschijnlijk ingeschat.

In dit onderzoek binnen een revalidatiecentrum kon de door Wagner e.a. (1995) middels factoranalyse aangetoonde indeling van aandachtsgebieden (op basis van inter-institutionele vergelijking) niet bevestigd worden. Het INK-model lijkt geschikt om als basis te dienen voor een vragenlijst onder het personeel van een zorginstelling. Tijdens dit onderzoek is niet gebleken, dat men een aspect als "professionele kwaliteit" mist; elders wordt dit soms expliciet opgevoerd (Nabitz en Walburg 1995).

Het model van (zelfevaluatie in) de externe toetsing door de VRIN is sterk proces- en ketengericht en INK-velden als leiderschap, personeelsmanagement, waardering door personeel (als resultaatgebied) en eindresultaten ontbreken volledig. Dat geldt ook voor een deelaspect als "stimulering van innovatie en creativiteit". Het is aan te bevelen op basis van praktijkervaringen én dit onderzoek de externe toetsingssystematiek in de revalidatie met deze aspecten uit te breiden. Mede op basis van de hier beschreven resultaten mag aangenomen worden dat het reële prestatieniveau van de betrokken instelling dan exacter wordt getoetst.

Tenslotte kan aanbevolen worden dat onderzoek in gang wordt gezet naar de ontwikkeling en toetsing van extern valide systemen van resultaatbeoordeling voor organisaties in de gezondheidszorg. Zolang deze niet beschikbaar zijn is

"Technology assessment" van managementtechnologieën in de gezondheidszorg slechts "bij benadering" mogelijk. Het risico blijft bestaan dat (management-)technologieën worden geïntroduceerd waarvan de meerwaarde zeer dubieus is. Aan de andere kant heeft de gevolgde benadering, zowel voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem als voor methoden van evaluatieonderzoek, zodanige aanbevelingen opgeleverd, dat ten aanzien van beide elementen daadwerkelijk van "Constructive Technology Assessment" gesproken kan worden.

## LITERATUURLIJST HOOFDSTUK 10

Biessen P.G.A.M.; Oog voor de menselijke factor. Achtergrond, constructie en validering van de Basisvragenlijst Amsterdam. Acad. Proefschrift, Amsterdam, 1992.

Boot O.J. e.a.; De stand van Zaken van Integrale Kwaliteitszorg in Nederland. Instituut Nederlandse Kwaliteit, 's-Hertogenbosch, 1996.

Deming W.E.; Out of the Crisis (oorspr. 1982). Nederlandse vertaling, Deventer, Kluwer, 1994.

Hurk M.E.L.M. van den; Begeleid in kwaliteit. Afstudeerverslag, Tilburg, 1995.

Hurk M. van den, Harten W.H. van; De kwaliteit van het Roessingh. Intern rapport + bijlagen. Enschede, 1996.

Imai M. Kaizen; The key to Japans Competitive Success (oorspr. 1987). Nederlandse vertaling, Deventer, Kluwer, 1990.

Instituut Nederlandse Kwaliteit; Handleiding Positiebepaling en verbeteren. 's-Hertogenbosch, 1996.

Nabitz U.W., Walburg G.A.; Het EFQM-model van de Jellinek. Handboek kwaliteit van zorg, Utrecht. De Tijdstream, 1995.

Øvretveit J.; A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA & Sweden and of the use of organisational audit frameworks. Europ. J. Publ. Health. 1994; 4: 46-54.

Projectgroep MeTeO; Medewerkerstevredenheid. Deventer, Kluwer, 1994.

Schoot M.A.A., Kooy C.H. van der, Kleine C.M., Wiersema M.I.; Checklist Kwaliteitszorg Ziekenhuizen. NZI 193.893, Utrecht 1993.

Schreurs P., Schaufeli W., Caljé D., Kroon T.; Het meten van psychosociale arbeidsbelasting. In: Het meten van determinanten van gezondheid. Assen, van Gorcum, 1995.

Shortell S.M. e.a.; Assessing the impact of continuous quality improvement/Total Quality Management: concept versus implementation. Health Services Research 1995; 30; 377-401.

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector; Voorlopig Harmonisatiemodel, Utrecht, 1996.

Wagner C., Bakker D.H. de, Sluijs E.M.; Kwaliteitssystemen in instellingen. Utrecht 1995.

Walburg J.A.; Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Inaugurale rede. Technische Universiteit Eindhoven, 1997.

## BIJLAGE 1: MAATSTAVEN PER RESULTAATSGBIED.

6. Waardering door klanten
  - a. directe maatstaven
    - informatieverschaffing/documentatie
    - inhaken op specifieke wensen
    - tevredenheid/verleende service
    - de nazorg
    - evaluatie behandelprogramma's
  - b. indirecte maatstaven
    - klachtenbehandeling
    - maatregelen om fouten te voorkomen (FONA)
  
7. Waardering door het personeel
  - a. directe maatstaven
    - manier van leidinggeven/ondersteuning
    - gebruik van hun kennis en ervaring
    - mogelijkheid om betrokken te zijn
    - bekendheid met missie, normen en waarden, beleid
    - taakhoud, zelfontplooiing
  - b. indirecte maatstaven
    - participe in verbeterprojecten
    - ziektepercentages
    - personeelsverloop
    - klachtenniveau
    - inschrijving voor cursussen
  
8. Waardering door de maatschappij
  - a. directe maatstaven
    - werkgelegenheid
    - milieumanagement
    - onderwijs
    - liefdadigheid
  - b. indirecte maatstaven
    - aanvragen voor lezingen, stages
    - ontvangen van prijzen
    - het aantal ongelukken
    - positie op de arbeidsmarkt
    - negatieve publiciteit
  
9. Eindresultaten
  - a. directe maatstaven
    - kosten/opbrengst per prestatie
    - verhouding directe/indirecte kosten
    - budgetbeheer
    - waardering door ziektenkostenverzekeraar
    - financiële reserves
  - b. indirecte maatstaven
    - bezettingsgraad
    - doorlooptijd
    - wachtlijsten/wachttijden
    - benodigde tijd voor nieuwe diensten
    - effect van acties

## BIJLAGE 2: DEEL II; ORGANISATIE-SPECIFIEKE VRAGEN.

De nu volgende serie vragen bestaan uit allerlei uitspraken over kwaliteitsmanagement/beleid en kwaliteitsactiviteiten, die in Het Roessingh plaatsvinden en hebben gevonden. De antwoordmogelijkheden zijn dezelfde als in de voorgaande vragen. Een aantal begrippen, die in de uitspraken worden gebruikt en zijn aangegeven met een sterretje (\*), worden hieronder nader toegelicht:

**\* Leiding**

waar gesproken wordt over "de leiding" gaat het over uw directe leidinggevende.

**\* Kwaliteitsactiviteiten**

hierbij kunt u onder andere denken aan de kwaliteitsverbeteracties, kwaliteitsopleidingen van mentoren en projectleiders, protocolwerkgroepen en kwaliteitwerkgroepen.

**\* Organisatie/afdelingsresultaten**

hierbij kunt u denken aan financiële- en productieoverzichten, personele capaciteit, cijfers m.b.t. ziekteverzuim e.d.

**\* Beleid en strategie**

waar gesproken wordt over beleid en strategie gaat het over organisatiebeleid en -strategie.

**\* Proces**

een proces is een reeks aaneengesloten handelingen en activiteiten waarbij een of meerdere per(son)en(en) en/of afdeling(en) zijn betrokken.

**\* Primaire proces**

wanneer gesproken wordt over "het primaire proces" dan wordt hiermee het hoofdproces ofwel het belangrijkste (het meest voorkomende) proces op de afdeling bedoeld.

**\* Behandelproces**

de route van de patiënt langs verschillende behandel- en onderzoeksafdelingen, vanaf het 1e contact met het centrum t/m de beëindiging van de behandeling is het behandelproces.

**\* Werkprocessen**

protocollen, procedures en werkinstructies zijn werkprocessen, die het behandelproces mogelijk maken.

**\* Interne publicaties**

hierbij kunt u denken aan de nieuwsbrief, interne memo's, verslagen van werkoverleg of andere vergaderingen.



*In welke mate zijn onderstaande uitspraken op u van toepassing?*

Helemaal niet	In geringe mate	Noch in geringe noch in hoge mate	In hoge mate	Helemaal
--	-	-/+	+	++
A	B	C	D	E

1. Ik ben in de afgelopen twee jaar betrokken geweest bij een of meerdere kwaliteitsactiviteiten\* (Bij deze vraag vervalt antwoordcategorie C).
2. Mijn directe leidinggevende(n) staat open voor ideeën/opmerkingen voor verbeteringen.
3. Mijn directe leidinggevende(n) werkt(en) actief mee aan het oplossen van (acute) problemen.
4. Mijn directe leidinggevende brengt het belang van kwaliteitszorg voortdurend onder de aandacht van de medewerkers op de afdeling.
5. De taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van kwaliteitsmanagement in onze organisatie zijn duidelijk toebedeeld.
6. Met betrekking tot kwaliteitsbeleid geeft de leiding\* in woord en gedrag het goede voorbeeld.
7. Ik ben op de hoogte van (kwaliteits)verbeteracties die er in Het Roessingh plaatsvinden.
8. Afdelingsoverschrijdende problemen worden aangepakt.
9. Op de afdeling worden prestaties beoordeeld op basis van vooraf vastgestelde indicatoren.
10. Prestaties en resultaten van (kwaliteits)verbeteracties worden met medewerkers geëvalueerd.
11. Organisatie/afdelings-resultaten\* worden op de afdeling besproken.
12. Mijn inspanningen op het gebied van (kwaliteits)verbeteringen op de afdeling worden gewaardeerd.
13. Beleid en strategie worden bepaald in overleg met medewerkers.
14. Bij het bepalen van beleid en strategie wordt rekening gehouden met eisen en verwachtingen van klanten (=patiënten).
15. Beleid is erop gericht om storing in het primaire proces\* te voorkomen.
16. Klachten van klanten (=patiënten) leiden tot veranderingen in het dagelijks werk.
17. Op- en aanmerkingen van medewerkers worden gebruikt voor betere beheersing van processen\* op de afdeling.
18. Evaluatie van organisatie/afdelings-resultaten\* leiden tot aanpassingen op de afdeling.
19. De organisatiedoelen zijn vertaald naar normen voor de gewenste resultaten op de afdeling.

20. Op de afdeling worden/zijn doelstellingen geformuleerd.
21. Medewerkers worden betrokken bij het formuleren van de afdelingsdoelstelling.
22. Beleid en strategie en de uitwerking daarvan zijn onderwerpen binnen het werkoverleg.
23. Interne publicaties\* wijzen steeds op het belang van procesbeheersing en -verbetering.
24. Het beleidsplan van Het Roessingh is mij bekend.
25. Beleid en strategie worden getoetst en bijgesteld op basis van op- en aanmerkingen van patiënten.
26. Beleid en strategie worden getoetst en bijgesteld op basis van op- en aanmerkingen van medewerkers.
27. Beleid en strategie worden getoetst en bijgesteld op basis van problemen in het primaire proces\*.
28. Op de afdeling is een duidelijk aanspreekpunt voor verbetervoorstellen.
29. Het indienen van verbetervoorstellen wordt door mijn directe leidinggevende(n) gestimuleerd.
30. Ik ben op de hoogte van de kosten van producten/diensten die door de afdeling worden geleverd.
31. Op de afdeling worden personele en materiële budgetgegevens in het werkoverleg besproken.
32. Op de afdeling worden productiegegevens (bijv. opname, verpleegdagen enz.) in het werkoverleg besproken.
33. De informatie-uitwisseling tussen de verschillende afdelingen binnen de organisatie is effectief.
34. Beschikbare gegevens worden daadwerkelijk gebruikt om activiteiten op de afdeling te sturen.
35. Om effectiever te kunnen werken wordt steeds gezocht naar nieuwe behandelmethoden en/of technieken.
36. Er zijn afspraken/procedures om nieuwe behandelmethoden en/of technieken aan medewerkers over te dragen.
37. Op de afdeling zijn behandelprocessen\* en werkprocessen\* in kaart gebracht.
38. De uitgangssituatie, probleemervaring, doelen en behoeften van de patiënt worden systematisch in kaart gebracht (met bijv. RAP en SAMPC).
39. Het individuele behandelplan is mede gebaseerd op het doel/behoefte van de patiënt.
40. In het behandelplan zijn doelen en tijdsinschattingen beschreven.
41. In het behandelplan is benoemd welke typen zorg beschikbaar moeten zijn.
42. Er is voldoende continuïteit in de behandeling van patiënten.

43. Wijzigingen in het behandelplan worden met de patiënt besproken.
44. De informatieverstrekking tussen medewerkers in het behandelteam is voldoende functioneel/effectief.
45. Bij ontslag evalueert het behandelteam of de revalidatiebehandeling heeft voorzien in de behoeften van de patiënt.
46. Bij ontslag evalueert het behandelteam of de revalidatiebehandeling effectief en efficiënt was.
47. De patiënt wordt geïnformeerd over organisaties en mensen die in het kader van nazorg belangrijk zijn.
48. Er is sprake van een efficiënte overgang van klinische naar poliklinische behandeling.
49. Er is sprake van een efficiënte overgang van het revalidatiecentrum naar een thuissituatie.
50. Voor het aandeel van mijn discipline in het behandelproces zijn indicatiecriteria ontwikkeld.
51. Wanneer een patiënt op de afdeling verschijnt is er voldoende informatie van andere afdelingen beschikbaar om de behandeling te starten of voort te zetten.
52. De verantwoordelijkheid voor het verloop van het behandelproces is duidelijk toebedeeld.
53. Er zijn duidelijke criteria om de effectiviteit van behandelprogramma's te toetsen.
54. Het behandelteam betreft de patiënt bij de beslissingen over de behandeling die tijdens het behandelproces worden genomen.
55. De behandelprogramma's rondom bepaalde patiëntendoelgroepen worden periodiek geëvalueerd.
56. De opmerkingen en ideeën van medewerkers worden gebruikt om processen te verbeteren.
57. Procesveranderingen op de afdeling komen in overleg met medewerkers tot stand.
58. Medewerkers worden m.b.v. trainingen voorbereid op veranderingen in processen.
59. Ik heb een duidelijk beeld van de kwaliteit die de patiënten van Het Roessingh verwachten.
60. Uitkomsten van patiëntenenquête's en exit-interviews zijn mij bekend.
61. De patiënt wordt betrokken bij de evaluatie van het behandelprogramma.
62. Het huidige imago van Het Roessingh is goed.
63. Het Roessingh treedt regelmatig naar buiten om doelgroepen op de hoogte te brengen van haar behandelmogelijkheden.
64. In strategie en beleid wordt voldoende rekening gehouden met toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen.
65. De onderwijsvoorzieningen in de regio sluiten aan bij de personeelsvraag van Het Roessingh.

66. Er wordt voldoende aandacht besteed aan eisen ten aanzien van milieuzorg.
67. Trends in patiëntensatisfactie zijn mij bekend.
68. Gemiddelde wachttijden en veranderingen daarin zijn mij bekend.
69. Cijfers over capaciteitsbenutting (bijv. bedbezetting) zijn mij bekend.
70. De gemiddelde doorlooptijd van patiënten(groepen) en afwijkingen daarin zijn mij bekend.
71. Informatie over bereikte besparingen/bezuinigingen zijn mij bekend.
72. In het belang van mijn (toekomstig) aandeel aan het primaire proces zijn organisatorische veranderingen noodzakelijk.

## BIJLAGE 3: BASAM, BASIS VRAGENLIJST AMSTERDAM

<p style="text-align: center;"><b>BASAM</b> Basis vragenlijst Amsterdam</p> <p style="text-align: center;">Vakgroep Arbeids- en Organisationspsychologie Universiteit van Amsterdam</p> <p style="text-align: center;">Peter Biessen</p> <p style="text-align: center;">Non-profit versie</p> <p style="text-align: center;">SWETS Test Services</p>
--

### ALGEMENE INSTRUCTIE

De nu volgende serie vragen bestaat uit allerlei uitspraken over u en uw werk. Het is de bedoeling dat u steeds aangeeft op het antwoordformulier in welke mate deze beweringen op uzelf van toepassing zijn: bij de beantwoording kunt u kiezen uit 5 (steeds dezelfde) antwoordmogelijkheden. Uw antwoord (A, B, C, D, of E) kunt u aangeven op het antwoordformulier door één van de vijf hokjes die met uw antwoord corresponderen zwart te maken met het potlood. Bij de beoordeling van de uitspraken kunt u steeds kiezen uit vijf alternatieven. In het onderstaande voorbeeld wordt de betekenis van deze alternatieven aangegeven.

#### Voorbeeld

*In welke mate zijn onderstaande uitspraken op u van toepassing?*

Helemaal niet	In geringe mate	Noch in geringe noch in hoge mate	In hoge mate	Helemaal
--	-	-/+	+	++
A	B	C	D	E

### HET WERK DAT IK DOE IS AFWISSELEND.

U kunt kiezen uit de volgende antwoorden:

A "Helemaal niet (-)"

Wanneer u voor deze antwoordmogelijkheid kiest, is de bewering helemaal niet op u van toepassing, omdat u bijvoorbeeld altijd dezelfde taken in uw werk moet uitvoeren.

B "In geringe mate (-)"

Wanneer u deze antwoordmogelijkheid aankruist, vindt u de bewering voor een klein deel wel, maar voor het grootste gedeelte niet op u van toepassing; u voert over het algemeen dezelfde taken uit, alhoewel het soms voorkomt dat er enige afwisseling in uw werk bestaat.

C "Noch in geringe mate, noch in hoge mate (-/+)"

Deze antwoordmogelijkheid geeft aan dat u neutraal staat tegenover de bewering; de steeds weer terugkerende, vaste taken in uw werk wegen op tegen de afwisselende elementen.

D "In hoge mate (+)"

Wanneer u voor deze antwoordmogelijkheid kiest, geeft u aan dat de bewering voor het grootste gedeelte op u van toepassing is: u heeft afwisselend werk, alhoewel er een klein aantal vaste taken in uw werk bestaat.

**E "Helemaal (+ +)"**

Wanneer u dit antwoord aankruist, vindt u dat de bewering volledig op u van toepassing is: u heeft altijd afwisselend werk.

Wanneer u vindt dat geen van de antwoordalternatieven volledig op u of uw werk van toepassing is, kiest u dan de antwoordmogelijkheid die het meest met uw mening overeenkomt.

Tot slot nog dit: het doel van deze vragenlijst is een juiste en complete indruk te krijgen van uw mening ten aanzien van uw werk. Er zijn geen juiste of onjuiste antwoorden, het gaat immers om uw mening. Denk niet te lang na over een vraag. Verder willen wij nogmaals benadrukken dat de gegevens uit deze vragenlijst anoniem worden verwerkt, zodat uw privacy niet in het gedng komt.

81. Ik geef informatie over normen en voorschriften die voor ons werk van belang zijn.
82. Ik weet hoe ik mijn werk moet uitvoeren om een goed resultaat te bereiken.
83. Ik weet waarvoor ik verantwoordelijk ben.
84. De resultaten van mijn werk zijn het gevolg van mijn eigen inspanningen.
85. Het is mijn eigen verantwoordelijkheid of het werk goed gedaan wordt.
86. Ik kan volledig rekenen op mijn directe chef.
87. Het uitvoeren van mijn werk geeft mij meteen informatie in hoeverre ik goed presteer.
88. De verlichting op mijn werk is goed.
89. Mijn inkomen stelt mij in staat mij in te dekken tegen onvoorziene gebeurtenissen.
90. Het geluid op mijn werkplek stoort mij.
91. Het werk dat ik doe is van belang voor de klanten van dit bedrijf.
92. Mijn directe chef spoort mij aan om nieuwe ideeën over de aanpak van mijn werk naar voren te brengen.

**BIJLAGE 4: MULTIPLE REGRESSION. ORGANISATIESCORES OP INK-AAN-  
DACHTS- EN RESULTAATSGBIEDEN, BASAM-HOOFDVELDEN  
EN AL DAN NIET DEELNAME AAN KWALITEITSACTIVITEITEN.**

Correlation, 1-tailed Sig:

	EIND- RES	MID- MGT	PROC- MGT	LEI- DER	BELEID	KEN- WERK	CHEF- COL	BELO- NING
EINDRES	1.000	.500	.299	.310	.326	.128	.334	.178
	.	.000	.000	.000	.000	.012	.000	.001
MIDMGT	.500	1.000	.402	.510	.567	.171	.483	.198
	.000	.	.000	.000	.000	.001	.000	.000
PROCMGT	.299	.402	1.000	.340	.436	.270	.249	.071
	.000	.000	.	.000	.000	.000	.000	.105
LEIDER	.310	.510	.340	1.000	.730	.455	.714	.083
	.000	.000	.000	.	.000	.000	.000	.073
BELEID	.326	.567	.436	.730	1.000	.346	.598	.094
	.000	.000	.000	.000	.	.000	.000	.050
KENWERK	.128	.171	.270	.455	.346	1.000	.462	.145
	.012	.001	.000	.000	.000	.	.000	.005
CHEFCOL	.334	.483	.249	.714	.598	.462	1.000	.144
	.000	.000.	.000	.000	.000	.000	.000	.006
BELONING	.178	.198	.071	.083	.094	.145	.144	1.000
	.001	.000	.105	.073	.050	.005	.006	.
ORGANIS	.196	.353	.332	.595	.528	.409	.545	.147
	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.005
FYSOMST	.111	.107	.177	.159	.227	.321	.137	.240
	.025	.030	.001	.002	.000	.000	.008	.000
KWALITACT	.338	.257	.077	.291	.267	.193	.406	.089
	.000	.000	.089	.000	.000	.000	.000	.058





## 11. HET KWALITEITSSYSTEEM, AANVULLENDE GEGEVENS EN EEN AFRONDENDE BESCHOUWING

### 11.1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is geprobeerd door middel van case studies de ervaringen met het opbouwen van een kwaliteitssysteem te beschrijven en te evalueren. Alvorens tot de beschouwing over de gebruikte methode van onderzoek en de gerealiseerde meerwaarde van het kwaliteitssysteem kan worden overgegaan, dienen enkele aanvullende gegevens te worden beschreven. Het kwaliteitssysteem bestaat uit méér dan de tot nu toe beschreven onderdelen. Er zal een overzicht worden gegeven van de overige met kwaliteitszorg samenhangende structuren en activiteiten in het revalidatiecentrum (11.2.1.). In hoofdstuk twee is reeds gewezen op de samenhang tussen kwaliteitsbeleid en organisatie-ontwikkeling; in deze beschouwing wordt beschreven in hoeverre dit voor Het Roessingh geldt en welke conclusies daaraan verbonden kunnen worden (11.2.2.).

Voor het opmaken van een balans ten aanzien van de meerwaarde van een kwaliteitssysteem is inzicht in de daarvoor gemaakte kosten essentieel. Dit zal geboden worden in de vorm van een kostenanalyse (11.3.). Een kosten-baten onderzoek was wellicht te prefereren geweest; de argumenten voor de keuze van slechts een kostenanalyse worden toegelicht.

De belangrijkste bevindingen uit de cases die betrekking hadden op de organisatie als geheel (hoofdstuk vijf en 10) en de deelcases worden in 11.4. kort samengevat. Daarbij wordt ingegaan op de belangrijkste resultaten en de inpassing in het kwaliteitssysteem. Op basis van dit totaaloverzicht van bevindingen en relevante ervaringen kan een afrondende beschouwing over de meerwaarde van het opgebouwde kwaliteitssysteem worden gegeven. Voor een juiste waardering van de beschikbare gegevens zal retrospectief de gevolgde benadering van constructive technology assessment en het gekozen perspectief nogmaals beoordeeld worden (11.5.).

De afrondende beschouwing is gericht op de meerwaarde van het kwaliteitssysteem in constructive technology termen: "werkt het in deze situatie?" en vervolgens "welke aanbevelingen zijn daaraan voor verdere ontwikkeling te verbinden?". Deze beoordeling geschiedt gestructureerd aan de hand van de criteria zoals opgesteld door Pettigrew en Whipp voor succesvolle, competitieve organisaties (11.6.). Nogmaals dient daarnaast het perspectief van de organisatie-ontwikkeling geplaatst te worden (onder andere de eerder beschreven

kanteling en de INK-fasering), maar nu in het licht van de eerder beschreven trends in het bedrijfsleven.

De aanbevelingen zullen gericht worden aan de eigen organisatie, het management van zorginstellingen in het algemeen en revalidatiecentra in het bijzonder, aan professionals en beleidsmakers. Waar mogelijk wordt een kanttekening of nuancering geplaatst bij de in de eerste hoofdstukken gehanteerde theorie en modellen.

## 11.2. Kwaliteitszorg en organisatie-ontwikkeling, een totaaloverzicht

### 11.2.1. Overige activiteiten in het kader van kwaliteitszorg

In dit proefschrift is de uitgangssituatie van de instelling in de hoofdstukken twee en vier beschreven. De organisatorische structuur waarbinnen kwaliteitszorg vorm krijgt en die door kwaliteitsmentoren ondersteund wordt, is in hoofdstuk vijf aan de orde geweest. Voorts zijn een aantal onderdelen van het kwaliteitssysteem afzonderlijk beschreven: marktonderzoek, protocolontwikkeling en resultaatmeting. Er waren, voorafgaand aan de beschreven periode, al een aantal andere activiteiten ontwikkeld, welke kort in hoofdstuk vier zijn behandeld. Deze hebben zich inmiddels echter, mede in relatie met de bovenbeschreven activiteiten, verder ontwikkeld. De verschillende activiteiten zullen achtereenvolgens kort worden beschreven, teneinde een zo volledig mogelijk beeld van het kwaliteitssysteem per ultimo 1996 te schetsen.

Sinds begin tachtiger jaren bestaat bij Het Roessingh een Revalidantenraad, waar met name de klinisch opgenomen patiënten maandelijks met hun opmerkingen en suggesties terecht kunnen. Ook worden daar beleidsmatige zaken aan de orde gesteld en vindt jaarlijks een overleg met de directie plaats. Op basis van de exit interviews (beschreven in hoofdstuk acht) is een apart overleg met enkele ouders van opgenomen kinderen geïnitieerd. De problematiek en situatie van de opgenomen kinderen verschilt zoveel van volwassenen, dat gebleken is dat bespreking in één orgaan niet zinvol is. Een zelfde probleem deed zich voor met de ouders van kinderen die kinderdagbehandeling ontvangen. Een belangrijke deel van deze kinderen bezoekt ook de nabij gelegen Mytyschool. Uit praktische overwegingen is een regelmatig contact met de Ouderraad van deze school geïnitieerd. Ook hiervoor waren uitkomsten van de exit interviews de aanleiding.

Naast deze contacten vindt er jaarlijks overleg plaats met het Regionale Consumenten- en Patiëntenplatform. Vanaf 1995 is besloten een cyclus van voorlichtings- en discussie-avonden met categorale patiëntenverenigingen te gaan

organiseren. Deze vergaande differentiatie werd noodzakelijk gevonden, omdat de aandachtspunten die vanuit diverse patiëntenverenigingen werden aangekaart nogal bleken te verschillen. Er blijkt dus een sterke interactie te zijn (geweest) tussen met name de uitkomst van exit interviews en de vormgeving van het structurele contact met patiëntenorganisaties. De patiëntenvoorlichtingsfunctionaris, tevens kwaliteitsmentor, is voor deze activiteiten verantwoordelijk.

Het voorlichtingsbeleid heeft eveneens een sterke relatie met kwaliteitszorgactiviteiten. Mede op basis van bevindingen uit dit onderzoek kan vastgesteld worden dat de verwachtingen die patiënten hebben zo reëel mogelijk dienen te zijn met het oog op het kwaliteitsoordeel en de tevredenheid achteraf. Adequate voorlichting speelt daar een belangrijke rol in; dit aspect komt regelmatig uit de exit interviews naar voren. Deze interviews worden ook gebruikt om te bezien of genomen maatregelen ter verbetering van de voorlichting effect sorteren. Het gaat dan om punten als verantwoordelijkheidstoedeling (voor informatie-overdracht), vaststelling van de meest geschikte momenten van voorlichting en vormgeving en inhoud van voorlichtingsmateriaal.

Reeds vanaf 1990 functioneert een formele klachtenprocedure en bestaat er een klachtencommissie met een onafhankelijke externe voorzitter. De klachtenprocedure bestaat altijd uit een fase van verheldering en een poging tot bemiddeling. Bij bemiddeling wordt gepoogd de klager genoegdoening te verschaffen zonder dat er sprake is van een formele klachtenbehandeling door de klachtencommissie. In het grootste gedeelte van de gevallen is dat ook mogelijk. In het revalidatiecentrum Het Roessingh is er sprake van een betrekkelijk gering aantal klachten op jaarbasis (20-30). De bemiddelingsfunctionaris is dezelfde als de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris. Elke schriftelijke klacht wordt ook door de directie gezien. In overleg met de patiëntenvoorlichtingsfunctionaris (klachtenbemiddelaar) wordt besloten of het noodzakelijk is eventueel uit de klacht voortvloeiende suggesties voor verbetering met leidinggevend en het management team te bespreken. Dit laatste gebeurt in ieder geval met het jaaroverzicht van de geregistreerde klachten. Op deze wijze worden eventueel aan klachten te verbinden acties via het hiërarchische kanaal opgepakt. Zo nodig wordt daar in het kader van nascholing of verbeterprojecten op ingespeeld.

Sinds midden tachtiger jaren is er ook een FONA-commissie (Fouten, Ongevallen en Near-Accidents). Het merendeel van de meldingen betreft valpartijen van patiënten. Voorzover daar in preventieve zin consequenties aan te verbinden zijn, wordt dit via leidinggevend en bijvoorbeeld de huisvestigingscommissie

gedaan. Er zijn jaarlijks een beperkt aantal medicatiefouten. In 1992 is het gehele medicatievoorschrijven en -distributiesysteem, na opmerkingen van de Inspectie voor de Volksgezondheid hierover, projectmatig verbeterd. In 1995 heeft één van de kwaliteitsmentoren een verbeterproject ten aanzien van de medicatievoorziening op een van de klinische afdelingen uitgevoerd. Gedurende een reeks van jaren wijzigt het patroon van FONA-meldingen zich niet of nauwelijks. Hoewel het in sommige instellingen regelmatig een bron voor suggesties voor structurele verbetering is, blijkt dat in het revalidatiecentrum op dit moment slechts marginaal het geval te zijn.

De infectiecommissie bewaakt het hygiënebeleid, stelt protocollen op (bijvoorbeeld voor de opvang van MRSA verdachte buitenlandse patiënten) en registreert het voorkomen van kruisinfecties. Er functioneert tenslotte ook een apothekcommissie, die het medicatiebeleid in technische en inhoudelijke zin bewaakt. Zo is een formularium opgesteld op basis van een in een nabij gelegen ziekenhuis ontwikkelde versie.

#### Professionele kwaliteitszorg.

Het Roessingh heeft gemiddeld per jaar 10 assistenten in opleiding tot revalidatie-arts. Gedurende de in het onderzoek beschreven periode heeft een visitatie van de opleiding plaats gehad. Op basis daarvan is een erkenning voor de opleiding voor vijf jaar afgegeven. Opvallend was het beperkte aantal aanbevelingen voor verbetering. In het kader van het revalidatienetwerk zijn ook de revalidatiepraktijken van de, vanuit Het Roessingh gedetacheerde, revalidatie-artsen in algemene ziekenhuizen gestimuleerd zich te laten onderwerpen aan de visitatie voor niet-opleidingspraktijken. Een eerste visitatie vond in 1996 plaats, de volgende is in 1997 voorzien. In het kader van intercollegiale ontwikkeling organiseert de opleider maandelijks refereeravonden; in samenwerking met andere revalidatiecentra in het oosten van het land worden eveneens (externe) refereeravonden georganiseerd. In 1995 is een informeel systeem van collegiale uitwisseling, een bespreking van casuïstiek, geïntroduceerd. Aangezien het hierbij noodzakelijk is dat de betrokken medisch specialisten zich toetsbaar opstellen, begint dit kenmerken van intervisie te krijgen. Het gaat hier om opleidings- en Medische Staf-activiteiten, welke een nauwe relatie hebben met het kwaliteitssysteem van de organisatie, doch daarvan separaat georganiseerd worden.

In het scholingsbeleid van de instelling wordt per dienst zoveel mogelijk geprobeerd het scholingsaanbod te enten op het algemeen beleid. Vanaf 1995 wordt dat ook centraal getoetst aan de hand van een opleidingsbeleidsplan. Op deze wijze wordt ook van directiewege geprobeerd scholingsactiviteiten te laten

aansluiten op de in het kader van de kwaliteitszorg noodzakelijke vaardigheden. Professionele scholing blijft echter het belangrijkste deel van de totale scholingsactiviteiten uitmaken.

Ook diverse (professionele) diensten hebben kwaliteitsactiviteiten ondernomen. Zo heeft de afdeling fysiotherapie deel genomen aan een enkele jaren durend project van het CBO ter verbetering van het professionele handelen. Hierbij is vooral de rapportage en onderlinge overdracht als projectthema gekozen. Binnen de afdelingen Ergotherapie en Maatschappelijk Werk vinden op reguliere basis kwaliteitsactiviteiten zoals nascholing en intervisie plaats. De afdeling Ergotherapie heeft tevens geëxperimenteerd met het toepassen van PACE-normen op de afdelingsorganisatie. Zoveel mogelijk wordt geprobeerd de aard van deze activiteiten te laten sporen met het geformuleerde kwaliteitsbeleid; dit wordt vastgelegd in afdelingsbeleidsplannen. Ook in de ondersteunende sector vinden gestructureerde kwaliteitsactiviteiten plaats. Zo krijgt het receptiepersoneel regelmatig een op hun situatie toegespitste cursus klantgerichtheid. In de voedingsdienst is met hulp van een HBO-instelling een kwaliteitshandboek opgesteld; dit bevat beschrijvingen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden, proceskenmerken en voorwaarden die aan materiaal en middelen worden gesteld. Over de voortgang van deze projecten werd aan de commissie kwaliteitsbeleid en later het Management Team gerapporteerd teneinde een coherente beleidsontwikkeling te bewerkstelligen.

Het kwaliteitssysteem omvat dus meer dan hetgeen in dit proefschrift in de diverse case studies beschreven staat. Het is van belang activiteiten op elkaar te laten aansluiten teneinde zo groot mogelijke coherentie van beleid te bewerkstelligen. Dat gebeurt op het niveau van directie en management team. In de praktijk is in beperkte mate van interactie tussen diverse systeemonderdelen sprake. Het aantal klachten en FONA-meldingen is betrekkelijk gering, zodat dit zelden tot verbeterprojecten of andere acties leidt. De opleiding tot medisch specialist heeft een eigen structuur en wederzijdse beïnvloeding met de kwaliteitsorganisatie vindt beperkt plaats. In bijlage 1 wordt aan de hand van een in 1996 opgesteld intern stuk een overzicht van de verantwoordelijkheidsverdeling in het kwaliteitssysteem gegeven.

### 11.2.2. Kwaliteitszorg en organisatie-ontwikkeling

Het "organiseren van kwaliteit" vindt plaats in de bestaande organisatiesetting. In enkele cases is gebleken dat de organisatiestructuur van invloed is op de snelheid en de succeskans van (verbeter)projecten. Kwaliteitsverbetering heeft vaak ook organisatorische kanten; daarmee worden vooral de organisatie en

coördinatie van het werk en samenwerkingsaspecten tussen afdelingen bedoeld. De organisatiestructuur laat zich minder makkelijk wijzigen. Met name bij multidisciplinaire verbeterprojecten bleek de organisatiestructuur een belangrijke factor wanneer organisatiewijzigingen als mogelijke consequentie van het project werden gezien. De zelfevaluatie volgens het model INK leverde voor het aandachtsgebied "management van processen" een ontwikkelingsfase op die naar verhouding het meest voor verbetering vatbaar is. Dit kan als teleurstellend beschouwd worden in het licht van de toch sterk op procesverbetering gerichte bedrijfsketen-benadering. Het valt niet uit te sluiten dat de organisatiestructuur ten aanzien van procesmanagement en de verbetering van de procesgerichtheid van de organisatie een belangrijkere impact heeft dan de organisatie van kwaliteitszorg. Als consequentie daarvan zou het rendement van de investeringen in kwaliteitszorg in een procesgerichte organisatie wel eens veel groter kunnen zijn.

In de beschreven periode is de budgetverantwoordelijkheid vergaand naar dienst- en afdelingshoofden gedelegeerd. Tevens is een begin gemaakt met tijdregistratie in het kader van de in de revalidatie geïntroduceerde RBU (RevalidatieBehandelUur) als budgetparameter. Dit betekent dat leidinggevenden meer dan voorheen aangesproken worden op hun productie aan directe tijd. Hierover wordt ook maandelijks feedback informatie verstrekt. In 1996 is tevens geëxperimenteerd met vormen van kostprijsberekening, waarbij een prijs aan de RBU per afdeling is gekoppeld en op historische basis is nagegaan hoe de inzet van de diverse disciplines (op RBU-basis) voor enkele behandelprogramma's kan worden vastgesteld. Er is een ontwikkeling ingezet in de richting van contract management, waarbij de productie aan RBU's per jaar met de leidinggevenden wordt afgesproken. In de loop van 1996 is gebleken dat deze twee ontwikkelingen, een betere kostenbeheersing in combinatie met verhoging van de productiviteit en de ontwikkeling van kwaliteitszorg, in de beleving van de medewerkers leken te conflicteren. Kostenbeheersing en productiviteitseisen aan de ene kant en de noodzaak continu aan verbetering te werken aan de andere kant werden als strijdig beleefd. Daarop is een discussie gestart om met name het doelmatigheidsaspect in kwaliteitszorgactiviteiten te benadrukken en op die wijze aan te geven dat kostenbeheersing en kwaliteitszorg wel degelijk hand in hand kunnen gaan. Een inventarisatie van de kwaliteitskosten, welke voor het revalidatiecentrum te berekenen zijn, kan daarin een rol spelen en zal dan ook in een volgende fase opgepakt gaan worden. Afgezien van de gesignaleerde strijdigheid tussen de professionele kwaliteitsvisie en de integratie van doelmatigheids- en productiviteitsaspecten lijkt ook de door Hardjono (1995) beschreven organisatieoriëntatie mee te spelen. Hij komt tot de conclusie dat organisaties continue

werken aan het vermeerderen van hun verschillende vermogens (materiaal-, commercieel-, socialisatie- en denkvermogen); dat kan geschieden door een interne- of externe- en een beheersings- of veranderingsoriëntatie. Op basis van deze indelingen komt hij tot een aantal managementoriëntatiegebieden (marktgerichtheid, productiviteit, lenigheid en verandering/innovatie). Het is niet mogelijk aan alle gebieden evenveel aandacht te schenken en per tijdsfase vragen in de regel één of twee gebieden de meeste energie. Twee hoofdthema's bleken in de beschreven periode goed te integreren en naar de organisatie te vertalen in beleid en projecten (kwaliteit en organisatie-ontwikkeling, kwaliteit en bezuiniging bijvoorbeeld). In 1996 bleek de combinatie van bezuinigingen en productiviteitsverhoging, reorganisatie en kwaliteitszorg tot een vermindering van aandacht en inspanning voor kwaliteitszorg te leiden. Dit lijkt de theorie van Harjono te bevestigen.

Bij de INK-zelfevaluatie leverden de inmiddels geïntroduceerde functioneringsgesprekken een belangrijke bijdrage aan de gunstige score op het terrein van personeelsmanagement. Dit onderdeel van het personeelsbeleid was in de beschreven periode geïntroduceerd in het kader van algemene organisatie-ontwikkeling. Dit heeft via het human resources-beleid echter een belangrijke invloed op de uitwerking en de vormgeving van het kwaliteitsbeleid. Opbouw van een kwaliteitssysteem zal steeds interfereren met de organisatie-ontwikkeling. Het is van belang dat de verantwoordelijken voor de organisatie van kwaliteitszorg zich dit goed realiseren; voor sommige problemen, zoals aspecten van multidisciplinaire samenwerking, zal een organisatiewijziging meer bieden dan een verbeterproject. In bepaalde fases kan de organisatie-oriëntatie zodanig zijn, dat er weliswaar een kwaliteitssysteem aanwezig is, doch de personele inzet voornamelijk op andere gebieden gericht is.

In hoofdstuk twee is een vergelijking gemaakt tussen gezondheidszorg en bedrijfsleven. Geconstateerd werd dat vooral het kostenbeheersingsbeleid en in mindere mate de invloed van de cliënt geleid heeft tot een oriëntatie op kwaliteit en innovatie (zorgvernieuwing). Efficiëntieverhoging is een meer geleidelijk proces, waarbij een auteur als Drucker (1992) stelt dat de echte productiviteitslag nog gemaakt moet gaan worden. Wat betreft de ontwikkeling van de organisatiestructuur bevindt Het Roessingh zich in de overgang van de kwaliteits- naar de flexibele firma (Bolwijn en Kumpe 1993). De ervaringen van het revalidatiecentrum leiden sterk tot de conclusie dat voor multidisciplinair geleverde zorg de structuur van de flexibele firma noodzakelijk is om de kwaliteitszorg geïntegreerd te laten plaatsvinden en op een hoger plan te brengen. De structuurontwikkeling van de organisatie is vergaand dezelfde als

die van het bedrijfsleven; de redenen daarvoor en het resulterende bedrijfsbeleid zijn verschillend. Het door Bolwijn en Kumpe beschreven model van organisatieontwikkeling lijkt voor het revalidatiecentrum dus slechts beperkt geldig.

Met een structuur die het midden houdt tussen de kwalitatieve en flexibele firma, wordt vooral gemikt op kwaliteit en innovatie. Efficiëntieverhoging is een continu proces, waarop in de toekomst de druk alleen maar groter wordt. De rol van flexibiliteit is in de zorgsector nog onduidelijk.

### 11.3. Kostenanalyse

Het effect van de introductie van een kwaliteitssysteem moet uiteindelijk zichtbaar worden in de bedrijfsresultaten, ook in financiële zin. Een kosten-baten analyse zou een mogelijkheid zijn om in financiële termen een benadering te geven van de gerealiseerde meerwaarde.

De kosten die gemoeid zijn met kwaliteitszorg in de gezondheidszorg, betreffen voornamelijk personeelskosten. Het gaat om:

- directe, "out of pocket", kosten (zoals aanstellen projectmedewerker, opleidingskosten en vrijstellen kwaliteitsmentor).
- alternatieve aanwending van beschikbare capaciteit; zoals directie-uren en leidinggevende uren
- indirecte kosten; de kosten van verlies aan beschikbaarheid voor zorgverlening, dit kan zichtbaar worden door budgetcompensatie van de betrokken afdeling of verlies aan productiviteit.
- materiële kosten.

De "baten" van het kwaliteitssysteem liggen in het verlengde van de strategische doelen die de organisatie ermee heeft. Voor Het Roessingh liggen die (in relatie tot het kostenaspect) vooral in verhoging van de doelmatigheid: lukt het beter dan voorheen een kwaliteitsproduct te leveren bij een lager kostenniveau? Verbetering van het financiële resultaat van de organisatie heeft als strategische doelstelling in de beschreven periode geen hoge prioriteit gehad. Enerzijds vanwege noodzakelijke investeringen in onderwijs en research ter consolidatie van de topklinische functies en anderzijds vanwege de onvoorspelbaarheid van het gedrag van de overheid ten aanzien van eventueel opgebouwde reserves. Optimale aanwending van het beschikbare budget was in het kader van financieel beleid de belangrijkste doelstelling.

Verbetering van het kostenniveau van het product veronderstelt de mogelijkheid van kostprijsberekening; deze is weliswaar in ontwikkeling, maar in de revalidatiebranche noch in Het Roessingh gebruiksklaar. Kostprijsvergelijking voor en na invoering van (delen van) het kwaliteitssysteem is dus niet mogelijk. Hetzelfde



geldt voor een grove maat als gemiddelde behandelduur of therapie-inzet als indicatie voor de kosten per case, omdat geen adequate case-mix vergelijking mogelijk is.

Vermindering van kwaliteitskosten wordt soms ook gebruikt als effectmaat voor van kwaliteitszorg. Deze worden onderscheiden in preventiekosten, inspectiekosten, interne foutkosten en externe foutkosten (zoals garantiekosten en extra nazorg). Hiervoor zou een speciaal toegesneden kostenadministratie moeten worden bijgehouden; afgezien van het bureaucratiserend effect is er in de organisatie geen prioriteit toegekend aan het opzetten van een dergelijke registratie. Ook in het bedrijfsleven is men er overigens nog nauwelijks toe overgegaan kwaliteitskosten systematisch te registreren (Boot e.a. 1996). Dit gebeurt wel op incidentele basis en dat wordt als de meest zinvolle benadering gezien. Als één van de weinige zorginstellingen heeft het Oogziekenhuis te Rotterdam tussen 1993 en 1996 een project gedaan gericht op de ontwikkeling van een beheerssysteem van kosten én kwaliteit. Hierbij is mede uitgegaan van een kwaliteitskostenanalyse op basis waarvan indicatoren en meetinstrumenten voor een kwaliteitsbeheerssysteem zijn ontwikkeld. Afgezien van verbeterd inzicht dat door de analyse is ontstaan, is daadwerkelijke implementatie nog niet gelukt (Bandel e.a. 1996).

Per saldo blijft aldus een descriptieve benadering over van de kosten die gemoeid zijn met de opbouw en het functioneren van het kwaliteitssysteem. Zoals eerder aangegeven kunnen deze voornamelijk afgezet worden tegen de bij overall-evaluatie gevonden resultaten, welke vooral in kwalitatieve termen beschreven zijn.

Per onderdeel van het kwaliteitssysteem zijn de kosten beschreven in bijlage 2. Gezien het karakter van de kostensoorten zijn deze door een adequate projectregistratie goed in beeld te brengen. Er is voor gekozen kosten voor activiteiten, die reeds ondernomen werden en in het kwaliteitssysteem zijn ingepast, als structurele kosten mee te nemen. Tevens wordt een onderscheid gemaakt tussen incidentele kosten, welke voor een deel ook met dit onderzoek te maken hebben, en structurele kosten.

In bijlage 2 is te zien dat de structurele kosten, samenhangend met de uitvoering van het kwaliteitssysteem, momenteel per jaar  $\pm$  127.000 gulden bedragen. De incidentele kosten varieerden: 289.100 in 1993, 284.000 in 1994, 76.000 in 1995 en 162.000 gulden in 1996. Het totaalbudget ontwikkelde zich in die jaren van 32 naar 34 miljoen.

De totale kosten varieerden dus van 203.000 tot 335.000 gulden per jaar en bedroegen respectievelijk 0,6% en 1,0% van het budget van het revalidatiecentrum. Voor de eerstkomende jaren wordt een niveau van  $\pm$  0,6% het meest waarschijnlijk geacht.

Omdat er soms aanzienlijke externe financiering (met name subsidies) gevonden kon worden, lagen de netto kosten voor al deze activiteiten aanzienlijk lager; tussen de 0,4% en 0,6% van het totaalbudget. De met deze subsidies medegefinancierde activiteiten waren vooral gericht op onderzoek en ontwikkeling; dat heeft de opbouw van het kwaliteitssysteem een forse prikkel gegeven.

Bij het onderzoek van Sluys e.a. (1994) wordt gemeld dat een aantal instellingen honderd gulden per medewerker, exclusief geïnvesteerde tijd, voor de introductie van kwaliteitszorg hebben uitgegeven. Wanneer de geïnvesteerde tijd wordt meegerekend (zoals hierboven) zouden de kosten voor een vergelijkbare instelling op  $\pm$  112.000 gulden per jaar liggen. De ervaring van Het Roessingh is dat, zeker tijdens de invoeringsfase, het twee- tot drievoudige nodig is.

Het vrijmaken van bedragen ter hoogte van 0,5% - 1,0% van het budget - dit percentage is hoger naarmate de personele component in het budget hoger is - is niet eenvoudig. Aangenomen mag worden dat instellingen die er minder in slagen extern fondsen voor dit soort activiteiten te verwerven, meer moeite zullen hebben met de opbouw van kwaliteitszorg.

#### 11.4. De belangrijkste bevindingen uit de case-studies

##### De introductie van kwaliteitszorg als veranderingsproces.

De introductie van een nieuwe managementtechnologie, zoals een kwaliteitssysteem, kan het beste als een veranderingsproces benaderd worden. Naast voldoende aandacht vóór en adequate uitwerking van dat proces, is vooral de invulling van de verschillende dimensies van belang. Het gaat dan om inhoudelijke aspecten (zoals voldoende kennisoverdracht over kwaliteitszorg en erkenning van inhoudelijke kenmerken van verschillende organisatie-onderdelen), sociale aspecten (als aansluiting bij cultuur en organisatie-ontwikkeling) en betekenisgevende aspecten.

Het gegeven dat kennisoverdracht over kwaliteitszorg, als inhoudelijke dimensie, een belangrijke voorwaarde blijkt te zijn, pleit voor het hanteren van eenvoudige en aansprekende modellen. Het bedrijfsketenmodel zou als exponent daarvan kunnen gelden. Het primaire zorgproces heeft voor behandelaars immers altijd prioriteit en krijgt navenant meer aandacht. Bij herhaling bleek ook in andere deelprojecten dat de bereidheid van professionals om te participeren in kwaliteitszorg of de organisatie daaromheen heel sterk afhangt van de

beleefde "shared values". Zeker voor deze vorm van dienstverlening geldt dat aan inhoudelijke voorwaarden in voldoende mate tegemoet moet zijn gekomen, willen professionals bereid zijn actief te investeren in deze management technologie. Enerzijds vraagt dit om een zorgvuldige planning en regievoering, aan de andere kant een zodanige communicatie en informatievoorziening dat men dit niet te zeer als een top-down initiatief en "corpus alineum" ervaart. Keer op keer blijkt deze balans moeilijk te vinden.

Het actief houden van de kwaliteitsorganisatie vergt continue inspanning en is een zaak van lange adem. Het hanteren van de door Vinkenburg (1995) geconstateerde dimensies die van belang zijn bij het ingaan van verandertrajecten, is daarom aan te bevelen. Deze moeten consistent worden gehanteerd, bovendien dient coherentie te bestaan tussen de veranderorganisatie en veranderstrategie en de in de organisatie vastgestelde kenmerken ten aanzien van de verschillende relevante factoren (zie figuur 5.4.). Ook kenmerken van de organisatievorm en intermenselijke verhoudingen binnen organisatie-onderdelen kunnen een belangrijke rol spelen bij de realisatie van kwaliteitszorg, zowel in positieve als in negatieve zin.

Mislukkingen of onvoldoende resultaat van (deel)projecten lijken bij een groot-schalige aanpak onvermijdelijk; het beste is ervan te leren voor een verbeterde vervolgaanpak.

Gezien de open specificaties die voor het in te voeren kwaliteitssysteem waren opgesteld, kan worden geconstateerd dat Het Roessingh in belangrijke mate in zijn opzet is geslaagd (5.6.). Bij de beantwoording van de enquête-vragen onder het personeel is evenwel ook duidelijk dat nog maar 40% aangeeft daadwerkelijk aan kwaliteitsactiviteiten te hebben deelgenomen. Er zijn dus aanzienlijk meer investeringen nodig om te bewerkstelligen dat alle personeelsleden regelmatig bij continue kwaliteitsverbetering betrokken zijn.

De verankering van het kwaliteitssysteem in de organisatie heeft ook in hiërarchische zin plaatsgevonden. Uit de afsluitende evaluatie bleek dat de vertaling van kwaliteitszorg naar afdelingsniveau nog beter kan. Deze bevinding stemt overeen met resultaten uit de landelijke INK-enquête (Boot e.a. 1996). Er zal dus nadrukkelijk geïnvesteerd moeten worden in deze organisatielaag (zeker wanneer tegelijk het kantelingsproces doorgaat). Op deze wijze ontstaat een structuur waarin het kwaliteitssysteem wordt ingebed; een consistente inhoudelijke invulling is daarmee echter nog niet gegarandeerd. Het initiatief nemen tot en op elkaar afstemmen van verschillende activiteiten (marktonderzoek, protocolontwikkeling, resultaatmeting) ligt bij Het Roessingh nog teveel op managementteamniveau en dit zou op behandelprogramma- of afdelingsniveau moeten liggen.

Het is vooraf per organisatie waarschijnlijk moeilijk in te schatten ten aanzien van welke dimensie of welk aspect zich problemen zullen voordoen.

### Marktonderzoek

Marktonderzoek is in de gezondheidszorg een vrijwel onontgonnen gebied. Dit betekent dat in het kader van de opbouw van een kwaliteitssysteem naar een bruikbare methode en geschikte instrumenten gezocht moet worden. Voor het inhoudelijke onderzoek naar behoefte aan bepaalde vormen van zorg onder patiënten, kan het model van Parasuraman c.s. (1985) een bruikbaar kader bieden. Daarmee is zowel informatie over zorginhoudelijke als over algemene aspecten van dienstverlening te verkrijgen. Patiënten lijken hun oordeel over de geleverde kwaliteit vooral aan de laatste aspecten te verbinden. Dit vergt evenwel nog nader onderzoek en vooralsnog is in de praktijk het werken met gegevens uit exit-interviews of focusgroup bijeenkomsten eenvoudiger. Eerst wanneer desondanks grote onzekerheid over de aansluiting van de zorgverlening op de behoeften van de patiënt bestaat, lijkt expliciet behoeftenonderzoek aangewezen.

Er zijn een aantal stappen te onderscheiden volgens welke men tot een besluit over de vorm van marktonderzoek kan komen. Bij het doen van onderzoek onder verwijzers (en zorgverzekeraars) is de fase van diffusie betreffende de zorgtechnologie van groot belang. Voor uitgebreid en grondig onderzoek van de markt van de instelling is alleen aanleiding, wanneer er een grote mate van onzekerheid omtrent de eigen inzichten over de vormgeving van een behandeling bestaat. Voor alle vormen van marktonderzoek is een adequate communicatie met de betrokken professionals vooraf, en aandacht voor de presentatie en begrijpelijkheid van de resultaten achteraf, van belang. Dan kunnen de onderzoeksdoelgroep en de te onderzoeken aspecten beter worden gedefinieerd, en is de kans groter dat de professionals de resultaten gebruiken. Zeker wanneer organisaties in termen van product-marktcombinaties denken, is het goed mogelijk op basis van de geformuleerde stappen tot marktonderzoek te besluiten. Op deze wijze is ook te waarborgen dat de gegenereerde gegevens een meerwaarde betekenen; er kan, in termen van marktgerichtheid van het zorgproduct, toegevoegde waarde worden gerealiseerd. In het kader van dit onderzoek bleek dat dit tegen betrekkelijk geringe kosten mogelijk is (zie ook bijlage 2).

De inpassing in het kwaliteitssysteem heeft een structureel en een projectmatig karakter. Structureel wordt geprobeerd - door het gebruik van het bedrijfsketenmodel - alertheid op marktontwikkelingen als basale werkhouding te introduceren. Indien uit signalen van medewerkers, exit interviews of bijvoorbeeld

patiëntenverenigingen onvrede over de kwaliteit van de bestaande behandeling blijkt, zonder dat concrete verbeter suggesties bestaan, wordt tot projectmatig marktonderzoek besloten. De resultaten daarvan worden in de vorm van verbetervoorstellen via de lijnorganisatie in het procesontwerp verwerkt.

#### Protocollen: van procesontwerp naar processturing?

De case-studie over protocolontwikkeling heeft naast een verdieping van de inzichten omtrent de vormgeving van protocollen naar soort, rol en inhoud, relevante ervaringen opgeleverd ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie in een multidisciplinaire setting. Professionals hechten zeer aan de ontwikkeling van protocollen. Voor een deel dient dit verklaard te worden door het gebruik voor externe profilering; daar ligt ook een waarde die voor het instituut van belang is. Aan de andere kant ervaart men dit als een inhoudelijke verdieping van het eigen handelen; het behandelprogramma wordt gedurende het ontwikkelingsproces grondig doorgelicht. Ook dat is in het kader van het kwaliteitssysteem zinvol en te beschouwen als herziening van het procesontwerp; deze functie wordt door de medewerkers bijzonder gewaardeerd. Naast het gebruik als procesontwerp, is nagegaan in hoeverre het protocol voor processturing geschikt is. Daartoe is de compliance van de medewerkers bij de toepassing van een herzien CVA-protocolonderzoek onderzocht. Het multidisciplinaire protocol was systematisch ontwikkeld, beslissingsondersteunend en voornamelijk procedureel organisatorisch van inhoud. Onderzoek naar de mate van implementatie en het effect bleek in deze instelling geen eenvoudige zaak. Bovendien bleken de betrokken professionals reeds tijdens de ontwikkelingsfase tot implementatie van bepaalde protocolelementen over te zijn gegaan. Ondanks het oogmerk van verbetering van de sturing van het zorgproces, bleken te weinig concrete sturingselementen in het protocol opgenomen. Het blijkt dat protocollen voornamelijk werken via coordination of skills. Praktisch gebruik voor meer dan alleen het procesontwerp, namelijk de sturing van het zorgproces in de praktijk van alle dag, is te realiseren door middel van het introduceren van review criteria, meetbare specificaties die gebruikt kunnen worden voor de toetsing van de geleverde zorg. Daarnaast het gebruik van checklists en reminders, welke handzaam en herkenbaar zijn. Ook elders is deze conclusie getrokken (CBO 1995, Klazinga 1996) maar de praktische uitwerking daarvan is nog niet ver voortgeschreden.

Ook een protocol is continu te verbeteren, zeker in multidisciplinair verband. Gevoegd bij de lange duur van ontwikkeling tot en met implementatie en evaluatie, leidt dit tot de conclusie dat grenzen moeten worden gesteld aan de mate waarin in een instelling verschillende teams met protocolontwikkeling bezig mogen zijn. Dit kan teveel productieve tijd in beslag nemen. Kijkend naar

de zakelijke meerwaarde van de ontwikkeling van protocollen, dient gesteld te worden dat de beheersing van de kosten, samenhangend met protocolontwikkeling, zeker in een revalidatiecentrum een punt van aandacht is. De toegevoegde waarde ligt momenteel vooralsnog in de sfeer van coördinatie of skills en externe profilering en slechts zeer indirect bij de toevoeging van besturingsmogelijkheden aan het zorgproces. In de termen van het kwaliteitssysteem betekent dit dat protocollen een prominente plaats innemen als procesontwerp; voor de daadwerkelijke coördinatie en aansturing van het behandelproces - de processturing - is verdere ontwikkeling van de daarop gerichte elementen van belang.

#### Resultaatmeting door middel van exit-interviews

Resultaatmeting dient in het kwaliteitssysteem gelijk gesteld te worden met het genereren van uitkomstindicatoren welke bruikbaar zijn om als feedback materiaal te fungeren in het kader van kwaliteitszorg. Er is nog weinig bekend over de precieze zeggingskracht van resultaatmetingen ten aanzien van de vele variabelen die invloed hebben op het zorgproces; evenmin over het verband tussen variaties in het zorgproces en de uitkomst daarvan.

Ook over de exacte relatie tussen tevredenheid van de patiënt en de professionele kwaliteit van het zorgproces is veel onduidelijk. Op basis van literatuuronderzoek kan gesteld worden dat twee elementen een belangrijke rol spelen als het om niet-levensbedreigende aandoeningen gaat. In de eerste plaats lijkt er sprake te zijn van een vanzelfsprekende verwachting van een bepaalde professionele kwaliteit; dit leidt tot een variatiebreedte waarboven men exceptioneel tevreden is en waaronder men duidelijk ontevreden is. Daartussen bevindt zich blijkbaar een groot gebied van vanzelfsprekende verwachting van een bepaalde kwaliteit. In de tweede plaats gaat er invloed uit van het verschil tussen verwachting en ervaring op het oordeel van betrokkene over de genoten zorg (waarbij het vooral om niet-medisch technische aspecten gaat).

Het blijkt mogelijk een systeem van exit-interviews te laten functioneren waarbij nadrukkelijk het perspectief van de patiënt geïncorporeerd wordt. De gekozen focus group-benadering heeft een aantal vragen voor de interviews/enquêtes opgeleverd, welke vooral op het terrein van bejegening, communicatie en faciliteiten bleken te liggen. Daarnaast kunnen vragen worden meegenomen, welke voor de organisatie en de professionals van belang zijn ter verificatie van bepaalde aspecten van de zorgverlening. Het gaat dan om een instrument waarmee men signalen krijgt voor noodzakelijke verbeteringen van bepaalde knelpunten en de mate van effect van aangebrachte veranderingen. In die zin is er werkelijk sprake van een indicator en leveren de exit-interviews - ook over de jaren bekeken - een (graduele) maat voor het resultaat.

Voor Het Roessingh is de gemeten waardering van de revalidant bijna altijd hoog geweest. Exit-interviews in het kader van het kwaliteitssysteem, dragen er aan bij dat zo te houden. Door een steekproefsgewijze benadering en een geautomatiseerde verwerking is een voor alle zorgcategorieën dekkend systeem gerealiseerd, dat betrekkelijk weinig kosten met zich mee brengt. De frequentie van te genereren feedback-informatie is vanzelfsprekend aangepast aan de turnover van de patiëntenpopulatie. Aangezien deze informatie altijd ter beschikking komt als de behandeling reeds afgelopen is, ook in korter durende behandeltrajecten zoals in een algemeen ziekenhuis, is het de vraag of het beslist noodzakelijk is dit in andere instellingen in hogere frequentie te laten plaatsvinden. Veelal zijn de gesignaleerde problemen van zo'n aard dat die projectmatig moeten worden aangepakt. De organisatorische setting in de gezondheidszorg maakt het in de regel niet mogelijk ongelimiteerd projecten aan te pakken. Steekproefsgewijze uitvoering van exit-interviews met halfjaarlijkse rapportage lijkt voor de meeste instellingen meer dan adequaat. De toegevoegde waarde, zeker met het oog op de geïnvesteerde kosten, is evident. Opmerkelijk is te vermelden dat dit onderdeel van het kwaliteitssysteem het langst bestaat en incrementeel ontwikkeld is. Samen met de protocollen behoren de exit-interviews in Het Roessingh tot de door de medewerkers meest geaccepteerde onderdelen van het kwaliteitssysteem.

#### Resultaatmeting in medisch-technische zin.

Ook de resultaatmeting in medisch-technische zin levert wetenschappelijk beschouwd niet meer dan een indicator voor de kwaliteit van het zorgproces op. Voor de zorg aan gehandicapten en chronisch zieken is de functionele gezondheidstoestand het beste meetpunt. Zeker wanneer het om gebruik voor feedback doeleinden én externe verantwoording gaat. Voor de behandeling van de individuele patiënt lijkt voorsnog het bestaande arsenaal aan diagnostische methoden, de "klinische blik" en de specifieke meetinstrumenten te voldoen. Structurele effectmeting speelt hier nog maar zelden een rol.

De eventuele combinatie van deze algemene vorm van resultaatmeting met een ziekte-specifiek instrument wordt aanbevolen, maar de waarde daarvan voor gebruik in het kader van een kwaliteitssysteem dient nader onderzocht te worden. Er zijn diverse instrumenten die geschikt zijn voor de meting van de functionele gezondheidstoestand. Voor een adequate uitvoering van programma-evaluatie is het daarbij noodzakelijk dat er een goed beargumenteerde keuze voor de wijze van resultaatmeting plaatsvindt. Er zijn door middel van een Delphi-onderzoek een aantal criteria ontwikkeld, waaraan het instrument moet voldoen. Deze zijn niet alleen gebaseerd op inhoudelijke argumenten, maar ook op de mate van praktische toepasbaarheid in een kwaliteitssysteem. De meer

algemene criteria dienen te worden aangevuld met instellings-specifieke. Op basis hiervan bleek een verantwoorde keuze te doen. Te verwachten is dat de ontwikkelde keuze-criteria voor andere revalidatie-instellingen niet veel zullen verschillen. Er zal echter vergelijkingsmateriaal op basis van ervaring met het gebruik van andere instrumenten beschikbaar moeten komen, alvorens meer definitieve uitspraken over de voor kwaliteitszorg meest geschikte instrumenten mogelijk zijn. Voor resultaatmeting in het kader van andere (vooral niet acute) vormen van zorg zal ook een dergelijke afweging dienen plaats te vinden; zeker als er een veelheid aan instrumenten ter beschikking is.

Op basis van de uitgevoerde pilots kan gesteld worden dat resultaatmeting op programmaniveau relevante informatie oplevert ter verbetering van de behandelprocessen. Het feit dat in de revalidatie nauwelijks streefnormen bekend zijn belemmert de ontwikkeling van resultaatmeting in ernstige mate. Een voorzichtige benadering is daarom wenselijk. De uitkomsten moeten nadrukkelijk als indicator gebruikt worden, zeker zolang de waarde van de meetinstrumenten ten opzichte van de vele variabelen die in het zorgproces een rol spelen, nog onduidelijk is. Vooralsnog is het aan te bevelen hier per behandelprogramma ervaring mee op te doen en op landelijk niveau via bijvoorbeeld wetenschappelijke specialistische verenigingen tot consensus te gaan komen over keuzes voor bepaalde instrumenten. Het nastreven van internationale aansluiting bij met name Europa en Amerika, is van groot belang vanwege het behoud van vergelijkings- en uitwisselingsmogelijkheden op wetenschappelijk gebied.

In het kader van het kwaliteitssysteem lijkt het investeren in deze vorm van resultaatmeting, zelfs bij de huidige stand van wetenschappelijke inzichten daaromtrent, zeker te rechtvaardigen. Wanneer eenmaal ervaring met een bepaald instrument is opgedaan, lijkt de toepassing niet zeer arbeidsintensief. Omdat Het Roessingh één van de wetenschappelijke medewerkers bij deze activiteit kon inschakelen, was het niet nodig een stafmedewerker voor deze activiteit aan te stellen. Wanneer meer ervaring met resultaatmeting bestaat, moet worden bezien in hoeverre de behandelaars dit deel van het kwaliteitssysteem in eigen beheer kunnen uitvoeren. Een alternatief is een staffunctionaris die steeds wisselende programma's evalueert. Op zijn minst dient in een instelling een zodanige "support-structuur" beschikbaar te zijn dat, wanneer dat geïndiceerd lijkt, de behandelaars ondersteund kunnen worden bij het opzetten van programma-evaluatie. Naarmate instellingen kleiner zijn, wordt dit vanzelfsprekend moeilijker (zeker voor multidisciplinaire programma's).

Vooraf bij dit onderdeel van het kwaliteitssysteem is de inhoudelijke onderbouwing en de aansluiting bij de visie van de in de instelling werkende professionals van groot belang. Wordt hier onvoldoende aandacht aan besteed dan zal



de discussie over de uitkomsten van resultaatmetingen veeleer gaan over de waarde van het meetinstrument en allerlei statistische tekortkomingen, in plaats van de waarde voor het verbeteren van de behandeling. Ook in dit onderzoek is dat nogmaals bevestigd.

#### Kwaliteits-zelfevaluatie en medewerkersonderzoek.

Vanwege onvergelijkbaarheid tussen verschillende instellingen is het niet mogelijk gebleken vergelijkend onderzoek te doen naar de prestaties van de instelling. Ter bepaling van de stand van zaken met betrekking tot kwaliteitszorg is de zelfevaluatiemethode van het Instituut Nederlandse Kwaliteit gebruikt (INK). De organisatie lijkt over de gehele linie, met uitzondering van procesmanagement, één fase hoger te scoren dan het gemiddelde voor de Nederlandse gezondheidszorg. Het leek erop dat de organisatiestructuur van invloed was op de lagere score voor procesmanagement, méér dan de op de bedrijfsketenmodel gebaseerde kwaliteitsactiviteiten. Werken aan vergroting van procesgeoriënteerdheid en procesbeheersing is daarom van het grootste belang voor Het Roessingh. Gebaseerd op het INK-model is een schriftelijke enquête onder de medewerkers uitgevoerd; 40% van hen gaf aan in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek, bij kwaliteitsactiviteiten betrokken te zijn geweest. Deelname aan kwaliteitsactiviteiten correleerde positief met het oordeel over de organisatie-aspecten. Ook oordeelden zij significant hoger over de resultaten die door de organisatie behaald worden. Op grond van de resultaten kan echter niet gesproken worden over een causale relatie; de richting van de relatie is niet met zekerheid bekend.

Over bijna de gehele linie scoorde het personeel van Het Roessingh een significant hogere tevredenheid dan de referentiepopulatie van non-profit bedrijven. Ook hierbij werd een significant positieve correlatie gevonden tussen deelname aan kwaliteitsactiviteiten en de score op een groot aantal deelaspecten. Deze aspecten lagen voor een belangrijk deel in de hoofdoelen "houding ten opzichte van het werk" en "houding ten opzichte van chef en collega's". De in de literatuur gevonden aanwijzingen voor het bestaan van een relatie tussen organisatiecultuur en de toepassing van kwaliteitsverbeterende activiteiten lijkt ook in dit onderzoek bevestigd te worden.

De investeringen in het kwaliteitssysteem lijken op onderdelen tot een aanwijsbaar gunstige score bij de INK-zelfevaluatie geleid te hebben. Hoewel slechts 40% van de medewerkers actieve participatie in een recente periode meldde, lijkt het effect op medewerkerstevredenheid en voor de prestaties van de organisatie van groot belang te zijn.

## 11.5. Een terugblik op de gehanteerde onderzoeksmethode

### 11.5.1 Het spelersperspectief

In het derde hoofdstuk is aangegeven dat voor bedrijfskundige ontwerpvoorstellen het doen van onderzoek vanuit spelersperspectief een geschikte methode wordt geacht. Met name omdat de onderzoeker dan goed zicht krijgt op de vraag of het ontwerp werkt en indien nodig in staat is op basis van opgedane ervaringen in de praktijk, snel bij te sturen en het oorspronkelijke ontwerp aan te passen. De beschrijving van het spelersperspectief zal in twee gedeelten geschieden. Allereerst het perspectief van de schrijver als directeur van de betrokken instelling; vervolgens dat van de onderzoeker. Aangezien het te ver voert om een chronologisch verslag van alle ontwikkelingen en de persoonlijke betrokkenheid daarbij te geven, zal ingegaan worden op enkele van de meest in het oog springende zaken.

De "shared values".

Dit aspect is bij herhaling van essentieel belang gebleken en spitst zich toe op de vraag van het "waarom" van kwaliteitszorg en de introductie van een kwaliteitssysteem. In de communicatie met de organisatie zijn daarvoor als belangrijkste redenen aangegeven: de toenemende interne en externe complexiteit, de verdergaande specialisering, de noodzaak tot kostenbesparingen en de strategische doelstelling zorg van topniveau te willen leveren. In de loop der tijd is steeds weer gebleken dat professionals zich vooral gevoelig tonen voor de professioneel inhoudelijke kwaliteitsaspecten en dat bedrijfs-economische argumenten zelden op voorhand als legitieme reden voor activiteiten op het terrein van kwaliteitszorg ervaren worden. Vergelijkingen met bepaalde sectoren van de industrie, waar men ook tegelijk voor enorme uitdagingen in de vorm van zowel kostendaling als kwaliteitsverhoging gesteld werd (vanwege de herkenbaarheid verwoord als "het Philips probleem"), leken slechts moeizaam aan te slaan vanwege het ontbreken van een duidelijke link naar het externe professionele referentiekader. Eerst in de meer recente periode, waarin ook concrete financiële afslankingen noodzakelijk waren, bleek dit besef beter door te dringen. Niettemin heeft ook de schrijver als directeur onderschat welke enorme communicatie-inspanning noodzakelijk is om de onderliggende motieven voor het invoeren van kwaliteitszorg steeds voor het voetlicht te houden, met name in periodes waar noodgedwongen eerst de financiële puntjes op de i gezet moeten worden. Hardjono (1995) heeft dit mechanisme beschreven in zijn proefschrift over organisatiedynamiek; de organisatie kan zijn energie slechts in enkele managementoriëntatiegebieden tegelijk steken. Wanneer de

accenten in organisatie-prioriteiten worden verlegd, bijvoorbeeld van kwaliteit naar doelmatigheid, zoeken de medewerkers ook naar andere bijbehorende referentiekaders. Kwaliteitszorg als autonoom doel is voor een professional beter te legitimeren dan kwaliteitszorg in een noodgedwongen bijgesteld en beperkt financieel kader.

Voor de mate van acceptatie onder de professionals is het van groot belang gebleken dat de, in het kader van de opbouw van het kwaliteitssysteem te ondernemen, activiteiten "inhoudelijk" degelijk in elkaar zitten. Het zoeken naar de balans tussen aandacht voor de inhoud en de managementtechnologie levert regelmatig een dilemma op. Voor het met verbetering aan de slag gaan, zijn niet persé wetenschappelijk te verantwoorden resultaten of gegevens noodzakelijk, maar voor behandelaars kunnen deze veelal niet "hard" genoeg zijn.

Het punt van de "shared values" heeft in alle case-studies een rol gespeeld; de aspecten die niet op voorhand als gemeenschappelijke waarde werden ervaren, en dus discussie of weerstand opleverden, worden kort benoemd.

- de noodzaak voor kwaliteitszorg personeel vrij te stellen en steeds opnieuw via projecten verbetering na te streven.
- het zakelijk omgaan met professioneel minder "gewenste" uitkomsten van marktonderzoek; als voorbeeld de constatering dat een aantal patiënten aangaven meer zorg te ontvangen dan vooraf door hen verwacht werd.
- het sturend vermogen van protocollen.
- het expliciet meenemen van het perspectief van de patiënt in exit interviews.
- het werken met maatschappelijk relevante outcome-gegevens.

De verschillen in "waardering" waren soms niet te overbruggen. De afweging om aan een bepaalde keuze vast te houden is dan vooral afhankelijk van de inschatting, hoeveel weerstand het vasthouden aan het oorspronkelijke "ontwerp" zou opleveren en hoe acceptabel aanpassingen zouden kunnen zijn. Met de rol als onderzoeker erbij was dit niet altijd eenvoudig; daar wordt later op teruggekomen.

De veranderaar.

Hoewel vanaf het begin benadrukt werd dat de invoering van een kwaliteitssysteem geschiedt op basis van tot dan toe aanwezige activiteiten of kwaliteitsdeelsystemen, was het natuurlijk wel de bedoeling dat er iets zou gaan veranderen. Dit proces is in hoofdstuk vijf uitvoerig beschreven. Onvermijdelijk hebben veranderingen consequenties voor de wijze van werken van individuen, de formele en/of informele machtsposities en de posities van diensten of afdelingen. Het bleek bijvoorbeeld dat door onvoldoende adequate communicatie en onvoldoende functioneren als team, het pilot project op de dagbehan-

deling tot zeer beperkte resultaten leidde. Toen als conclusie duidelijk werd, dat het wenselijk zou zijn de organisatie meer rond vaste teams te gaan inrichten, ontstond er weerstand. Frequent moesten de medewerkers in het betrokken pilot-team voor het doen van eventuele toezeggingen of maken van afspraken eerst ruggespraak houden met hun afdeling. In plaats van een samenwerkingsproject, gericht op verbetering van de patiëntenbespreking, ontstond er bijna een onderhandelingsituatie en dan met name rond de organisatorische aspecten. Het leek erop dat gevreesde positiebedreigingen tot gecalculeerd gedrag in verbeterprojecten leidden. De mate waarin dit ten aanzien van dit specifieke onderdeel gebeurde, is vooraf door de projectleiding onderschat. Aan de andere kant is het onvermijdelijk dat uit verbeterprojecten organisatorische wijzigingen voort kunnen komen. In die zin heeft het ingaan van een dergelijk veranderings-traject ook onzekere aspecten. Vooraf is blijkbaar moeilijk exact aan te geven óf en op welke wijze de interactie van het ontworpen systeem met de organisatie tot ongewenste effecten zal leiden.

Ook bij deelprojecten als resultaatmeting en de enquête onder het personeel is een bepaalde mate van onvoorspelbaarheid gebleken. In het laatste geval bleek bijvoorbeeld de ondernemingsraad een zeer sterke voorstander te zijn van een zo uitgebreid mogelijk onderzoek. Dit ondanks dat sommigen in de organisatie ook hier weer het mogelijke ongewenste effect ten aanzien van een organisatie-wijziging op zich af zagen komen en daardoor weerstand boden. In al deze gevallen bleek dat slechts door open communicatie in de vorm van voorlichting, discussie-bijeenkomsten en schriftelijke informatie een goede voortgang of aanvaardbaar compromis mogelijk was. In aanvulling daarop speelde nog wel eens het fenomeen mee dat bij dit soort ongewisse processen door sommige medewerkers gesuggereerd werd dat de directeur waarschijnlijk een dergelijk proces ingecalculeerd had en een zodanig scenario had uitgedokterd dat hij toch wel bij zijn doel zou komen. Dit terwijl betrokkene ook slechts gaandeweg tot een bepaalde conclusie kwam en van een scenario geen sprake was. Het door Weggeman (1992) beschreven misverstand, dat professionals de indruk hebben dat de top meer weet (en gepland heeft) dan ze zegt te weten, was hierbij van toepassing.

Dit voert vanzelf tot het volgende aspect, het overeind houden van het oorspronkelijke ontwerp van het kwaliteitssysteem.

De (directeur als) belanghebbende.

Bij het nastreven van een optimale bedrijfsvoering en het bewerkstelligen van een zo goed mogelijk kwaliteitsimago van de instelling, heeft de directeur als functionaris belang bij een succesvolle invoering van kwaliteitszorg. Het behoort expliciet tot zijn takenpakket. In dit verband is het verschil tussen eindverant-

woordelijk directielid en de positie van de kwaliteitscoördinator of de ingehuurd adviseur van belang. Hoewel door de directie een sterke oriëntatie op en verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg gevoeld kan worden, dient dit natuurlijk steeds tegen diverse andere organisatieprioriteiten te worden afgezet. Het komt voor dat door interne organisatieperikelen, externe beleidswijzigingen of de oriëntatiefase van de organisatie, de intrinsieke motivatie van de medewerkers om aan het kwaliteitssysteem mee te werken wat minder is. Op dat moment hangt de voortgang van de ontwikkeling af van het optimaal benutten van de hiërarchische positie en het steeds weer zoeken naar de "shared values". Er zijn dus fasen waarin het geheel voortgang vindt met als overwegend motief dat de directie dat nu eenmaal wil of noodzakelijk acht. Dan ontstaat soms de neiging te gaan twijfelen aan de eigen overtuigingskracht en de legitimiteit van het vasthouden aan de ingeslagen weg. Hoewel vanaf het begin aangegeven werd dat het werken aan een kwaliteitssysteem een langdurige zaak zou gaan worden en met name in de beginfase soms te zonnige perspectieven werden gegeven om de zaak in beweging te krijgen, moet de termijn waarop een dergelijk systeem écht in een organisatie ingebed raakt, niet onderschat worden. Waar Het Roessingh zeer creatief gebruik gemaakt heeft van externe financieringsbronnen, is het de vraag of het andere organisaties zal lukken dit proces werkelijk ingang te doen vinden in een periode die korter is dan zo'n 5 jaar. Verwacht kan worden, dat dit meestal langer zal zijn. Uithoudingsvermogen en betrokkenheid worden dan belangrijke aspecten. De aanjaegersfunctie van de leidinggevende blijkt steeds weer essentieel te zijn.

#### Persoonlijk commitment.

In alle literatuur rond het thema kwaliteitszorg worden het persoonlijk leiderschap en de betrokkenheid van de directie als belangrijke factoren voor het welslagen van de introductie van kwaliteitszorg beschouwd. Het is in dit kader niet mogelijk een oordeel over de effectiviteit van het eigen commitment te geven. De persoonlijke betrokkenheid bij dit onderwerp was ook reeds in eerdere functies gebleken en bij de organisatie bekend bij het aantreden als directeur. Het continu, in woord en daad, aandacht besteden aan kwaliteitszorg en daarin een zekere voorbeeldfunctie proberen te vervullen, kost moeite. In het totaal van een kwaliteitssysteem zijn frequent een aantal projecten en/of activiteiten gaande. Ondanks de "drive" van de directeur, werd af en toe vanuit de organisatie verwoord dat men van goede wil was, maar vanwege "project-moeheid" de versnelling lager zou moeten. In bepaalde periodes, met name wanneer het moeilijk was om gelden voor project-activiteiten in het kader van het kwaliteitssysteem te verwerven of in het budget vrij te stellen, was het lastig de gezamenlijke waardering van kwaliteitszorg zowel als professionele

waarde en als organisatiewaarde voor het voetlicht te brengen. Mogelijk had men het vermoeden dat de directeur hier toch wel aan zou blijven trekken, terwijl men het vanuit professioneel oogpunt maar in beperkte mate met dat soort prioriteitsstelling eens was. In dat soort situaties ontstond weleens het gevoel er met slechts enkele mensen aan te moeten trekken en is in de beleving van de schrijver het persoonlijk commitment wel doorslaggevend geweest.

#### Onderzoeker en medespeler.

Vanwege de specifieke situatie van Het Roessingh, welke eerder als "onderzoeksminded" werd gekenschetst, was het niet uitzonderlijk dat één van de directieleden zich op het schrijven van een proefschrift over dit thema ging toeleggen. Er is voor gekozen dit voornemen, desgevraagd, niet te verbergen maar de formele bekendmaking zo lang mogelijk uit te stellen. Dit om te voorkomen dat er een complicerende factor van het doen van onderzoek uit spelersperspectief zou gaan optreden. Hiermee wordt bedoeld op het belang dat de onderzoeker heeft bij het welslagen van het geheel en de vanzelfsprekende wens heeft "leuke" resultaten te kunnen melden. Het was dus zaak te vermijden dat de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en het persoonlijk commitment als functionaris, gecompliceerd zou kunnen worden door de (eenzijdige) identificatie van het kwaliteitssysteem als een onderzoeksobject van de directeur. Hoewel met een reeks van argumenten (zie hoofdstuk twee) aan te tonen is dat het belang van Het Roessingh wel degelijk met deze ontwikkeling gediend werd, zou dit, om welke reden dan ook, op enig moment een rol kunnen gaan spelen. Het is niet bekend of er in belangrijke mate op deze wijze over gedacht werd. Expliciet is dit argument nooit tegen het oppakken van een bepaalde activiteit gebruikt. Persoonlijk werd wel moeite met de rol van onderzoeker ervaren. Het legt als het ware de verplichting op om, nog nadrukkelijker dan wanneer er geen onderzoek zou plaatsvinden, te beargumenteren waarom bepaalde zaken voor de instelling van belang zijn. Als belangrijk legitimerend nevenargument werd daarbij het gegeven ervaren dat het mogelijk was een belangrijk deel van de in het proefschrift beschreven activiteiten met externe middelen te financieren. De samenwerking met diverse universitaire vakgroepen en het inschakelen van andere onderzoekers bij de diverse cases hebben eveneens aan de objectiviteit bijgedragen.

Een belangrijk positief aspect van het doen van onderzoek vanuit spelersperspectief is het zicht op de validiteit van project- en onderzoeksresultaten. Het doen van onderzoek in de eigen organisatie geeft objectieve informatie als aanvulling op de indrukken en signalen waar de directie het normaal gesproken mee moet doen. De validiteit van de resultaten wordt groter, terwijl het op

basis van de interactie met de praktijk aangepaste kwaliteitssysteem beter op de organisatie toegesneden wordt. Dit sluit bijzonder goed aan op de doelstellingen en methodologische afwegingen ten aanzien van constructive technology assessment.

De onderzoeker en de "shared values".

Reeds eerder werd aangegeven dat er een dilemma kan ontstaan, wanneer er onvoldoende "shared values" zijn, en de gelegenheid zich voordoet eventueel aanpassingen op het oorspronkelijk ontwerp aan te brengen. De rol van onderzoeker maakt dit dilemma complexer. Enerzijds zou op ontwerptheoretische gronden een op de praktische situatie aangepaste werkwijze te legitimeren zijn. Wanneer dit echter een "slap aftreksel" wordt van het beoogde (gedeelte van het) kwaliteitssysteem, heeft de onderzoeker wel een probleem. Er is dan slechts in zeer geringe mate sprake van een interventie ten opzichte van de uitgangssituatie. Bij de studie rond protocolontwikkeling heeft zich dit voorgedaan. De beoogde sturing van de praktijk kwam nauwelijks uit de verf en liet zich ook nog eens moeilijk meten.

Anderzijds kan de directeur als onderzoeker geneigd zijn sterk vast te houden aan de waarden en vormgeving van het oorspronkelijke ontwerp van het kwaliteitssysteem. Dit brengt dan weer het risico met zich mee dat het verwijt komt dat onderzoeks- en theoretische argumenten zouden prevaleren boven het organisatiebelang van een harmonieuze ontwikkeling. Dit enerzijds/anderzijds ten aanzien van lastige beslissingen in de opbouw van het kwaliteitssysteem gaf af en toe een gevoel van "op eieren lopen". Soms zijn daardoor wellicht conflicten vermeden. Zeker in projecten van lange duur is het doen van onderzoek vanuit spelersperspectief, gecombineerd met een leidinggevende positie, niet eenvoudig en dient structureel een vorm van coaching of feedback ingebouwd te worden.

### 11.5.2. Constructive Technology Assessment

In hoofdstuk drie is beargumenteerd dat voor de evaluatie van een management technologie in de gezondheidszorg, de methode van constructive technology assessment (CTA) geschikt zou kunnen zijn. Bij uitstek in dit stadium is het mogelijk de primaire doelstelling van technology assessment vorm te geven: het voorkomen van ongewenste effecten of ontwikkelingen door vroegtijdige heroverweging of aanpassing. Het constructieve element is niet slechts zichtbaar aan de (onvermijdelijke) aanpassingen aan de technologie of de organisatie, het is juist gericht op voortgaande ontwikkeling. Met name vanwege het ontwikkelingsstadium waarin deze managementtechnologie nog verkeert, is

voor deze vorm van onderzoek gekozen. Vooral suggesties voor verbetering en de wijze van toepassing elders zijn dan te verwachten.

Mede omdat CTA vrij breed opgevat kan worden, blijkt de gehanteerde methode inderdaad toepasbaar. Het ging in dit geval om één alternatief dat in een specifieke situatie werd ingevoerd en onderzocht, op het praktijkniveau en met op de situatie toegespitste criteria en waarderingsgrondslagen. Vooral het constructieve aspect van deze benadering is hierbij goed uit de verf gekomen; het was mogelijk diverse aanbevelingen voor verdere ontwikkeling in Het Roessingh en voor andere instellingen te doen (zie ook 11.7.). Tevens werd dit constructieve aspect reeds tijdens de case-studies en organisatie-ontwikkeling zichtbaar in de aanpassingen die tijdens de invoering werden aangebracht. Het bevestigt de aanname dat CTA vooral bij ontwerpgericht onderzoek een geschikte benadering is.

Het is veel moeilijker gebleken harde uitspraken over de meerwaarde te genereren (het "assessment"). De case study, soms uitgewerkt als programma-evaluatie van deelsystemen (hoofdstuk zeven, acht, negen), was in de gegeven omstandigheden de meest aangewezen onderzoeksmethode. De benadering van de diverse systeemonderdelen door middel van programma-evaluatie bleek bruikbaar. Het onderzoek ter evaluatie van de bruikbaarheid van delen van het kwaliteitssysteem leverde voldoende aanknopingspunten voor verbetering op. Opvallend is daarbij desondanks het gebrek aan geschikte evaluatiemethoden, zeker wanneer onderdelen van deze managementtechnologie in de praktijk moeten worden onderzocht. Het is immers niet goed mogelijk een laboratoriumsituatie te creëren en er is een zodanige hoeveelheid aan beïnvloedende factoren, dat dit soort onderzoek toch altijd een zeer praktijkgericht karakter zal hebben. Het onderscheid met actie-onderzoek, waarbij a priori verandering van het onderzoeksobject wordt nagestreefd, ligt vooral in de uitgangspunten. In de praktijk is een overlap van CTA van een managementtechnologie met actie-onderzoek zeker aanwezig. Bij CTA kan verandering het gevolg zijn van het toegepaste assessment, bij actie-onderzoek is verandering het doel.

Met name de uitgangspunten en de wijze van benadering van het onderzoeksobject die bij CTA gehanteerd worden zijn dus essentieel gebleken.

Voor de verdere ontwikkeling van deze vorm van technology assessment bij de introductie van managementtechnologieën is verder onderzoek naar methodologie en instrumenten aan te bevelen. Met name het omgaan met vele beïnvloedende factoren en contingentie-aspecten verdient aandacht. De analyse van de meerwaarde van de introductie van het kwaliteitssysteem op organisatieniveau veel moeilijker is dan op het niveau van deelsystemen. Ten aanzien van het laatste is vooral een extern valide instrument voor beoordeling van prestaties van gezondheidszorginstellingen van belang. Voorlopig lijkt de zelfevaluatieme-



thode van het Instituut Nederlandse Kwaliteit, ondanks de daaraan klevende tekortkomingen met het oog op de gezondheidszorg, het best te voldoen.

Ondanks de beperktheid van de evaluatie-instrumenten is het bij de uitvoering van dit soort onderzoek noodzakelijk dat ook de instelling zelf evaluatiemogelijkheden creëert. Daartoe moeten ten aanzien van de beoogde prestaties veel concreter over een langere termijn doelen geformuleerd worden. Gezien de specifieke kenmerken van de verschillende sectoren in de gezondheidszorg vraagt deze doel- of resultaatformulering de nodige inspanning wil er voor verschillende instellingen in dezelfde branche een model met vergelijkbare, objectieveerbare resultaatcriteria beschikbaar komen.

#### **11.6. De meerwaarde van het investeren in een kwaliteitssysteem - een afrondende beschouwing**

De onderzoeksvraag is in hoofdstuk een als volgt geformuleerd:

"Is er een uitspraak te doen over de toegevoegde waarde van de introductie, ontwikkeling en uitvoering van een kwaliteitssysteem in een gezondheidszorginstelling en welke aanbevelingen zijn aan de resultaten en opgedane ervaringen te verbinden?"

De meerwaarde van kwaliteitszorg en een kwaliteitssysteem is gelegen in verbetering van de prestaties van de organisatie in de ogen van de cliënt, de medewerker en in een verbetering van de marktpositie. Deze beoogde verbetering is vooraf niet concreet in maat en getal vastgelegd (zoals ook in 11.5. is geconstateerd). Enerzijds vanwege ontbrekende lange termijn-doelstellingen, anderzijds vanwege het dynamische karakter van het gekozen systeem (het bedrijfsketenmodel als uitgangspunt). Op basis van het beschrevene in de hoofdstukken acht en tien zal kort worden ingegaan op de eerste twee posities van waaruit een oordeel over de eventuele meerwaarde is te geven. De verbetering van de marktpositie zal behandeld worden aan de hand van de eerder beschreven essentiële factoren van Pettigrew en Whipp (1991). Deze worden aangevuld met belangrijke aspecten, welke uit de inventarisatie van de stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland naar voren zijn gekomen (Boot c.s. 1996). Vanwege het reeds enkele malen gesignaleerde belang van het nastreven van "shared values" tussen management en professionals, zal tevens ingegaan worden op de aanbevelingen voor het ziekenhuismanagement, die Klazinga (1996) heeft gedaan in zijn proefschrift over kwaliteitsmanagement van medisch specialistische zorg. Op basis van deze studie vanuit een managementpositie, is het van belang na te gaan of deze aanbevelingen bevestigd of

genueanceerd kunnen worden. Ook zal de stand van zaken met betrekking tot de organisatie-ontwikkeling (van kwalitatieve naar innovatieve firma) beschreven worden, op grond van deze analyse. Tenslotte zal de waarde van het gekozen systeem, gebaseerd op de NEN-ISO 9004.2 richtlijn, nogmaals worden afgezet tegen alternatieven, bijvoorbeeld Total Quality Management.

### De cliënt

In hoofdstuk acht is beschreven dat het oordeel van de cliënt weliswaar zeer belangrijk is, maar dat tegelijk gerealiseerd moet worden dat een directe relatie met de professionele kwaliteit van het zorgproduct niet aantoonbaar is. Door het perspectief van de cliënt expliciet mee te nemen bij de constructie van exit-interviews, ontstaat beter inzicht in de mate waarin de zorg aansluit bij de wensen van de patiënt. Aangezien daar vervolgens aanknopingspunten voor verbetering aan ontleend worden, mag verondersteld worden dat de klantgerichtheid van de organisatie op peil blijft of verbetert. Ook het betrekken van de klant als marktpartij in systematisch marktonderzoek, draagt daar aan bij. Weliswaar dient de systematiek daarvan nader te worden onderzocht en verbeterd, de gegenereerde informatie kan bijdragen aan verbetering van het procesontwerp.

Het is moeilijk in vergelijkende zin een uitspraak te doen over het effect van enkele jaren investering in een kwaliteitssysteem op de tevredenheid van de cliënt. Allereerst omdat de relatie tussen de mate van tevredenheid en wijzigingen in de kwaliteit van het gebodene nog onduidelijk is. Vervolgens omdat het verschil tussen verwachting en ervaring een rol speelt; de verwachtingen van patiënten kunnen in de loop der jaren gewijzigd zijn en weinig revalidanten baseren hun oordeel over behandeling op grond van eerdere persoonlijke ervaringen. De organisatie heeft uit kwaliteitsoverwegingen bovendien mogelijk leren omgaan met de noodzaak reële verwachtingen te wekken. Tenslotte is er nog het fenomeen van de verwachting van een bepaalde mate van vanzelfsprekende, vooral medische technische deskundigheid, waarbinnen soms een grote variatie mogelijk is alvorens de revalidant minder- of ontevreden is.

Op grond van jarenlange ervaring met exit-interviews kan gesteld worden dat er bijna altijd een grote mate van tevredenheid uit de resultaten spreekt. Het gaat er om het meetinstrument zo te verfijnen dat accentverschuivingen opgespoord en als mogelijk verbeterpunt gebruikt kunnen worden. In de regel komen echt opvallende bevindingen aan het licht wanneer een bepaalde doelgroep voor het eerst bij deze vorm van resultaatmeting betrokken wordt. Daarna gaat het veeleer om een borgingsmethode teneinde te bezien of de tevredenheid van de klant op een bepaald peil blijft.

Op grond van de ervaring met exit-interviews, de structurele verbetering van het cliënt-perspectief daarin (mede op basis van ervaringen met marktonderzoek) en het systematisch gebruik van de resultaten in het kwaliteitssysteem, mag aangenomen worden dat daardoor de positie van de organisatie ten opzichte van de cliënt is verbeterd. Objectieve, kwantitatieve gegevens zijn daarvoor echter niet beschikbaar.

### De medewerker.

Het is gebleken dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten significant en positief correleert met het oordeel van medewerkers over de verschillende organisatie- en resultaatgebieden én met bijna alle deelaspecten in een medewerkerstevredenheidsonderzoek. Het lijkt er dus op dat actieve participatie in kwaliteitszorg het oordeel van de medewerker over veel organisatie-aspecten verbetert. Dat geldt ook voor het oordeel over de eindresultaten van de organisatie. Uit de analyse bleken hiervoor twee mogelijke verklaringen. Deelname aan kwaliteitsactiviteiten lijkt de betrokkenheid bij en de kennis over de prestaties van de organisatie te verbeteren. Daarnaast is het aannemelijk dat het prestatieniveau ook daadwerkelijk verbetert gezien de consistentie in de beoordeling door deze medewerkers.

Een probleem is dat er geen sterke positieve correlatie kon worden aangetoond tussen het oordeel over de eindresultaten en dat over diverse andere organisatie-aspecten en aandachtsgebieden. Dat zou te maken kunnen hebben met het feit dat de organisatie in de fasering van kwaliteitszorg nog niet zover ontwikkeld is, zoals ook uit de zelfevaluatie zichtbaar werd; er werd bijvoorbeeld laag gescoord op procesmanagement. Anderzijds zou deelname aan kwaliteitszorg beter zicht op verbetering van bepaalde organisatiekanten, en de relatie daarvan met de resultaten, op moeten leveren. Dat kon echter in een statistische analyse niet bevestigd worden en is wellicht voor een belangrijk deel te verklaren uit het verschil tussen operationeel, tactisch en strategisch niveau. Leidinggevendens blijken de organisatie-resultaten immers significant gunstiger in te schatten.

Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat de organisatiecultuur in Het Roessingh invoering van kwaliteitszorg in de weg heeft gestaan; eerder lijkt sprake van gunstige voorwaarden op terreinen als flexibiliteit, teamgeest, sfeer en lerend vermogen. Het effect van het kwaliteitssysteem op de cultuur is niet rechtstreeks onderzocht. Uit het oordeel van medewerkers over aan cultuur gerelateerde dimensies, zoals leiderschap, komt echter opnieuw een positieve correlatie met deelname aan kwaliteitsactiviteiten naar voren. Dit suggereert een positief effect van kwaliteitszorg op de organisatiecultuur.

Al met al lijken er een aantal aanwijzingen te zijn, dat investeren in een kwaliteitssysteem leidt tot een grotere medewerkerstevredenheid over een groot aantal cultuur- en werkgebonden dimensies, en een gunstiger oordeel over de prestaties van de instelling.

### De marktpositie.

Voor het beschrijven van de mogelijke meerwaarde van investeringen in de opbouw van een kwaliteitssysteem wordt allereerst het door Pettigrew en Whipp (1991) opgestelde kader van kritische factoren gehanteerd. De centrale factoren, welke door hen zijn gevonden en als beslissend worden gezien voor succes van ondernemingen, vallen onder het kernbegrip "managing change" (zie fig. 5.2.). Het gaat om:

- Omgevingsanalyse.
- Leidinggeven aan verandering.
- Verband tussen strategische en operationele verandering.
- Human resources als bedrijfskapitaal.
- Coherentie.

De INK-inventarisatie naar de stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland, geeft als belangrijkste remmingsfactoren (als "negatief" van de bovengenoemde voorwaarden) onvoldoende leiderschap en een minder adequate bedrijfscultuur (als combinatie van verschillende factoren). Daarnaast worden tijdgebrek, weerstand tegen veranderingen en gemis aan specifieke kennis genoemd. Deze aspecten passen vooral bij de factoren vallend onder leidinggeven aan verandering en een specifieke deelfactor, het aanbrengen van capaciteit voor actie. Culturele aspecten vallen vooral onder de laatste twee factoren van Pettigrew en Whipp. Ook Klazinga (1996) benadrukt de rol van leiderschap en cultuur op grond van een onderzoek naar professioneel kwaliteitsmanagement. Zijn aanbevelingen voor het instellingsmanagement richten zich op managementvaardigheden (leiderschap); het nastreven van "shared values" tussen management en professionals (legitimatie, communicatie, coherentie); het inventariseren van- en voortbouwen op bestaande activiteiten en het aansluiten op de in de organisatie bestaande strategie, cultuur en structuur (verband tussen strategische en operationele verandering). De aldus aangevulde centrale factoren voor organisatiesucces zullen als kader worden gebruikt voor het beschrijven van de effecten van het kwaliteitssysteem op de marktpositie van Het Roessingh.

- Omgevingsanalyse.

Van de verschillende factoren die bij omgevingsanalyse een rol spelen, zijn in het kader van het beschreven kwaliteitssysteem vooral de beschikbaarheid van sleutelfiguren (met toegang tot de juiste markt informatie en netwerken), de gerichtheid van de organisatie op de omgeving en het actief participeren van meerdere organisatie-onderdelen, van belang.

Marktonderzoek, uitgevoerd met ondersteuning vanuit de research-infrastructuur en vanuit verschillende organisatie-onderdelen, heeft daaraan bijgedragen. In de beschreven pilot-studies ging de invloed wellicht uit van de vaststelling dat marktonderzoek mogelijk is en de gegenereerde informatie direct bruikbaar kan zijn voor aanpassing van het procesontwerp en indirect als bijdrage aan strategische afwegingen. Omdat dit onderdeel van het kwaliteitssysteem nog verder uitgewerkt moet worden, is vooral het besef, dat marktonderzoek mogelijk is, sturend voor de organisatie-oriëntering op de omgeving. Ook de verbetering van het systeem van exit-interviews en de versterking van het cliëntperspectief daarin, draagt bij aan de oriëntatie op de klant en/of de markt.

Ten aanzien van de factor omgevingsanalyse lijkt de opzet van het kwaliteitssysteem bij te dragen aan het concurrentie-en overlevingsvermogen van de instelling. De activiteiten, welke in het kader van kwaliteitszorg zijn ondernomen (marktonderzoek, exit-interviews) kunnen natuurlijk ook worden opgepakt zonder dat van een kwaliteitssysteem sprake is. Inbedding in een totaal aanpak, van het bedrijfsketenmodel en passend bij de ontwikkelingsfasen van het INK-model, geeft wel een grotere waarschijnlijkheid van een structureel (of wellicht integraal) resultaat van deze inspanningen. Dit omdat steeds duidelijk is op welke wijze de gegenereerde informatie gebruikt moet worden.

- Leidinggeven aan verandering.

Het leiderschap blijkt steeds opnieuw een essentiële factor te zijn bij het introduceren van kwaliteitszorg. In het vereenvoudigde bedrijfsketenmodel staat de directie verantwoordelijkheid niet benoemd. In de NEN-ISO 9004.2 richtlijn wordt gesteld dat de succesvolle introductie afhangt van de betrokkenheid van de directie; ook staat beschreven dat "de directie dient te bewerkstelligen dat het kwaliteitsbeleid bekend gemaakt, begrepen, tot uitvoering gebracht en in stand gehouden wordt" (NNI 1992). Er wordt vooral in termen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden geschreven, doch de invulling van het leiderschap en het leidinggeven aan verandering lijkt in de richtlijn (en zeker in het bedrijfsketenmodel) onderbelicht. In de cases is leiderschap geen afzonderlijk onderzoeksobject geweest. Alle

primaire en secundaire factoren van leiderschap, welke door Pettigrew en Whipp, en als deelaspecten in het INK-zelfevaluatiemodel, beschreven zijn, bleken in dit onderzoek een wezenlijke rol te spelen. Het creëren van een gunstige context, het aanbrengen van verandercapaciteit en het inhoud en richting geven bleken steeds weer van belang. Bij elk van die factoren speelden de "shared values" tussen management en professionals een belangrijke rol.

Als voorbeeld kan de introductie van kwaliteitszorg en het opzetten van de daarbij behorende interne organisatie genoemd worden; maar ook bij een op het eerste gezicht wellicht vanzelfsprekend onderdeel als resultaatmeting, speelde dit mee.

Het kwaliteitssysteem heeft in de gekozen benadering geen standaardoplossingen of -instrumenten opgeleverd voor de invulling van het leiderschap. De persoonlijke vormgeving, lettend op bovengenoemde factoren, blijft beslissend. Wel heeft het opdoen van ervaringen met de opbouw van een kwaliteitssysteem bij het management gaandeweg een sterk verbeterd inzicht doen ontstaan in het belang van het leiderschap. Natuurlijk was dit uit de literatuur wel bekend, maar het spelersperspectief levert, zeker voor direct betrokkenen, zeer relevante ervaringen op.

Leiderschap en betrokkenheid worden ook door Klazinga (1996) als wezenlijke managementvaardigheden genoemd. Hij stelt dat een mechanistische benadering van kwaliteitszorg een grote faalkans heeft. De verklaring daarvoor moet waarschijnlijk gezocht worden in de moeite die het kost professionals met een extern referentiekader voor kwaliteitszorg, en een vanuit organisatie-oogpunt gewenste management technologie met elkaar in harmonie te brengen. Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek kan dat bevestigd worden.

Datzelfde geldt voor de opstelling van de directie ten opzichte van de professionele autonomie en het nastreven van "shared values". De professionele autonomie dient als "waarde", mede uitgangspunt te zijn voor het op te bouwen kwaliteitssysteem.

In de INK-zelfevaluatie bleek het aandachtsgebied leiderschap relatief het gunstigst te scoren en ook in het medewerkerstevredenheidsonderzoek lag de uitkomst op dit hoofdveld significant boven de referentiepopulatie. Waar dit in Het Roessingh een belangrijke factor lijkt te zijn voor de voortgang van de ontwikkeling van kwaliteitszorg, moet tegelijk geconstateerd worden dat desondanks de organisatie wat betreft ontwikkelingsfase nog niet ver is voortgeschreden. In de landelijke INK-inventarisatie in het bedrijfsleven werd (falend) leiderschap als één van de belangrijkste remmende factoren aangewezen. Voor de gezondheidszorg mag eveneens

worden aangenomen dat aan deze voorwaarde vaak niet wordt voldaan (aangenomen dat de managementkwaliteit niet verschilt van die in het bedrijfsleven). Investeren in de opbouw van een kwaliteitssysteem zonder optimale invulling van verschillende factoren van leiderschap en een grote persoonlijke betrokkenheid van de leiding, heeft een grote faalkans. Een wettelijk verplicht kwaliteitssysteem zal zonder adequaat ingevuld leiderschap dus waarschijnlijk niet tot een meerwaarde leiden; het risico van een negatieve kosten-effectiviteitsverhouding is dan groot. Het is niet aantoonbaar dat het investeren in kwaliteitszorg rechtstreeks leidt tot verbetering van het leiderschap. In het medewerkerstevredenheidsonderzoek in Het Roessingh scoorden alle personeelsleden, of zij wel of niet aan kwaliteitsactiviteiten deelnamen, significant hoger voor leiderschap dan de referentorganisaties. Deelname was vervolgens wel gecorreleerd aan een significant gunstiger oordeel hierover. Hieruit komt eerder het beeld van een zich versterkend mechanisme naar voren: succesvolle invoering van kwaliteitszorg vergt adequaat leiderschap, bij realisering versterkt dit de leiderschapsfunctie (zeker wanneer de leiding bereid is van de opgedane ervaringen te leren).

- Verband tussen strategische en operationele verandering.  
Klazinga (1996) benadrukt de noodzaak voort te bouwen op bestaande initiatieven en activiteiten en een verband te leggen met de aanwezige strategie, cultuur en structuur. Naast de strategische keuze voor de opbouw van een kwaliteitssysteem van Het Roessingh, is tegelijk het uitgangspunt geformuleerd dat zoveel mogelijk zou worden uitgegaan van bestaande activiteiten (zie hoofdstuk vier). Deze zijn verder verbeterd en/of ingepast in de vernieuwde benadering van kwaliteitszorg. Er is steeds een verband aantoonbaar geweest tussen beleidsuitgangspunten, geformuleerde kwaliteitsvisie en de vormgeving van het kwaliteitssysteem. Voor de hiertoe benodigde veranderingen zijn het aangeven van legitimatie, het opbouwen van de benodigde kennis en de dosering van het projectmatig uitwerken van bepaalde onderdelen van groot belang gebleken. Allesoverheersend was echter steeds weer de factor van adequate communicatie (top down en bottom up). Op basis van de opgedane ervaringen komt de suggestie naar voren dit ook als een primaire succesfactor te bestempelen. In tegenstelling tot de factoren die ten behoeve van het in hoofdstuk vijf gebruikte beoordelingskader werden geïdentificeerd is dit in het INK-model voor zelfevaluatie een belangrijk punt en daarbij scoorde Het Roessingh in de fasering "systeemgeoriënteerd".

Ook horizontale communicatie (formeel en informeel) speelt natuurlijk een rol; behalve de in hoofdstuk vijf beschreven werkconferenties is daar beperkt gebruik van gemaakt.

De ervaringen met het kwaliteitssysteem leiden niet direct tot conclusies ten aanzien van de prestaties van de organisatie op deze centrale factor. Bij elk van de beschreven onderdelen hebben ook strategische argumenten tot een specifieke invulling van gekozen proefprojecten en behandelprogramma's geleid. Het is mogelijk op die wijze het verband tussen organisatiestrategie en operationele vormgeving van kwaliteitszorg te versterken. De markt- en resultaat georiënteerdheid van het bedrijfsketenmodel draagt dus aan de strategische kennis van de instelling bij; dat is echter moeilijk te quantificeren. Sterker kan de meerwaarde van het kwaliteitssysteem ten aanzien van deze factor daarom niet geformuleerd worden.

- Human resources als bedrijfskapitaal.

Wat deze kernfactor betreft, zijn scholing, personeelsmanagement en cultuurgebonden aspecten van belang gebleken. In hoofdstuk vijf is toegelicht hoezeer de factor kennis een rol kan spelen bij het veranderingsproces, dat de introductie van kwaliteitszorg is. Ook het aandacht vragen vóór en het leren van de opgedane ervaringen bleek, vooral bij de breed toegankelijke presentaties van resultaten uit de case-studies of projecten, steeds weer van belang. Met name om op basis daarvan de ontwikkeling in een bepaalde richting, verzekerd van een draagvlak, door te zetten. Kennisoverdracht, nieuwsbrieven en andere communicatiemiddelen zijn ook gebruikt om gemeenschappelijke waarden en "mental models" aan te passen. Het feit dat slechts 40% van de medewerkers deelname aan kwaliteitsactiviteiten meldt, betekent dat er nog een lange weg te gaan is. Uit het medewerkerstevredenheidsonderzoek kon de voorzichtige conclusie getrokken worden dat die deelname tot een grotere tevredenheid (of gunstiger oordeel) over een groot aantal aan het werk gerelateerde aspecten leidt. Indirect lijkt investeren in kwaliteitszorg dus tot versterking van deze kernfactor te leiden. Het is echter onwaarschijnlijk dat van een exclusieve relatie sprake is.

Het is zeer wel denkbaar dat ook andere activiteiten ten aanzien van deze factor een vergelijkbaar effect hebben. Zo is in Het Roessingh parallel aan kwaliteitszorg een systeem van functioneringsgesprekken ingevoerd. Het is aannemelijk dat beide ontwikkelingen een wederzijds gunstige invloed hebben. Dit gaf een belangrijke impuls aan het "human resources" beleid, en leidde bij de INK-zelfevaluatie tot een gunstige score. Het adequaat inspelen op interne- en externe contingente factoren, kon de activiteiten



binnen het kwaliteitssysteem wel versterken. Daarmee komt als vanzelf de laatste kernfactor naar voren:

- **Coherentie.**

Deze factor wordt in alle aangehaalde literatuur over veranderen en kwaliteitsmanagement als belangrijke voorwaarde gekenschetst (Pettigrew en Whipp 1991, De Leeuw 1994, Klazinga 1996, Boot e.a. 1996). Het gaat daarbij om het vermogen de organisatie tegelijkertijd bijeen te houden en te veranderen of hervormen. Evenmin als met human resource management is er een directe link met het kwaliteitssysteem te leggen. Coherentie is door het management nagestreefd maar niet expliciet onderzocht. In relatie met de beschreven cases is het deelaspect "haalbaarheid" nog niet beschreven, maar wel relevant. Dat heeft ook met het ontwerptheoretische "construeren" en "relateren" te maken. Het aanpassen van de ontworpen technologie (deelsysteem of organisatiestructuur) aan de realiteit van de organisatie mogelijkheden is bij herhaling nodig gebleken. Te zeer vasthouden aan het oorspronkelijke ontwerp doet de balans doorslaan van (gezonde) uitdaging naar (onnodige) weerstand. Het omgaan met dit aspect als deel van de kernfactor coherentie is slechts ten dele stuurbaar; de coherentie is vooral van belang, wanneer ten gevolge van onvoorziene ontwikkelingen geïmproviseerd moet worden. Eerder is dus coherentie als voorwaarde voor de introductie van een kwaliteitssysteem te beschouwen; op zich betekent een kwaliteitssysteem geen meerwaarde ten opzichte van deze kernfactor.

Kwaliteitszorg en organisatie-ontwikkeling: de stand van zaken.

Het revalidatiecentrum heeft gekozen voor een dynamische en weinig bureaucratiserende invulling van kwaliteitszorg door voor de opbouw van het kwaliteitssysteem uit te gaan van het bedrijfsketenmodel. Deze benadering is op de ISO 9004.2 richtlijn gebaseerd; vanwege het dynamische karakter is toch voor het INK-model als evaluatiemethode gekozen. Na vier jaar investeren in kwaliteitszorg, is uit de INK-zelfevaluatie gebleken dat Het Roessingh zich (in de INK-terminologie) overwegend in de procesgeoriënteerde fase bevindt. Op een aantal aandachtsgebieden is er sprake van overgang naar systeemgeoriënteerd werken. Met name op het aandachtsgebied procesbeheersing is nog te weinig gestructureerd en genormeerd; dat is wellicht mede een gevolg van de weinig normerende benadering van kwaliteitszorg. Daarnaast is in 11.3.2. reeds beschreven dat kanteling van de organisatie van functie- naar procesgericht een bijdrage lijkt te kunnen leveren aan multidisciplinaire procesgerichtheid van de organisatie. Het besef van de noodzaak van deze kanteling, zowel uit strategisch oogpunt als vanuit de visie dat kwaliteitszorg multidisciplinair op het

niveau van het primaire proces ingebed moet worden, werd tijdens invoering en evaluatie steeds sterker. Deze organisatie-ontwikkeling lijkt een voorwaarde voor structurele inbedding van kwaliteitszorg op procesniveau.

Is er nu daadwerkelijk sprake van een kwaliteitssysteem? In termen van de NEN-ISO-richtlijn nog niet. In het licht van de INK-benadering veeleer wel, omdat elke fase te definiëren is als een systematische stap op weg naar TQM. In het licht van de wet kwaliteit zorginstellingen eveneens, omdat het "systeem" daarin niet nader gespecificeerd wordt. Er is in Het Roessingh een systematische benadering die op organisatie-niveau als "systeem" gekenschetst kan worden. De individuele medewerker zal niet direct het gevoel hebben dat zijn of haar kwaliteitsactiviteiten deel uitmaken van een systeem. Dit besef zou wellicht wenselijk zijn in het kader van coherentie en zingeving, maar of het echt nodig is, blijft de vraag. Het systeem is in ruwe vorm aanwezig; gezien het noodzakelijke dynamische karakter, blijft het voorlopig in aanbouw. De score ten aanzien van de ontwikkelingsfase komt overigens overeen met de bevindingen over de meerderheid van de Nederlandse bedrijven in 1996. Kijkend naar de vier ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg, zoals deze uit de interinstitutionele vergelijking van het Nivel (Wagner c.s. 1995) naar voren kwamen, dan bevindt Het Roessingh zich vergaand in de uitvoeringsfase en voor een aantal aandachtsgebieden in de fase van systematische aanpak/verankering. Ook in vergelijking met de gemiddelde INK-scores voor zorginstellingen, zoals opgesteld door Walburg (1997), scoort Het Roessingh gunstiger.

In de terminologie van Bolwijn en Kumpe (1993) betreffende ontwikkelingsstadia van organisaties is ook voor Het Roessingh de in hoofdstuk 2.5.1. geconstateerde nadruk op kwaliteit en innovatie geldig. In tijden van bezuiniging bleek het een groot probleem in projectvoorstellen kwaliteits- en efficiencydoelstellingen te combineren. Medewerkers zien hier eerder een alternatief (óf/óf) dan een integrale doelstelling. In de gezondheidszorg lijkt dus de "efficiënte firma" niet als voorfase voor de kwalitatieve firma herkenbaar; wellicht geldt dit eerder andersom! Een gestileerd faseringsschema zoals voor het bedrijfsleven geldt, lijkt voor de gezondheidssector dus niet zo eenvoudig op te stellen.

Hoewel oorspronkelijk niet beoogd, hebben de inspanningen op het gebied van kwaliteitszorg, uitgaande van het bedrijfsketenmodel, uiteindelijk tot een meer TQM-achtige uitwerking geleid. Dat geldt vooral voor de strategische waarden en de oriëntatie op de meerwaarde voor de medewerkers. Op basis van de INK-zelfevaluatie bleek dit ook nodig om de basale kwaliteitszorgonderdelen

(marktonderzoek, procesbeheersing, resultaatmeting) goed in de organisatie in te bedden. Dit past bij de visie welke achter de ontwikkelingsfasen van het INK-model ligt (ongeacht of de fasen goed aansluiten bij de situatie in de zorgsector).

In de praktijk is het bedrijfsketenmodel voor kennisoverdracht en communicatie, zeker in een dynamische benadering, als "mental model", zeer aantrekkelijk. Het is eenvoudig uit te leggen en op alle behandel- en afdelingsprocessen toepasbaar. Dit leidt tot de conclusie dat het bij de introductie van een kwaliteitssysteem in een zorginstelling essentieel is een op de specifieke situatie toegesneden benadering te kiezen. Het kiezen van "het beste" uit bestaande systemen, met inachtneming van de diverse eerdere beschreven factoren, ligt daarom voor de hand.

#### De meerwaarde samengevat

Mits aan een aantal voorwaarden voldaan wordt, is er een goede kans dat het investeren in een kwaliteitssysteem ook tot verbetering van de organisatieresultaten leidt. In eerste instantie wordt dit zichtbaar in de marktorientatie, de klantgerichtheid, de tevredenheid van het personeel en verbetering van een aantal strategische kernfactoren.

Afsluitend zal worden beschreven hoe zich dit verhoudt tot de belangrijkste redenen van Het Roessingh voor de introductie van het kwaliteitssysteem:

- Het handhaven van de topositie op langere termijn.  
De verbetering van de marktorientatie, de klantgerichtheid en een aantal strategische factoren hebben hier een bijdrage aan geleverd.
- Verbetering van het multidisciplinair samenwerken.  
De ervaring met protocollering en de organisatie van kwaliteitszorg heeft hier op een aantal aspecten bijgedragen. De samenhang met de organisatieontwikkeling maakt dat kwaliteitszorg op dit punt nog niet zo'n grote invloed heeft gehad.
- Onder grotere kostendruk beter inspelen op de behoefte van de klant.  
Eerst dient verwezen te worden naar investeringen in marktonderzoek en resultaatmeting. Daarnaast is echter gebleken dat de relatie tussen kwaliteitszorg en kostenbeheersing voor professionals niet vanzelfsprekend is. Wel is geconstateerd dat de procesgerichtheid van de organisatie verbeterd moet worden en er een noodzaak tot betere processturing aanwezig is. Wellicht blijkt een "kwaliteitsorganisatie" (in de terminologie van Bolwijn en

Kumpe) een gunstige voorwaarde om verdere efficiencyverbetering te gaan realiseren.

- Waarborgen van "het plezier in het werk".  
De uitkomsten van het BASAM-onderzoek onder de medewerkers lijken te bevestigen dat investeren in kwaliteitszorg de tevredenheid over verschillende aan de werksituatie gerelateerde aspecten verhoogd. Het kwaliteitssysteem lijkt daar aan bij te dragen.

Resumerend zijn er dus een aantal aanwijzingen voor een toegevoegde waarde van de introductie van het kwaliteitssysteem in Het Roessingh. Het is een probleem dat dit niet door middel van extern valide meetinstrumenten of vergelijkend onderzoek aantoonbaar is. Tegelijk moet geconstateerd worden dat bij de introductie van een dergelijk systeem aan nogal wat voorwaarden voldaan moet worden. Er moet geïnvesteerd worden in kennis, er moet een forse trekkracht en motivatie aanwezig zijn op directie- en managementniveau. In de aanvangsfase dient voldoende geld vrijgemaakt te kunnen worden voor een zichtbare start. In Het Roessingh varieerde dit van 0,5% tot 1,0% van het instellingsbudget. Het is voorstelbaar dat investeringen in een kwaliteitssysteem niet in alle situaties tot het gewenste resultaat leidt en dat dus ook in een aantal gevallen sprake zal zijn van meerkosten zonder een toegevoegde waarde.

## 11.7. Aanbevelingen

### Het Roessingh.

Afgezien van de specifieke aanbevelingen die per hoofdstuk zijn gegeven, worden er enkele die van bijzonder belang zijn ook in dit afsluitend hoofdstuk gepresenteerd.

Er dient (op projectbasis) voortgegaan te worden met het doen van marktonderzoek teneinde de externe oriëntatie van de organisatie te versterken en verder ervaring op te doen met de methodologie. Daarnaast moet structureel van informatie uit de Revalidantenraad en de exit interviews gebruik gemaakt worden.

Bij de ontwikkeling van protocollen moet systematisch aan kennisoverdracht aan de betrokken professionals gewerkt worden; teneinde sturing mogelijk te maken moet worden geprobeerd meer met toetsbare criteria en checklists te werken.

Resultaatmeting op programmaniveau dient in projectvorm te worden voortgezet; dit met de bedoeling ervaring op te doen met diverse instrumenten en de

wetenschappelijke onderbouwing van de methode van resultaatmeting in de revalidatie te verbeteren.

Voor de inbedding van kwaliteitszorg op procesniveau is niet alleen organisatieverandering noodzakelijk; ook de toepassing van kwaliteitszorg volgens het bedrijfsketenmodel op teamniveau moet worden gestimuleerd. Op deze wijze ontstaan in het kwaliteitssysteem ingebedde automatismen op alle organisatie-niveaus.

Het is van belang systematisch informatie over bedrijfsdoelstellingen en behaalde resultaten zo mogelijk vertaald naar afdelings- of teamniveau, aan de medewerkers te verschaffen.

Gezien de positieve effecten van deelname aan kwaliteitsactiviteiten moet het beleid gericht zijn op vergroting van de participatie door het stimuleren en belonen van kwaliteitszorg in alle organisatie-onderdelen.

#### **Het instellingsmanagement.**

Voor het instellingsmanagement is de relatie met de professionals de cruciale factor bij de opbouw van een kwaliteitssysteem.

Het nastreven van "shared values", zowel in de strategische legitimatie als in de uitwerking van het systeem, is van het allergrootste belang. Dit geldt bij uitstek voor het aspect doelmatigheid als onderdeel van het begrip kwaliteit. Kostenbeheersing is voor professionals geen vanzelfsprekende waarde, daarom dient daaraan, ook in kennisoverdracht, steeds weer aandacht besteed te worden.

Tevens moet een balans worden gezocht tussen de management-kanten van het kwaliteitssysteem en de aandacht voor de inhoudelijke invulling daarvan. Daarom behoort het management op de hoogte te zijn van de belangrijkste voor bijvoorbeeld medisch specialisten geldende externe referentiekaders op het gebied van kwaliteitszorg. Het is van belang aansluiting te vinden bij opinion leaders onder de verschillende professionele groepen binnen (en zondig buiten) de instelling.

Bij de ontwikkeling van accreditatie- en visitatiesystemen van zorginstellingen moet zorg worden gedragen voor een goede aansluiting op de professionele visitatiestructuur. Dubbel werk wordt zo voorkomen en er kan een wederzijds completerend effect van uitgaan.

Veranderen is een belangrijk thema bij de invoering van kwaliteitszorg. Het management dient daarom de invoering van een kwaliteitssysteem ook als veranderingstraject te beschouwen. Er moet rekening gehouden worden met

weerstand, vooral als er bij personen de notie ontstaat dat posities of belangen in het geding kunnen komen.

Bovendien moet in het kader van de sociaal-dynamische interactie van het vooraf ontworpen systeem met de praktijk van alledag ingecalculereerd worden dat zich onvoorspelbare wendingen zullen voordoen; het is van groot belang daarop coherent met de vooraf geformuleerde visie, strategie en uitgangspunten, te reageren.

Voor de ontwikkeling van kwaliteitszorg in een instelling naar een meer proces- of systeemgerichte benadering is het noodzakelijk te bezien of de organisatiestructuur daarvoor geschikt is óf aanpassingen behoeft.

Bij het veranderingsproces is een adequate communicatie onontbeerlijk; het is noodzakelijk hiervoor vooraf een plan op te stellen.

De keuze voor een kwaliteitssysteem dient aan te sluiten bij de ontwikkelingsfase en oriëntatie van de instelling. Hoewel organisatie-ontwikkeling volgens het INK-model of direct een TQM-achtige benadering conceptueel interessant zijn, dient eerst grondig te worden geanalyseerd of de organisatie er wel aan toe is. De normatieve benadering van de ISO-richtlijnen is op zich niet geschikt voor de gezondheidszorg, maar een meer dynamische en simpele invulling (bijvoorbeeld via het bedrijfsketenmodel) gedurende een aantal jaren zeker tijdens de opbouwfase is dat wel. Dat zou ook beter bij de professionele waarden kunnen passen.

In een periode van extreme kostendruk zal het moeilijk zijn over een brede linie kwaliteitszorgactiviteiten op te starten en is wellicht een start met een aantal op doelmatigheid gerichte projecten zinniger; deze moeten vanaf de start wel in een totaalkader geplaatst worden.

Het heeft dus de voorkeur een eenvoudig model-kwaliteitssysteem te hanteren gezien de lange termijn, het uithoudingsvermogen en de benodigde trekkracht van het management, welke onvermijdelijk in het geding zijn. Vooral in grotere organisaties lijkt dat van belang omdat bureaucratie en organisatiecultuur een snelle implementatie van kwaliteitsverbeterende activiteiten in de weg kunnen staan.

Zowel bij de opbouw als bij de implementatie van het kwaliteitssysteem dient het aantal projecten en de hoeveelheid (feedback) informatie gedoseerd te worden naar de verwerkingscapaciteit van de organisatie. Informatie per maand aanleveren terwijl verbeterprojecten vaak drie tot zes maanden duren, draagt bijvoorbeeld het risico van frustratie in zich.

Bij de opbouw van een kwaliteitssysteem bedragen de kosten (uitgaande van de ervaringen van Het Roessingh) minimaal 0,5% van de exploitatie; een lager

investeringsniveau leidt waarschijnlijk tot een langerdurend en onvoldoende "zichtbaar" implementatietraject. Gezien de onduidelijkheid over de exacte meerwaarde, is het vóóraf, of in de beginfase, in beeld brengen van kwaliteitskosten zeker het overwegen waard.

De rol van het leiderschap van zowel de directie als het middenmanagement kan niet genoeg onderstreept worden. Het is aan te bevelen dat men zich voorbereidt op een langdurig traject waarin de nodige trekkracht moet worden ontwikkeld en een fors beroep op communicatie en motivatievermogens gedaan wordt. Kennisopbouw ten aanzien van meer inhoudelijke -management-aspecten van kwaliteitszorg is van groot belang. Frequente directiewisselingen zijn daarom als een risicofactor te beschouwen en bedreigen een succesvolle introductie van kwaliteitszorg.

Ook de cultuur speelt een belangrijke rol; voor de ontwikkeling van kwaliteitszorg lijkt een participatieve, flexibele en innovatieve cultuur het meest geschikt. Het is bekend dat de organisatiecultuur zich niet eenvoudig laat wijzigen. Desalniettemin is het aan te bevelen voorafgaand aan de opbouw van een kwaliteitssysteem een objectieve cultuur-analyse te (laten) verrichten. Hoewel verandering van cultuur-aspecten een zaak van lange adem is, kan dan gedurende de introductie consistent aan bepaalde zaken aandacht geschonken worden. Bijvoorbeeld door de wijze van "vieren" van projectresultaten, de vormgeving van trainingen en de communicatie.

### Professionals

Voor professionals is het vooral van belang zich kennis over kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen eigen te maken. Niet alleen voor hun eigen professionele referentiekader, maar juist om de aansluiting op instellingsactiviteiten en -systemen te verbeteren. Ook de invloed van professionals op de vormgeving van kwaliteitssystemen zal daardoor groter worden. Gezien de dominante rol van de medisch specialist geldt dit in de revalidatiezorg bij uitstek voor de revalidatie-artsen.

Datzelfde geldt ten aanzien van de ontwikkeling van (multidisciplinaire) protocollen en resultaatmeting in het kader van kwaliteitszorg. Vanwege de inhoudelijke aspecten en de noodzaak van het tot stand komen van een extra referentiekader, verdient het op dit punt aanbeveling dat professionals binnen hun instellingsoverstijgende organisatiestructuur ook zelf het initiatief nemen. Een landelijk coherente ontwikkeling is dan ook eerder gewaarborgd.

Beleidsmakers dienen zich te realiseren dat bij de verplichte introductie van kwaliteitssystemen een management technologie wordt ingevoerd zonder dat

vooraf is onderzocht aan welke voorwaarden moet worden voldaan. Bij deze vorm van "technology forcing" moet een vorm van assessment vanaf het begin worden ingebouwd (Schot en Rip 1997). Op basis van dit onderzoek kan gesteld worden dat er ook een aanzienlijke kans op mislukken is. Gezien de omvang van het potentieel door alle instellingen, minimaal in kwaliteitszorg te investeren bedrag ( $\pm$  300 miljoen), was enige vorm van technology assessment vóóraf verstandig geweest!

Omdat de baten er soms niet zullen zijn en veelal moeilijk zichtbaar te maken zijn, is gerichte financiële ondersteuning vanuit overheid en zorgverzekeraars aan te bevelen. Ook in Het Roessingh is gebleken dat externe financiering als belangrijke positieve factor heeft gewerkt. Voor de subsidiegever is het belangrijk vooraf te verifiëren of aan voldoende voorwaarden voor succes voldaan wordt. Het stimuleren van markt- en klantgerichtheid kan strijdig zijn met beheersingsdoelstellingen; een grotere klantgerichtheid kan tot wijziging in regionale patiëntenstromen leiden en moet niet tot verwijten aan de betrokken instelling te leiden.

De langdurige opbouwperiode en de ontwikkelingsfasering maakt dat certificatie of externe toetsing in de zorgsector, die veelal in het kader van landelijk kwaliteitsbeleid plaatsvindt, aan dient te sluiten bij een voor de middenmoot haalbaar niveau.

Er werd geconstateerd dat de VRIN in zijn externe toetsing sterk procesgericht is. Bij ontwikkeling van dit toetsingssysteem verdient het aanbeveling ook aan innovatie, (organsatie)resultaten, leiderschap en personeelsmanagement aandacht te besteden.

Voorlopig zal de zorgsector de nodige energie moeten besteden aan de opbouw van kwaliteitssystemen. Gezien het risico van "perifere bureaucratisering" (zie hoofdstuk twee) is het aan te bevelen, dat de overheid zich van nadere regelgeving op dit terrein onthoudt; in plaats daarvan is het van belang de ontwikkeling van kwaliteitszorg te blijven stimuleren. De kans is evenwel aanwezig dat de aandacht van de politiek en beleidsmakers naar andere, "actuelere" items verschuift. Dan ontstaat een tendens van oppervlakkige en steeds verschuivende regelgeving met weinig concrete impact.

Tenslotte dient de overheid de ontwikkeling van onderzoeks- en assessment methoden, gericht op managementtechnologie op macro- en mesoniveau, te stimuleren om bijtijds instrumenten voor het onderbouwen van adequate beleidsafwegingen beschikbaar te hebben.

### Onderzoek

Op het terrein van onderzoek kunnen afsluitend ook enkele aanbevelingen gedaan worden. In dit proefschrift is het spelersperspectief als uitgangspunt



gekozen. Vanwege de afwegingen en dilemma's waarvoor de speler als belanghebbende kan komen te staan, lijkt het verstandig bij deze vorm van onderzoek de gelegenheid tot coaching of het ontvangen van feedback in te bouwen. De methode van constructive technology assessment, welke zeker geschikt lijkt voor het onderzoek naar management technologieën, zou verder ontwikkeld moeten worden.

Er is behoefte aan extern valide instrumenten voor de vergelijking van de prestaties van zorginstellingen. Daartoe dient het INK-model verder op de gezondheidszorg, als vorm van professionele dienstverlening, toegesneden te worden en de validiteit en betrouwbaarheid voor inter- en intra-institutioneel onderzoek moet worden vastgesteld.

Meer specifiek gericht op onderdelen van het kwaliteitssysteem kunnen nog enkele aanvullende suggesties gedaan worden.

Nader onderzoek is nodig om de techniek van marktonderzoek onder potentiële patiënten en andere stakeholders te verbeteren. Met name de theoretische modellen op basis waarvan de behoefte aan zorg wordt vastgesteld, verdienen aandacht. Resultaatmeting in het kwaliteitssysteem moeten indicatoren voor de kwaliteit van zorg opleveren; op basis van deze informatie kunnen professionals bezien in hoeverre het product verbetering behoeft. Er worden in de praktijk van alledag andere eisen aan deze metingen gesteld dan aan instrumenten, die geschikt zijn voor het in wetenschappelijke zin meten van behandel-effectiviteit. Dat stelt tegelijk eisen aan de wijze van presentatie aan professionals. Ten aanzien van de praktische inpassing van resultaatmeting in het kwaliteitssysteem en de eisen, die daaruit voortvloeien voor de te gebruiken instrumenten, is beslist nader onderzoek nodig.

Tenslotte is nog onvoldoende duidelijk via welke mechanismen kwaliteitszorg de beoogde effecten bereikt. Hoe leidt bijvoorbeeld een protocol tot verbeterde sturing van zorg en op welke wijze verhoogt deelname aan kwaliteitsactiviteiten de tevredenheid over het werk? Meer zicht op deze mechanismen is van groot belang. De verwachting is namelijk dat een aantal van de contingente factoren in de zorgsector, die de noodzaak voor het investeren in- en het organiseren van kwaliteit onderstrepen, aan invloed zullen winnen.

## LITERATUUR HOOFDSTUK 11

Bandel A.P. e.a.; Een integraal beheerssysteem voor kwaliteit en kosten van cataractoperaties in dagbehandeling. Oogziekenhuis Rotterdam, 1996.

Bolwijn P.T., Kumpe T.; Kwaliteit is noodzakelijk, maar niet voldoende. In: Kwaliteitsmanagement in beeld. Deventer, Kluwer, 1993.

Boot O.J. c.s.; De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland. Instituut Nederlandse Kwaliteit, 's Hertogenbosch, 1996.

CBO; Consensus over medisch specialistische richtlijnen. Utrecht, 1995.

Drucker P.F.; Managing the future. New York. Truman Talley Books, 1993.

Hardjono T.W.; Ritmiek en organisatiedynamiek. Acad. Proefschrift. Deventer, Kluwer, 1995.

Klazinga N.S.; Quality Management of medical specialist care in The Netherlands. Acad. Proefschrift, Rotterdam, 1996.

Leeuw A.J.C. de; Besturen van veranderingsprocessen. Assen, Van Gorcom, 1994.

Nederlands Normalisatie Instituut; Kwaliteitszorg en elementen van een kwaliteitssysteem, deel 2. Richtlijnen voor diensten. NEN-ISO 9004.2, Delft, 1992.

Parasaraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L.; A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 1985; 49: 41-50.

Pettigrew A., Whipp R.; Managing change for competitive success. Oxford, Blackwel 1991.

Schot J., Rip A.; The past and future of Constructive Technology Assessment. *Technological Forecasting and Social Change*. 1997; 54: 251-268.

Sluijs E.M., Bakker D.H. de, Dronkers J.; Kwaliteitssystemen in uitvoering. Nivel, Utrecht, 1994.

Vinkenburg H.H.M.; Stimuleren tot perfectie, kritische factoren bij het verbeteren van dienstverlening. Acad. Proefschrift, Groningen, 1995.

Wagner C., Bakker D.H. de, Sluys E.M.; Kwaliteitssystemen in Instellingen. Nivel, Utrecht, 1995.

Walburg J.A.; Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Inaugurele rede. Technische Universiteit Eindhoven, 1997.

Weggeman M.; Leidinggeven aan professionals. Deventer, Kluwer, 1992.

## BIJLAGE 1

Aan : Projectleiders en mentoren.  
Van : M. Veldhuizen, A. Baan, A. Landman en H. van Delden.  
Betreft: Org. kwaliteit/taak projectleider/taak mentor Het Roessingh.  
Datum : 28 augustus 1996

### Kwaliteitsvisie Het Roessingh

Het Roessingh staat voor een op de behoefte van de revalidant afgestemde revalidatiezorg, waarbij de behandeling en begeleiding, gegeven de mogelijkheden, leiden tot een zo compleet mogelijk herstel en functioneren binnen beperkte tijd en kosten.

Hiervoor werken wij samen als één team, met zo weinig mogelijk verschillende mensen (vertrouwen), met behulp van behandelplannen (één doel), die regelmatig bijgestuurd worden op basis van meetbare vorderingen alsmede efficiënte en effectieve afstemming in het team (één effect).

### Organisatie van kwaliteit

Het Roessingh heeft ervoor gekozen de kwaliteitszorg een integraal onderdeel van het te voeren beleid te laten zijn.

De verantwoordelijkheid voor de bewaking en verbetering van kwaliteit, het geheel van activiteiten, processen en behandeling, ligt in de hiërarchische lijn.

Uiteraard hebben alle medewerkers een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitszorg. Naast eerder genoemde doelstelling heeft het kwaliteitsbeleid de expliciete doelstelling de eigen verantwoordelijkheid en medewerking van alle medewerkers ten aanzien van kwaliteitszorg te bewerkstelligen. Elke professional in de gezondheidszorg is zelf het beste in staat om (continu) verbeteringen aan te brengen, initiatieven te nemen en voorstellen hiertoe te doen in een afdelingsoverleg.

De directie is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit in Het Roessingh.

### Management Team

De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit in Het Roessingh ligt bij de directie. Multidisciplinaire projecten worden geïnitieerd of toegewezen door het Management Team. De directie benoemt, op advies van het Management Team, in samenspraak met de kwaliteitscoördinator, een projectleider. Het door de projectleider ingediende projectvoorstel kan eveneens al dan niet door het Management Team, ter goedkeuring aan de directie worden voorgelegd.

### De Kwaliteitscoördinator

De Kwaliteitscoördinator geeft gevraagd en ongevraagd advies aan de directie en het Managementteam ten aanzien van Kwaliteitszorg.

Hij is verantwoordelijk voor een goede afstemming van de lopende projecten en coördineert en initieert de activiteiten van projectleiders en kwaliteitsmentoren.

Het managementteam en de directie worden één keer per drie maanden, door middel van een vaste agenda en vooraf toegestuurde informatie, door de Kwaliteitscoördinator geïnformeerd over kwaliteitsacties in Het Roessingh.

Bij multidisciplinaire projecten, geïnitieerd door het managementteam, vraagt de kwaliteitscoördinator, in overleg met het Management Team, een projectleider een projectplan te schrijven en projectleden te zoeken.

De kwaliteitscoördinator heeft tevens als taak de communicatie over de Kwaliteitszorg in Het Roessingh te coördineren.

Daarnaast is hij verantwoordelijk voor de inventarisatie van de projecten en draagt zorg voor een zodanig databank-systeem, dat de gegevens van deze projecten gemakkelijk overdraagbaar zijn.

## **De Projectleider**

Begin 1996 zijn 19 medewerkers van Het Roessingh opgeleid tot Kwaliteitsprojectleider. De opleiding is vooral gericht geweest op het opzetten en leiden van verbeterprojecten.

De Kwaliteitsprojectleider heeft onder andere de taak verbeteringsprojecten te leiden. Daarnaast heeft de Kwaliteitsprojectleider een stimulerende, coördinerende en bewakende taak t.a.v. de verbeteringsprojecten.

De projectleider heeft contact met diensthouders en managementteamleden met betrekking tot de projectinhoud, tijdsbesteding en financiële middelen.

### **Taken:**

- het planmatig opzetten van verbeteringsprojecten (het maken van een projectvoorstel).
- het coördineren en bewaken van de uitvoer van de verbeteringsprojecten.
- communicatie over de opzet, het verloop en het resultaat van de verbeteringsprojecten met de opdrachtgever (leidinggevende/Management Team) en de eventueel betrokken mentor en/of kwaliteitscoördinator.
- het doen van aanbevelingen aan de opdrachtgever voor wat betreft implementatie.
- registratie van verbeteringsprojecten binnen de eigen afdeling.

### **Bevoegdheden:**

- zelfstandig managen van goedgekeurde projecten;
- het in overleg met projectgroepleden en afdelingshoofden doen van eventuele veranderingsvoorstellen het project betreffende naar het Management Team.

### **Verantwoordelijkheden:**

- bewaken van de uitvoer van het project binnen de afgesproken tijd en indien aan de orde het budget;
- het rapporteren over de voortgang van het project naar afdelingshoofd en bij multidisciplinaire projecten aan het Management Team.

## **De Mentor**

In 1995 zijn zeven medewerkers van Het Roessingh opgeleid tot Kwaliteitsmentor. Zij hebben geleerd een aantal kwaliteitsinstrumenten te gebruiken, die in te zetten zijn, tijdens verbeterprojecten.

De mentor heeft een ondersteunende/faciliterende en adviserende taak. Deze taak kan de volgende aandachtsgebieden betreffen:

- communicatie (verspreiden van informatie over de inhoud en voortgang van de verbeteracties en verbeterprojecten door middel van nieuwsbrief, Roessingh Bulletin, Kwaliteitsboek etc.);
- presentaties over de voortgang van kwaliteitszorg en verbeteracties in de organisatie;
- organiseren van uitwisselingsbijeenkomsten (bij multidisciplinaire projecten);
- ondersteunen/adviseren van de projectleiders; (geven van feed-back, loodsfunctie);
- faciliteren van de projectleiders/adviseren t.a.v. inzetten instrumenten;

Per multidisciplinair project zullen Projectleider en Kwaliteitsmentor bekijken hoe de inbreng van de mentor gerealliseerd zou moeten worden.

## **De Medewerker**

- is verantwoordelijk voor de organisatie en inhoudelijke kwaliteit van haar/zijn werkzaamheden;
- neemt initiatieven tot het verbeteren van de kwaliteit;
- doet voorstellen hierover in het afdelingsoverleg;
- neemt deel aan kwaliteitsprojectgroepen;

## Projecten

We onderscheiden monodisciplinaire en multidisciplinair projecten.

De monodisciplinaire, afdelingsprojecten, moeten door een afdelingshoofd geprioriteerd en goedgekeurd worden. Het afdelingshoofd benadert als opdrachtgever, een projectleider welke een projectvoorstel dient te maken en na goedkeuring op te starten. Individuele medewerkers kunnen ideeën voor verbeterprojecten inbrengen in hun afdelingsoverleg. Daarnaast kunnen op een afdeling diverse verbeterprojecten lopen die door de projectleider ondersteund en gecoördineerd worden.

De afdelingshoofden kunnen binnen hun staf- en para- of perimedische overleg, aankaarten welke projecten zij willen gaan opzetten.

Multidisciplinaire projecten kunnen worden ingediend of worden toegewezen door het Management Team. Zij benoemt, in samenspraak met de kwaliteitscoördinator een projectleider die een projectplan moet gaan schrijven.

Het Management Team kan een ingediend multidisciplinair projectplan al dan niet goedkeuren.

## BIJLAGE 2<sup>1</sup>: KOSTENOVERZICHT ONTWIKKELING KWALITEITSSYSTEEM.

A. Opbouw kwaliteitsorganisatie en uitvoering van het veranderingsproces.	
-	Kwaliteitsproject 1993
	Kosten externe begeleiding en ureninzet medewerkers f. 276.000
	Idem 1994 f. 276.000
-	Training mentoren 1995.
	Kosten externe begeleiding f. 21.600
	Kosten jaarlijkse ureninzet medewerkers (mentoren) p.a. f. 55.000
	(0,6 fte gemiddeld FWG 50,5)
-	Training projectleiders 1996.
	Kosten externe begeleiding f. 24.600
	Kosten ureninzet medewerkers (90 hr) f. 4.100
	Kosten projecten p.a. vanaf 1995
	(exclusief mentoren en beschikbare voorwaardenscheppende tijd) f. 20.000
-	Training klantgerichtheid 1996
	Kosten externe begeleiding f. 30.000
	Kosten ureninzet medewerkers (570 hr) f. 26.000
B. Kosten Marktonderzoek.	
-	Marktonderzoek kinderrevalidatie 1993
	(95 uur) f. 4.300
	Ontwikkeling behoefte-model en uitvoering pilot.
-	0,5 fte gedurende 6 maanden (1994-1995)
	FWG 50. f. 13.650
	Materiële kosten, overhead etc. (15%) <u>f. 2.050</u>
	f. 15.700
	Uitvoering pilots pijnrevalidatie/onderzoekscentrum
	motoriek en cognitie
-	0,5 fte gedurende 12 maanden (1995-1996) f. 27.300
	Materiële kosten; overhead etc. (30%) <u>f. 8.190</u>
	f. 35.500
C. Protocolontwikkeling.	
-	Ontwikkelingsfase 1993.
	Afstudeerproject bedrijfskunde f. 2.000
	Inzet medewerkersuren (100 hr) f. 4.800

<sup>1</sup>Verschillen in overhead percentages afhankelijk van vorm van dienstverband en werkgeversconstructie. Kostenniveau CAO 1995; de berekening is inclusief sociale lasten en uitgaande van 1600 werkbare uren.

- Jaarlijkse inzet vanaf 1994 0,4 fte ondersteuning medewerker	f. 23.000
Inzet medewerkers bij continu ontwikkeling 4 protocollen (vanaf 1995) 52 x 1½ x 5 = 390	f. 19.200
Materiële kosten (incl. kopieën)	f. 500
<b>Totaal jaarlijks</b>	<b>f. 42.700</b>

#### D. Resultaatmeting.

- Exit interviews-project 1995/1996 0,6 fte gedurende 9 maanden Materiële kosten, automatisering etc.	f. 23.000 f. 5.000
<b>Totaal project</b>	<b>f. 28.000</b>
- Exit interviews structureel 0,3 fte patiëntenvoorlichtingsfunctionaris Materiële kosten, automatisering etc. (0,025 fte)	f. 25.500 f. 2.250
<b>Totaal structureel</b>	<b>f. 27.800</b>
- Resultaatmeting incidenteel. Criteria ontwikkeling, afstudeerproject (1993/94) geen directe kosten, materiële kosten	f. 2.000
Inventariserend onderzoek en eerste pilot resultaatmeting (1995/96) 0,5 fte gedurende 10 maanden Materiële kosten/overhead tot 30%	f. 22.750 f. 6.825
	<b>f. 29.600</b>

#### E. Evaluatie onderzoek (incidenteel) 1996

Medewerker 0,6 fte gedurende 6 maanden	f. 15.700
Materiële kosten/overhead	f. 3.000
Kosten extra inzet medewerkers (500 uur) zelfevaluatie	f. 20.600
Kosten BASAM	f. 8.202
	<b>f. 30.500</b>

#### F. Totaal

	Incidenteel	Structureel	Totaal	% Budget	Totaalbudget (mio)
1993	289.100	27.800	316.900	1,0%	31,8
1994	283.800	50.800	334.600	1,0%	32,4
1995	75.900	127.000	202.900	0,6%	33,3
1996	161.700	127.000	288.700	0,8%	34,1

In de betreffende jaren zijn de onderstaande percentages aan externe subsidies verworven. Daarachter wordt het reële kostenbeslag voor de instelling weergegeven.

	% externe subsidie	netto % budget
1993	43%	0,6%
1994	44%	0,6%
1995	28%	0,4%
1996	23%	0,6%

In totaal is 161.100 aan onderzoekskosten uitgegeven, waarvan 30.500 ten laste van de instelling en het overige ten laste van externe subsidies.



## SUMMARY

Is it possible to assess the value of developing and introducing a systematic approach to quality management in a health care institution? This is the research question in this thesis.

Quality management has been introduced in health care organisations after a delay of several years compared to the manufacturing industry and to more for profit professional service providers.

In chapter two the main reasons for this development are described. The most important are professionalism and specialisation, increasing complexity of organisations, effectiveness and efficiency, cost-control, individualisation and consumerism and market influence in health care.

First developments in the field of quality management and their implementation in professional service provision are described. In health care organisations with highly trained professionals, a dynamic, non-bureaucratic approach of quality management is to be preferred to regulative and strict top-down systems. In Dutch health care only a minority of institutions has introduced a quality system. Nevertheless it is stipulated by law (since 1996) that every health care institution should introduce quality management in order to guarantee quality care according to professional standards and patient needs. A quality system can be regarded as a management technology. In health care it is common practice to perform a kind of technology assessment before major or expensive innovations are being introduced. So far this has not been done with quality systems.

In chapter three the methodology and the position of the author are described. This thesis has the aim to perform technology assessment on a quality system that has been introduced in a large rehabilitation centre, Het Roessingh, in Enschede, the Netherlands. As the technology is not yet very well developed and there are many influencing factors within and outside the organisation, it was chosen to perform Constructive Technology Assessment (CTA). CTA is especially suitable for developing technologies in which various social, ethical and organisational aspects have to be considered. The realisation that not only the environment but also the technology itself can be influenced, constitutes the essential feature of CTA. The quality system has been studied on organisational and on subsystem level and accordingly case-studies were performed.

As the author is one of the executive directors of the rehabilitation centre, the research was performed from "players-perspective". In the field of business sciences this methodology is advocated because it deals with design and questions on the validity of a technology in specific situations. Due to the specific conditions of Dutch health care such as fixed budgets, the absence of organisational output parameters and the different circumstances of various rehabilitation centres, it was not possible to conduct a comparative study.

In chapter four the system of (physical) rehabilitation in the Netherlands is described. Het Roessingh has been characterised in terms of organisational features and the designed quality system. Based on the ISO-norms for quality systems in service-organisations a dynamic approach was chosen for the introduction of quality management.

The systematic concept was called the "institutional process chain model". This constituted of the essential features of the ISO guidelines: market analysis, process design, process-control and measuring results, integrated in a feedback chain.

In chapter five the introduction of quality management in the organisation was analyzed. It has been regarded as a process of change and was investigated using critical factors in certain phases. Based on literature, a framework for analysing such a process was constructed and this proved to be applicable. The organisational aspects of the quality system, as designed, were realised to a far extent. Introducing quality management was considered as a transition process. The relevant critical factors concerned social aspects, leadership, content-features and purpose/meaning-related factors. Although they all proved to be relevant, it could not be predicted how exactly certain factors would exert their influence. Knowledge transfer seemed inadequate and the importance of communication was underestimated, both in literature and in practice. Nevertheless it was possible to constitute a formal quality-organisation within the institution in a period of two years.

In chapter six the subsystem of market analysis was addressed. The market in health care consists of different players and a specific approach for each may be needed. Also the development phase of the health care service that is being analyzed, makes a difference. To address these problems both the service quality model of Parasuraman *cs* (1985) and the theory on diffusion of innovations (Rogers 1983) were used.

A market analysis was performed for three services: the rehabilitation of spinal cord injury-patients, a gait-analysis service and a pain management program. Essential steps that have to be taken are:

1. defining the strategic level (organisation, specific service)
2. verifying available implicit or explicit internal information and additional desk research
3. determining which consumer is to be included (patients, referring specialists or financing agencies).
4. constructing a research method according to the diffusion phase of the specific service and after determining the moment of research when (potential) patients are to be involved.

Though further research remains to be done, it proved to be possible to perform market analysis, following the steps that were defined. Market analysis proves furthermore to be quite elaborate. A significant lack of information or justified doubts (among management and professionals) as to whether the services still meet consumer-demands, has to exist before explicit market research should be undertaken.

Process design and process-control are the topics that are dealt with in chapter seven. Guideline development on institutional level was renewed through a systematic approach. So far guidelines were mainly used for process design and exerted their influence through "coordination of skills". The use of guidelines for process control in daily practice could be an important tool in quality management. Especially in multidisciplinary health care provision it is important to define the purpose, the role and the contents before starting to develop guidelines. Knowledge transfer is very essential before starting the process of guideline-development in order to facilitate efficient communication. Based on this theory a guideline for in-patient stroke rehabilitation was developed, implemented and evaluated. It became obvious that the systematic development of guidelines led to a satisfactory result; nevertheless it served mainly as a process-design. For the purpose of process control the inclusion of review criteria and working with practical reminders and checklists is recommended. Evaluation-research of the implementation of guidelines on institutional level proved to be very difficult.

Outcome measurement was the topic of chapter eight and nine. In chapter eight the development of patient-centred criteria, and the implementation in a already existing system of exit-interviews was described. The outcome serves as an indicator for the quality of care, as the exact relationship between

outcome and intervention remains uncertain. Exit interviews can be used to assess the satisfaction with the services provided and to verify certain aspects of care that are deemed important from the viewpoint of the organisation. Based on a literature search and using a focus group approach, items were defined that were judged to be important from the client perspective. These were used to reconstruct a questionnaire that was implemented in a pilot study. An improved client orientation and more valid outcome resulted. The efficiency of the processing of the data was also improved. Possible topics for improvement concerning nature, content and moment of occurrence during the treatment process, seem to be discriminated sooner and better.

In chapter nine outcome was studied from a professional perspective. In rehabilitation and care for chronic patients specific outcomes are to be used. Usually these are quite different from the outcomes that are used in acute, hospital care.

After a literature search for possible instruments and criteria, a Delphi study was performed to generate a list of criteria on which a choice for a specific instrument could be based. Additional features, apart from the suitability for rehabilitation, were the possibility to apply it on groups, the generic character, the measurement of actual problems and priorities of the patient and aspects of practical use. An inventory was done amongst the staff members to find out what type of instruments were already in use and what development was advocated. It became obvious that staff members preferred a project-based development of program-evaluation using at first generic types of functional health status measures. Using the afore mentioned criteria, the short form SIP (SIP 68) was chosen. This instrument was used to perform outcome measurement on three rehabilitation group programs: whiplash rehabilitation, short-stay and long-stay in-patient pain management. It proved to be feasible to perform outcome measurement. The outcomes served as indicators for the quality of the care because the exact relation between process and outcome is uncertain and as yet no objective norm-values for the effectiveness of this treatment exist. This is a very difficult point in the development of knowledge on outcome measurement in treatment programs for chronic patients. Used as feedback material in quality management, information on outcomes is very valuable provided scientific and professional requirements are fulfilled.

In chapter ten the stage of development of quality management of the institution is determined using the self assessment model of the Dutch Quality Institute which is based on the model of the European Foundation for Quality Management. The Dutch model uses five stages of development of

organisational quality: product-orientation, process-orientation, system orientation, chain orientation and total quality management.

Furthermore a questionnaire based on this model was completed by 78,5 % of the staff. A staff-satisfaction survey (BASAM) was also performed. The selfassessment revealed that the institution was developing from process- to system-oriented. In general the organisation scored one phase above the average for Dutch health care. It was, however, difficult to point specific effects as a consequence of the introduction of the quality system.

The questionnaire led to the conclusion that participation in quality improvement activities led to a significant positive judgement on several organisational aspects and -results. Being informed and functioning on hierarchic higher positions also leads to a more favourable judgement. Staff satisfaction on various organisational and work-related aspects scored significantly higher than a reference population. Again participation in quality improvement activities led to a significant higher satisfaction on many organisational-, culture- and work-related aspects. It was concluded that investments in quality management lead to higher staff satisfaction, indirectly to improved organisational performance and contributes to a participative and flexible organisational culture.

In chapter eleven additional information is provided on aspects of the quality system that were not included in the case-studies; the client council, the training of medical specialists, staff education and various committees are described. The relation with other aspects of organisational development is also described. A cost analysis revealed that between 0,5 % en 1,0 % of the annual budget was spent on the development, introduction and operating of the quality system.

The method of research, using CTA from a players perspective, is evaluated and certain recommendations concerning methodology are formulated. Although research on the added value of management technology proves to be very difficult it is necessary to develop assessment methods for the performance of health institutions. The EFQM-model could serve as a useful starting point though the validity and reliability of intra- and interinstitutional used should be further explored. Only in this way it will be possible to proceed towards the implementation of evidence - based on management technologies.

The value of introducing a quality system is assessed from the perspective of the patient, the staff members and the market position. The patients indicated a high level of satisfaction, though no objective improvement of satisfaction-scores can be proved. Patients expectations may vary over the years, information strategies may be changed leading to more realistic expectations and

mostly different populations are being rehabilitated and case mix control is not feasible. Staff satisfaction improved considerably after participating in quality improvement activities.

The market position was described using the central factors of Pettigrew and Whipp (1991).

Environment analysis has improved considerably in developing market analysis and improving the clients perspective in exit-interviews.

Leading change proved to be essential in the introduction of a quality system. Especially identifying the shared values with professionals has proved to be essential. The judgement of staff members on leadership proved to be significantly higher than in the reference population; moreover participation in quality improvement correlated with higher scores. This leads to the conclusion that adequate leadership is required for the introduction of quality management and successful implementation reinforces leadership.

Linking strategic and operational change has been consistently tried throughout the process of the introduction. This was not a feature of the quality system but can reinforce its impact.

Human resources as assets and liabilities were worked upon through training, organisational learning and communication. Although only 40 % of the staff indicated recent participation in quality activities, active participation led to higher satisfaction levels with various work related aspects. This leads to a positive conclusion concerning the effect of quality management especially on this central factor.

The last central factor was coherence. This proved to be not so much a consequence of, but an important condition for quality management. The last chapter is concluded with recommendations for Het Roessingh, the management of health care institutions, professionals and policy makers.

Introducing a quality system is an expensive affair, consuming up to 1 % of the annual budget. When certain requirements concerning leadership and coherence are being met, additional value can be proved in the fields of increased customer satisfaction, staff satisfaction and the strategic market position.

## LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

ADL	Activiteiten van het Dagelijks Leven
BASAM	Basisvragenlijst Amsterdam
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Onderlinge Toetsing
CARF	Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities
CVA	Cerebro Vascular Accident
EFQM	European Foundation for Quality Management
FONA	Fouten Ongevallen Near Accidents
ICIDH	International Classification of Impairments, Diseases and Handicaps
ISO	International Standardisation Organisation
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
MPI-DV	Multidimensional Pain Inventory (Dutch Version)
MRSA	Multi Resistent Stafylococcus Aureus
NEN	Nederlandse Norm
NKP	Nederlandse Kwaliteits Prijs
NZI	Nederlands Ziekenhuis Instituut
PACE	Project Accreditatie Ziekenhuizen
RAP	Revalidatie Activiteiten Profiel
SAMPC	Somatisch, ADL, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatief
SBH	Stoornis, Beperking, Handicap
SCL	Symptom Check List
SIP	Sickness Impact Profile
SRM	Standardised Response Mean
TQM	Total Quality Management
VRIN	Vereniging van Revalidatie Instellingen in Nederland
VRA	Vereniging van Revalidatie Artsen





## DANKWOORD

"Come, give us a taste of your quality" sprak Hamlet tot enkele toneelspelers die een belangrijke rol in zijn verhaal speelden. Net zoals de acteurs de kwaliteit van een toneelstuk zichtbaar maken, hangt de kwaliteit van een proefschrift niet slechts van de schrijver af. Er zijn velen te noemen die direct of indirect een bijdrage aan dit werk geleverd hebben.

De medewerkers, de medische staf en het management team van Het Roessingh hebben zich altijd positief-kritisch tegenover alle geïnitieerde kwaliteitsactiviteiten opgesteld en mij soms zelfs het succes daarvan als een spiegel voorgehouden.

Hermie Hermens en Gerrit Zilvold hebben een structuur geschapen zonder welke dit werk mij enorm veel meer moeite had gekost. De leden van de Raad van Toezicht hebben misschien wel eens de wenkbrauwen gefronst, maar steeds hun vertrouwen in mij laten merken.

Rene Altena, Merel van den Hurk, Jacqueline Pot, Kitty Streppel en Celine Toussaint hebben wezenlijk bijgedragen aan de uitvoering van de diverse case studies. Hetzelfde geldt voor Herman van Delden, Margot Veldhuizen en Rein Kroes ten aanzien van de realisatie van de projecten in Het Roessingh. Chris Baten heeft de statistische bewerking van de gegevens van hoofdstuk 10 verzorgd en dezelfde Herman van Delden de uniforme lay-out van de figuren. Erwin Seydel was nauw betrokken bij de conceptuele start van projecten als behoeftepeiling en resultaatmeting. Gea Wijffes en Marianne van den Boogaard hebben niet slechts de tekstverwerking verzorgd, maar ook hun ervaring met eerdere proefschriften ingebracht. Ook de andere medewerksters van het directiesecretariaat ben ik dank verschuldigd.

Ton Casparie en Olaf Fisscher hebben met elk zijn eigen invalshoek en soms zeer nauwkeurige kritiek geholpen de kaders te zetten en de juiste details aan te scherpen.

Marianne Donker, Ton van der Grinten, Arie Rip, Niek Klazinga, Henk Stam en Gerrit Zilvold dank ik voor de deelname aan de promotiecommissie.

In december 1993 hoorde ik via Sint Nicolaas dat Greet mijn voornemen om te gaan promoveren niet alleen steunde, maar stimuleerde. Zo nam zij mijn laatste aarzelingen weg. Dat de zwaarte van dat proces ons beiden is tegengevallen, zal niemand verbazen die het achter zich heeft. Greet, Ronald, Christian en Michel, bedankt voor jullie uithoudingsvermogen en het verdragen van mijn (mentale) afwezigheid.

Er zijn vast nog meer mensen die ik wellicht ook bij naam had moeten noemen;  
neem mij dat niet kwalijk, bedankt.

Wim H. van Harten

## CURRICULUM VITAE

Willem Herbert van Harten is op 5 augustus 1954 geboren. Na afsluiting van het Gymnasium B aan het Christelijk Streeklyceum te Ede heeft hij aan de Rijksuniversiteit Groningen medicijnen gestudeerd. Op 6 maart 1979 werd de artsenbul verkregen.

In het Juliana-ziekenhuis te Ede zijn een aantal wisselassistentenschappen vervuld en begin 1981 is de Tropencursus voor artsen gevolgd. Van medio 1981 tot eind 1985 is hij als tropenarts werkzaam geweest in de tropische regenwoudzone van Zuid-West Kameroen. Zijn takenpakket betrof de tropengeneeskunde in de volle breedte, primary health care en nutrition rehabilitation. Tevens was hij medical officer in charge van 1983 tot en met 1985. Na terugkeer in Nederland was hij werkzaam als adviserend geneeskundige en later hoofd medische adviesgroep bij Oostnederland Zorgverzekeraar. Hier was zijn aandachtsgebied ziekenhuiszorg, medisch specialisten en revalidatie. Gedurende deze periode ging zijn wetenschappelijke belangstelling vooral uit naar verschillen in medisch specialistisch handelen en de aanknopingspunten die deze boden voor kwaliteitsbevordering.

In 1990 werd hij geregistreerd als sociaal geneeskundige; tijdens de opleiding werd vooral het accent op beleid en management gelegd. Zo werd de afstudeerscriptie "Externe kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg" als SSG-Cahier gepubliceerd. Vanaf begin 1992 is hij werkzaam als directeur Patiëntenzorg bij het revalidatiecentrum Het Roessingh. Mede vanuit die verantwoordelijkheid heeft hij daarnaast in het researchinstituut Roessingh Research and Development de onderzoekslijn "Kwaliteit van zorg" getrokken. Publicaties van zijn hand richten zich op dit terrein, de kwaliteit van R & D en bijvoorbeeld produktdefiniëring en grensoverschrijdende zorgverlening.

Daarnaast is hij ondermeer bestuurslid van de VRIN, lid van de Raad van Toezicht van de Alarmerings- en Ambulancedienst Oost, lid van de adviesraad van de Onderzoeksschool voor Biomedische Techniek.

Wim van Harten is in 1977 getrouwd met Greet Klok en samen hebben zij drie zonen; Ronald (1979), Christian (1982) en Michel (1984).









