

# Rebel-leren: hoe een rebelse sector tot lerend verantwoord wordt

*Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer\**

## Inleiding

Zoals we zagen tijdens de coronacrisis wordt zorg vaak gedomineerd door het curatieve domein, de ziekenhuizen. De ziekenhuissector wordt vaak als maatstaf voor ontwikkelingen in de gehele zorgsector genomen. Dat dit lang niet altijd terecht is, blijkt uit dit onderzoek, waarin we ons focussen op de langdurende zorg en dan specifiek op de zorg voor mensen met een handicap. Daar is op een constructieve manier gerebelleerd tegen het dominante denken – vanuit een medisch-technisch en reductionistisch paradigma – over kwaliteit van zorg en hoe daar toezicht op te houden.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen schrijft sinds 1996 voor dat zorginstellingen verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit van de geleverde zorg en over het gevoerde kwaliteitsbeleid. Kwaliteit van zorg werd in de jaren daarna vooral vertaald in ‘harde’, kwantitatief meetbare, indicatoren en normen samengebracht in het model Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ-model) (*Zichtbare Zorg 2007-2012*). Deze manier om kwaliteit gelijkvormig te maken en te kunnen meten en vergelijken werd dominant en voor de gehele zorgsector nagestreefd. Waar dit misschien paste bij de zorg in het ziekenhuis, vonden bestuurders in de gehandicaptenzorg deze manier van verantwoorden over kwaliteit van zorg vanaf het begin al beknellend (Stoopendaal, 2008; Van Dalen, 2012). Het streven naar uniformering ging gepaard met een reducering van de meervoudige praktijk van de zorgverlening aan mensen met een handicap, wat leidde tot een gemankeerde representatie van de werkelijkheid (Reinders, 2019). Er was in de sector behoefte aan andere vormen van verantwoording, waarin reflectie op zorg vanuit ervaringsverhalen van cliënten geplaatst werd naast het gebruikelijke ‘weten door meten’ (Van Dalen, 2006; Oldenhof & Bal, 2016: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019; Reinders & Helwig-Nazarowa, 2020). Verschillende andere, meer passende manieren van kwaliteitsbevordering werden ontwikkeld in de sector, uitmondend in de ambitie om, tegen de dominante stroom in, een beter passend kwaliteitskader te maken voor de sector. Dit is ontwikkeld tot het huidige Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (hierna: Kwaliteitskader).<sup>1</sup> De ontwikkeling

\* Dr. Annemiek Stoopendaal is organisatieantropoloog en universitair docent/senior onderzoeker, Erasmus School of Health Policy & Management, sectie Health Care Governance aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Wilma van der Scheer is gezondheidswetenschapper, directeur van het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur en leider van de academische werkplaats zorgbestuur, Erasmus Centrum voor Zorgbestuur aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

van een eigen Kwaliteitskader door de sector zelf is uniek in Nederland en tekent deze sector, die ideologisch gedreven is en een tikje rebels.

In dit artikel laten wij zien hoe deze sector te werk is gegaan in het ombuigen van het idee van verantwoording over kwaliteit van zorg, waardoor in plaats van alleen de medisch-technische kwaliteit van zorg ook andere dimensies van kwaliteit van zorg in beeld kwamen. Daarbij verschoof de nadruk van meten en normeren naar reflectie- en leerprocessen die plaatsvinden op alle niveaus van de sector. De titel van dit artikel is daarom rebel-leren, het tegen de gevestigde orde in zoeken naar mogelijkheden om te leren in plaats van te controleren. We spreken van een rebelse sector omdat deze ontwikkeling niet aan één of enkele actoren toe te wijzen is. Er waren weliswaar voorlopers, invloedrijke persoonlijkheden die anderen tot nadenken stemden, maar uiteindelijk is het dankzij een brede coalitie van partijen mogelijk geworden tot een ander kwaliteitskader te komen.

Anders dan in veel andere studies in deze uitgave beschouwen wij rebellie dus niet als een persoonlijke eigenschap (een rebelse persoonlijkheid), maar als een manier van (samen)werken dat gericht is op het realiseren van blijvende verandering die verder gaat dan de eigen individuele of teampraktijk. De uitkomst van deze vorm van rebellie is een verandering op het niveau van instituties: een verandering in het denken en doen van samenwerkende partijen (Denis, Langley & Cazele, 1996; Ruef & Scott, 1998; Scott e.a., 2000; Kirkpatrick & Ackroyd, 2003; Van der Scheer, Noordgraaf & Meurs, 2011). In institutionele theorievorming wordt dit ook wel omschreven als het vermogen nieuwe gelegitimeerde manieren te vinden die niet breken met bestaande regels en richtlijnen, maar ze wel buigen (Battilana, 2006; Lawrence & Suddaby, 2006; zie Van Bochove, Rusinovic, Koops-Boelaars & Van Hoof in deze uitgave). In veel studies naar *institutional work* gaat de aandacht vooral uit naar het versturende (*disrupting*) en creërende werk (*creating*) van rebellen, terwijl er ook een behoudend element (*maintaining*) is dat gericht is op het verankeren van nieuwe denk- en werkwijzen in nieuwe regels, tradities en omgangsvormen (Lawrence & Suddaby, 2006; Rhodes, 2007). Een paradoxaal proces van verandering én verankering, van strijd én draagvlak genereren (Battilana, 2006; Bevan, 2013; Leca & Naccache, 2006). In dit artikel onderzoeken wij dit proces van institutionele verandering: van de rebellie tegen de geijkte vorm van sturen en verantwoord worden, de creatie van een nieuwe werkwijze en de verankering in nieuwe instituties (regels, tradities en omgangsvormen). Centraal staat de vraag: *Hoe wordt in de gehandicaptenzorg, na het verstoren van de gevestigde manier van kwaliteitsbevordering en -verantwoording en het creëren van een nieuwe manier, deze nieuwe manier geborgd en behouden én hoe gaat de sector om met de spanning tussen vastleggen en vrijlaten, controleren en leren?*

In de volgende paragraaf schetsen wij eerst nauwkeuriger de verandering in het kwaliteitsdenken van een nadruk op meten en normeren naar reflectie- en leerprocessen en werken we het door ons geïntroduceerde begrip rebel-leren nader uit. Daarna beschrijven we hoe in de gehandicaptenzorg de ombuiging in het denken over kwaliteitsbevordering en -verantwoording heeft geleid tot een nieuw Kwaliteitskader gericht op het realiseren van een doorlopend leerproces. Vervolgens on-

Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

derzoeken we in hoeverre deze nieuwe vorm van kwaliteitsbevordering en -verantwoording is geborgd in kwaliteitsrapporten en tot welke spanningen dat leidt in de praktijk.

## Theoretisch kader

In 1998 alweer noteerden Paul van Tongeren en Carla Bal in hun ‘filosofische bijdrage aan de kwaliteitsdiscussie in de gezondheidszorg’ dat de neiging bestaat kwaliteitsverbetering te verwarren met kwaliteitsmeting of -controle. Minstens zo gevaarlijk als de poging om kwaliteit in de greep te krijgen door haar te reduceren tot kwantiteit, zo schrijven zij, is het streven volledig te willen zijn. Alsof het mogelijk is alle mogelijke elementen die bij kwaliteit horen te verzamelen en in een grote exercitie te ‘verrekenen’. Kwaliteit van zorg is wat hen betreft een moreel begrip. Een begrip dat om continue oordeelsvorming vraagt. Kwaliteit bestaat bij het besef dat we niet goed weten wat kwaliteit is. Kwaliteit is er, met andere woorden, bij gebaat dat we ons voortdurend afvragen wat kwaliteit is. Daartoe is reflecteren en leren van belang. (Van Tongeren & Bal, 1998).

Het is dus, ten eerste, belangrijk om kwaliteit van zorg niet te reduceren tot meetbare veilige zorg, maar juist de *meervoudigheid van zorg* en van de kwaliteit van zorgverlening te onderkennen. Ten tweede is het belangrijk om de kwaliteit van zorg te blijven bevragen opdat er een *continu lerend proces* ontstaat.

### *Meervoudigheid van kwaliteit van zorg*

Maar wat betekent meervoudigheid van zorg eigenlijk? Reinders (2019) onderkent in zijn beschouwing over de kwaliteit van zorg een objectieve en een subjectieve dimensie. De objectieve dimensie van kwaliteit van zorg bestaat uit een model van meetbaar gemaakte elementen. Normen voor verantwoorde zorg en de daarop gebaseerde kwaliteitsindicatoren ten aanzien van decubitus of valincidenten zijn hier voorbeelden van. Hoeveel er gevallen wordt en hoe vaak doorligwonden voorkomen, zijn aspecten van zorg die goed te kwantificeren zijn. In de subjectieve dimensie gaat het erom hoe iemand de kwaliteit van zorg zelf ervaart en waardeert. Deze waardering kan ook in meetbare elementen worden omgezet; de ervaringen met zorg zijn daarentegen meestal verhalend, in narratieven, weer te geven.

Aan deze twee dimensies kan een derde dimensie worden toegevoegd: de intersubjectieve dimensie (Van Dalen, 2019; Stoopendaal, 2020). In de intersubjectieve dimensie gaat het om de zorgrelatie, daar waar zorgverlener en cliënt elkaar ontmoeten. De zorgrelatie betreft zowel bejegening als uitvoering, het betreft spreken maar ook handelen. Deze dimensie is het moeilijkst te vangen in cijfers of verhalen. Observaties of video-opnames geven deze dimensie beter weer.

Ondanks dat kwaliteit van zorg als meervoudig of multidimensionaal concept gezien kan worden, zijn we geneigd deze multidimensionaliteit slechts vanuit één enkele dimensie te beschouwen of worden de drie dimensies in een hiërarchische structuur geplaatst; men vindt dan bijvoorbeeld de zorgrelatie, de intersubjectieve dimensie, het belangrijkste. Echter, door hiërarchie aan te brengen worden de ande-

re dimensies onterecht ondergeschikt. Onterecht, omdat een zorgrelatie nog zo goed kan zijn, maar als de verkeerde medicijnen verstrekt worden, kunnen we toch echt niet spreken van goede zorg. Ook kan de zorgrelatie de subjectieve beleving van kwaliteit van zorg soms in de weg zitten; goede zorg betekent soms namelijk ook ingrijpen tegen de wens van de cliënt in (denk aan verslavingszorg), waarbij de relatie op de proef gesteld wordt. Kortom, kwaliteit van zorg bestaat altijd uit drie dimensies die per specifieke situatie door zorgverleners met elkaar in balans worden gebracht. Deze drie dimensies zijn denk-instrumenten die helpen om het verantwoording afleggen over de zorgverlening beter te laten aansluiten bij de meer-voudige praktijk van zorg verlenen.

#### *Lerend verantwoord worden over kwaliteit van zorg*

Verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg is in een slecht daglicht komen te staan omdat er door de nadruk op de objectieve dimensie meet- en regellast is ontstaan (Van de Bovenkamp e.a., 2020). Door de nadruk op standaardisatie, verantwoording en controle raakte kwaliteit losgekoppeld van professionaliteit (Weggelaar, Van de Bovenkamp & Bal, 2016). Kwaliteit werd vooral iets van kwaliteitsafdelingen van zorginstellingen en van externe toezichthouders. Deze wijze van verantwoord worden sluit volgens Weggelaar e.a. onvoldoende aan bij de dagelijkse praktijk, demotiveert professionals en draagt niet bij aan leren van kwaliteit.

In haar rapport *Blijk van vertrouwen* zoekt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2019) naar een vruchtbaarder manier van verantwoord worden die meer is gericht op leren en reflecteren. Een professional verdient autonomie door zich toetsbaar op te stellen. Waarbij degene die toetst ontevreden mag zijn met de antwoorden van zorgprofessionals en nieuwe vragen kan stellen om de kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen. Op deze wijze geeft het verantwoord worden over de kwaliteit van zorg niet een statisch beeld van de kwaliteit van zorg, maar is het doel van verantwoord worden te komen tot een betere kwaliteit van zorg. Die betere kwaliteit van zorg ontstaat in een dynamisch proces, waarbij de zorgprofessional reflecteert op en zich verantwoordt over zijn eigen handelen, in gesprek met collega's en in gesprek met de patiënt en toezichthouders. Dit past bij het idee dat kwaliteit van zorg situationeel is en steeds weer bevraagd moet worden, en dat verantwoord worden gaat over het laten zien wat er geleerd wordt. Precies zoals Van Tongeren en Bal (1998) bepleitten.

De veronderstelling is dat als zorgaanbieders het leren over kwaliteit van zorg op deze manier stimuleren en monitoren, het publieke toezicht op de naleving beperkt kan worden tot toezicht op (de werking van) het eigen lerende 'systeem' om kwaliteit en veiligheid te borgen en steeds verder te verbeteren (Stoopendaal, De Bree & Robben, 2016). Het inzichtelijk maken van het eigen lerende systeem van zorgorganisaties kan bijdragen aan een cultuur van 'lerend verantwoord worden'. Zou je dit leerproces willen kwantificeren (meten), dan verlies je de kern. Leren wordt dan presteren. Bij presteren staan de resultaten centraal, terwijl bij leren het proces centraal staat: de manier waarop professionals groeien in hun vakmanschap, organisaties zich ontwikkelen en samen met cliënten en medewerkers de zorg blijven verbeteren.

Annemiek Stoopendaal &amp; Wilma van der Scheer

*Rebel-leren*

De bedoeling van lerend verantwoord is dat op alle lagen van de sector geleerd wordt, dat zowel professioneel leren, organisatieleren als sectorleren samen op kunnen gaan en dat het lerend vermogen de kern vormt van de verantwoording. Deze ‘reflectieve’ wending in het denken over kwaliteit heeft langzaam meer navolging gekregen in de zorg. Waar rapporten als *To err is human* (Institute of Medicine, 2000) van begin deze eeuw gericht waren op het leren van fouten, zien we nu een trend die gericht is op het leren van wat er goed gaat: een ontwikkeling in het kwaliteitsdenken die ‘Safety-II’ genoemd wordt (Hollnagel, 2014). Leren van wat er goed gaat draagt bij aan meer prospectieve en innovatieve verbeteringen. Wanneer professionals hun eigen werk, ook zonder dat er een incident is geweest, kritisch en reflectief kunnen beschouwen, ontstaat innovatie van binnenuit. In lijn met de ‘Safety-II’-benadering is het belangrijk te begrijpen waarom rebellen rebel-leren. Rebellen kleuren buiten de lijntjes en organiseren hun werk anders als ze denken dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt, zo lieten Wallenburg, Weggeleer en Bal zien (2019). Vanuit dit perspectief kunnen we rebellen zien als tegendraads, maar vanuit constructieve drijfveren, de tegendraadsheid is gericht op verbetering (Gino, 2019). Wanneer de tegendraadse aanpak breder gedeeld wordt en opnieuw ingebed wordt in bestaande praktijken, spreken we van institutionele verandering: de nieuwe werk- en zienswijzen zijn opnieuw verankerd. In dit geval betekent dat het blijven combineren van verschillende benaderingen van kwaliteit en het blijven leren en reflecteren hierop. We spreken van rebel-leren omdat het hier gaat om het rebelse proces van telkens opnieuw zoeken, experimenteren en leren over hoe de zorg ook, anders en beter kan.

**Methode**

Wij hebben de totstandkoming van het Kwaliteitskader en de werking ervan kunnen onderzoeken door twee achtereenvolgende opdrachten vanuit de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). De doelstelling was beide keren om het leren en reflecteren in de sector inzichtelijk te maken en te stimuleren. In 2018 hebben wij een analyse gemaakt van de kwaliteitsrapporten die aanbieders dat jaar voor het eerst hadden geschreven aan de hand van het nieuwe Kwaliteitskader. In 2019 is het onderzoek gebaseerd op gesprekken met betrokkenen vanuit alle lagen van de sector om van hun ervaringen met het werken aan en verantwoorden over kwaliteit van zorg te kunnen leren. Wij schreven onze bevindingen neer in twee rapporten: het *Sectorbeeld* (2018) en het *Spiegelbeeld* (2020).

Voorafgaand aan het eerste onderzoek verdiepten wij ons in het ontstaan van het Kwaliteitskader. Wij reconstrueerden de totstandkoming van het nieuwe Kwaliteitskader aan de hand van interviews met de initiatiefnemers (bestuurders in de gehandicaptenzorg, medewerkers van de VGN en de voorzitter van de Stuurgroep Kwaliteitskader), documenten en verslagen. Hierdoor is het mogelijk een beschrijving te geven van hoe in de gehandicaptenzorg de ombuiging in het denken over kwaliteitsbevordering en -verantwoording heeft geleid tot een nieuw Kwaliteitskader gericht op het realiseren van een doorlopend leerproces.

In het onderzoek naar de kwaliteitsrapporten hebben wij in totaal 41 (van de 182) kwaliteitsrapporten van zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg geanalyseerd. We hebben voor de selectie van deze rapporten gelet op diversiteit in omvang van de organisaties, doelgroepen en regio's. We analyseerden de rapporten op hoe organisaties invulling geven aan het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022. Op grond van de analyse van de rapporten kregen wij een indruk van hoe deze nieuwe vorm van kwaliteitsbevordering en -verantwoording werkt in de praktijk van zorgorganisaties en in hoeverre het tot nieuwe werkprocessen heeft geleid waarmee leren en reflecteren worden gestimuleerd.

In het onderzoek naar de verschillende perspectieven op het kwaliteitskader betrokken we cliënten/cliëntvertegenwoordigers, medewerkers, kwaliteitsfunctionarissen, bestuurders en toezichthouders, alsook externe stakeholders (vertegenwoordigers van de zorgkantoren en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)). Tijdens deze bijeenkomsten gingen zij gedurende een dagdeel met elkaar in dialoog over hun ervaringen met het nieuwe Kwaliteitskader en de eventuele dilemma's die zij daarbij ervaren. We hebben alle focusgroepsleden van tevoren gevraagd dilemma's en vragen aan te leveren.

Het doel van de gesprekken was niet tot consensus te komen, we zochten juist naar verschillende inzichten. De gespreksleider (een van de onderzoekers) bewaakte dat het een gelijkwaardig gesprek werd, waarbij geen van de aanwezigen kon domineren. Van het gesprek is een audio-opname gemaakt. Deze audio-opnames zijn niet letterlijk uitgewerkt, maar maakten het mogelijk, samen met de observaties, een rijke beschrijving te maken van de discussie en de reflecties. Deze beschrijvingen zijn vervolgens voor dit artikel geanalyseerd om inzicht te kunnen geven in de verschillen in ervaringen tussen betrokkenen en de (in)spanningen die gepaard gaan met het 'lerend verantwoord' volgens het nieuwe Kwaliteitskader.

## Bevindingen

### *Naar een nieuwe manier van verantwoord worden*

'Juist de manier van denken van HKZ heeft in de gehandicaptenzorg altijd tot weerstand geleid. Het is een papieren tijger, je systeem en de verslaglegging kan op orde zijn terwijl de zorg belabberd is.' (bron: interview zorgbestuurder)

Bovenstaande uitspraak illustreert een algemene onvrede in de sector, die rond 2012 ontstaat over de dan gangbare manier van kwaliteitsbeoordeling aan de hand van het HKZ-model. De veiligheids- en kwaliteitsnormen brengen een hoge bureaucratische belasting met zich mee voor organisaties in de gehandicaptenzorg. Onvrede ontstond vooral door de smalle focus op de te objectiveren, medisch-technische dimensie van kwaliteit van zorg, zo blijkt uit de interviews. De bredere inhoud van zorg, de ervaringen van cliënten en de zorgrelatie kregen, naar de idee van zorgbestuurders en professionals, te weinig aandacht. De eendimensionale



Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

manier van kijken naar de kwaliteit van zorg werd als weinig stimulerend en helpend ervaren bij de verbetering van zorg.

‘Kwaliteitssystemen op basis van generieke indicatoren maken je een beetje lui. Je vult ze in en ze zeggen wel iets, maar ze dagen je niet uit te kijken naar de inhoud en de relatie met de cliënt.’ (bron: interview lid wetenschappelijke adviesraad VGN)

Een bestuurder van een gehandicaptenzorgorganisatie opperde het idee om HKZ te laten vallen en een nieuw kwaliteitssysteem voor de hele sector op te zetten op basis van enkele bouwstenen en met ruimte voor narratieven. De VGN besluit in 2012 deze handdoek op te pakken en het initiatief te nemen tot vernieuwing van het Landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De bedoeling was geen strakke standaard aan te geven, maar ruimte toe te laten om verantwoording passend te maken op de specifieke organisatie. Voor de opzet van dit nieuwe Kwaliteitskader heeft de VGN vanaf het begin nauw samengewerkt met alle betrokken partijen in het veld. Betrokken waren: Ieder(in), Landelijk Steunpunt Medezeggenschap, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Zorgverzekeraars Nederland en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In de rol van toehoorder waren betrokken: Zorginstituut Nederland en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Deze partijen zijn – onder leiding van een onafhankelijke voorzitter – verenigd in de Stuurgroep Kwaliteitskader, die een belangrijke rol heeft gespeeld in de ontwikkeling van het uiteindelijke Kwaliteitskader.

‘Ten eerste wilden we in de gehandicaptenzorg een gezamenlijk gedragen kwaliteitskader. Geen ruzie tussen alle partijen, maar een gezamenlijk verhaal over hoe kijken we naar kwaliteit, hoe willen we dat organisaties transparant zijn, en hoe werken zij aan kwaliteit?’ (bron: interview voormalig beleidsmedewerker VGN)

De contouren van het vernieuwde Kwaliteitskader worden vastgesteld in de loop van 2015. In een relatief korte periode neemt de stuurgroep de leden van de VGN mee in een uitwerking op hoofdlijnen van het vernieuwde Kwaliteitskader.

Het nieuwe kwaliteitskader kent vier bouwstenen:

- 1 zorgproces rond de individuele cliënt (zorgaanbieders gaan in gesprek met iedere cliënt en geven de uitkomsten een plek in het ondersteuningsplan);
- 2 onderzoek naar cliëntervaringen (alle cliënten wordt gevraagd naar hun ervaringen en zorgaanbieders gebruiken die ervaringen om zich op alle niveaus te verbeteren);
- 3 zelfreflectie in teams (teams doen aan systematische zelfreflectie en formuleren ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering);
- 4 kwaliteitsrapport en externe visitatie (zorgaanbieders stellen een kwaliteitsrapport op en laten externe deskundigen reflecteren).

De nieuwe opzet wordt uitgetoetst door 24 zorgaanbieders. Deze 24 ‘proeftuinen’ hadden tot doel de bouwstenen nader in te vullen en draagvlak en bekendheid te genereren binnen de sector. De vier bouwstenen bleken na het eerste jaar nog niet genoeg houvast te bieden, daarom identificeerden de deelnemers aan de proeftuinen samen met de stuurgroepleden nog zeven thema’s die naar voren zouden moeten komen in de kwaliteitsrapporten.

#### **Thema’s**

- 1 kwaliteit van het zorgproces rondom de individuele cliënt;
- 2 eigen regie cliënten;
- 3 ervaringen van cliënten (gebruik Cliëntervaringsinstrumenten Waaier 2017-2019<sup>2</sup>);
- 4 samenspel in zorg en ondersteuning;
- 5 borging van veiligheid in zorg en ondersteuning;
- 6 betrokken en vakbekwame medewerkers;
- 7 geprioriteerde verbeteringen met een overzicht van de keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering.

De proeftuinen zijn daarna, in 2016, in opdracht van het ministerie van VWS geëvalueerd (Poortvliet & Lameris, 2016). Ook de IGJ heeft de kwaliteitsrapporten van de 24 proeftuinen bestudeerd en de bevindingen vastgelegd in het rapport *Vertellen telt*:

‘De IGJ omarmt deze koers en volgt de ontwikkelingen op de voet. Ze ziet kansen voor verdere verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.’ (IGJ, 2018, p. 4)

Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 is uiteindelijk door drie partijen (aanbieders/VGN, zorgkantoren/Zorgverzekeraars Nederland en cliëntenorganisaties) gezamenlijk ingediend in het Kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland, waarmee vanaf 1 juni 2017 het nieuw ontwikkelde Kwaliteitskader als veldnorm voor de gehandicaptenzorg geldt. Ingaande 2018 stellen alle zorgorganisaties in de sector hun kwaliteitsrapporten op aan de hand van het nieuwe Kwaliteitskader.

Anno 2020 is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg onderliggend aan het toetsingskader en bezoekinstrument van het toezicht door de IGJ. De rapporten worden beoordeeld en vormen samen met informatie uit andere bronnen sturingsinformatie voor de inspecteurs. Als er op grond van de informatie besloten wordt een bezoek te brengen aan een aanbieder, gebruiken de inspecteurs het betreffende kwaliteitsrapport om te zien en te horen wat er in de praktijk van terug te vinden is.

De totstandkoming van het Kwaliteitskader laat zien dat het doel van de VGN van meet af aan was een verandering op het niveau van instituties te bewerkstelligen:



Annemiek Stoopendaal &amp; Wilma van der Scheer

in de regels (de normstelling en toetsing), in het denken over kwaliteit en het gedrag in de praktijk. Zij deden dit niet alleen door zich te keren tegen bestaande kaders, maar door deze kaders juist goed te kennen en te gebruiken. Zij hebben partijen meegenomen in de moeilijkheden die de sector heeft met de in hun ogen beperkende kaders om, vervolgens, in gezamenlijkheid alternatieve aanpakken te verkennen. Alle relevante partijen werden uitgenodigd mee te denken over het kader, waarbij ruimte was voor afwijkende posities (zoals van Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS). Door een onafhankelijke voorzitter te benoemen en door het uitvoeren van onafhankelijk onderzoek werd voorkomen dat het Kwaliteitskader te veel als iets van één enkele partij werd gezien. De aanpak van het experimenteren in de proeftuinen bood ruimte aan zorgaanbieders om het kader mee in te richten en dat kwam het draagvlak onder zorgaanbieders ten goede. De initiatiefnemers van het eerste uur waren de aanzetters tot een radicaal andere manier van verantwoorden over kwaliteit. Zij rebelleerden op een gepaste en doordachte manier tegen de overheersende en de door hen als beknellend ervaren manier van denken over kwaliteit, waardoor borging in nieuwe regels mogelijk was: het Kwaliteitskader werd zelf de veldnorm en wordt sindsdien gehanteerd door zorgorganisaties in hun sturing op en verantwoording over kwaliteit van zorg, en door de IGJ en zorgkantoren in hun beoordeling van de kwaliteit van zorg.

Het Kwaliteitskader omarmt de meerdimensionale benadering van kwaliteit van zorg. De eerste bouwsteen kunnen we namelijk zien als een beschrijving van de objectief meetbare kwaliteit van zorg, de tweede bouwsteen adresseert de subjectieve dimensie – wat vindt de cliënt ervan? De intersubjectieve dimensie blijkt vooral uit de thema's 'ruimte voor eigen regie' en 'samen spel in zorg en ondersteuning'. De derde en vierde bouwsteen – zelfreflectie in teams, het opstellen van een kwaliteitsrapport en het uitvoeren van een externe visitatie – zijn bedoeld om een continu leerproces te realiseren, zowel op het niveau van de professionele teams als op organisatieniveau door vreemde ogen te laten meekijken naar het kwaliteitssysteem van de organisatie en het te toetsen op de daadwerkelijke werking van dit kwaliteitssysteem. Thema 7 – geprioriteerde verbetering met een overzicht van de keuzes die het bestuur maakt ten aanzien van kwaliteitsverbetering – is gericht op het expliciet maken van het leerproces.

#### *The proof is in the pudding: naar nieuwe werkpraktijken*

Zoals gezegd, schreven zorgorganisaties in 2018 voor de eerste keer een kwaliteitsrapport conform het nieuwe Kwaliteitskader. Wij analyseerden deze eerste kwaliteitsrapporten vanuit de vraag wat het kwaliteitskader voor de praktijk van de zorgverlening betekent. Is er aandacht voor zowel de objectieve als de subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit? Wat levert dat op? Hoe wordt het leren en reflecteren in organisaties gestimuleerd?

In de kwaliteitsrapporten over dat eerste jaar zagen wij aandacht voor zowel de objectieve dimensie van kwaliteit – 'tellen' (cijfermatige verantwoording) – als de subjectieve dimensie van kwaliteit – 'vertellen' (narratieve verantwoording). Klachten, gemaakte fouten, (bijna) incidenten, toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen worden gerapporteerd. Risico's voor de veiligheid van medewerkers en indi-

viduele patiënten worden in kaart gebracht en geanalyseerd, en soms wordt ook het aantal teamreflecties geregistreerd. Deze objectieve dimensie, hoe de organisaties voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg, is in alle rapporten opgenomen, voornamelijk op een kwantitatieve – tellende – wijze. De metingen geven de organisaties input om te verbeteren. In het verslag is te lezen hoe de organisatie de verbeterplannen oppakt en de voortgang controleert.

In de cliëntervaringsonderzoeken staat de subjectieve dimensie centraal. Veelgebruikte instrumenten zijn DVIE ('Dit vind ik ervan') of 'Ik toon', aanpakken die gebruikt worden om de ervaringen van cliënten te achterhalen en te gebruiken voor het ontwikkelen van passende zorg. Bij deze methodes gaat een hiertoe getrainde begeleider in gesprek met zijn of haar cliënt. Dit gebeurt op een manier die bij de cliënt past. In de kwaliteitsrapporten is terug te lezen wanneer het laatste cliëntervaringsonderzoek is uitgevoerd, wat de respons was en wat de uitkomsten waren. De ervaringen van cliënten zijn vaak in enkele pakkende verhalen – vertellend – weergegeven.

Cliënten wensen zeggenschap over hun eigen leven. Zeggenschap vormt de basis voor de zorgrelatie, de intersubjectieve dimensie van zorg. Medewerkers, zo staat in veel kwaliteitsrapporten, zoeken in hun dagelijks werk continu naar wat cliënten gelukkig maakt en hoe zij de kwaliteit van hun leven kunnen verhogen. Hoewel medewerkers niet alles kunnen regelen wat cliënten zouden willen, proberen zij de wensen zo dicht mogelijk te benaderen, in overleg met de cliënt en diens familie.

'Zeggenschap gaat vaak over kleine dagelijkse dingen. Zo wilde een cliënt met een dieet graag dat zijn diëtist deelnam aan zijn goed-levengesprek. Hij wilde weten of hij één keer per week een roze koek mocht. De diëtist heeft samen met hem geschoven in het dieet en de wekelijkse roze koek hierin opgenomen.'  
(bron: kwaliteitsrapport zorgorganisatie IB)

Dit voorbeeld geeft goed weer hoe bepalend de zorgrelatie is voor de ervaren kwaliteit van leven in de gehandicaptenzorg. Een goede relatie tussen cliënten en medewerkers is een essentiële dimensie in de gehandicaptenzorg. Cliënten voelen zich gezien en gewaardeerd als er een goede en persoonlijke band is met zorgverleners. Als medewerkers cliënten goed kennen, kunnen zij signalen van onrust vroegtijdig herkennen en een situatie tijdig bijsturen. Dit biedt cliënten veiligheid en comfort, ze durven meer of zijn beter aanspreekbaar. Als het lukt in nauw overleg tussen cliënt en begeleider een ondersteuningsplan op te stellen, kan dat voor cliënten heel betekenisvol zijn.

Een cliënt legt uit dat het woord luisteren een andere betekenis heeft gekregen door de dialoog: 'Voorheen zei een begeleider: "luister naar wat ik zeg", en dat betekende vooral "doe wat ik zeg". Nu is het meer echt luisteren naar wat de cliënt wil en met elkaar in overleg gaan om er samen iets moois van te maken. Het helpt mij dat mijn ondersteuningsplan nu in de ik-vorm wordt geschreven. Dat geeft mij het gevoel dat ik word gezien als mens, dat ik gelijkwaardig ben.'  
(bron: kwaliteitsrapport zorgorganisatie S)

Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

Deze intersubjectieve dimensie van zorg veronderstelt wederkerigheid. Bijzondere voorbeelden hiervan zijn: medewerkers die cliënten vragen om feedback of advies, teamreflecties of multidisciplinair overleg samen met cliënten, cliënten die de agenda van medewerkers (mee) mogen bepalen, cliënten die meedoen aan sollicitatiegesprekken. Er worden ook cursussen ontwikkeld voor cliënten en leerlijnen om zich desgewenst te bekwamen in het samenspel.

Door de diverse vormen van verslaglegging – met aandacht voor de objectieve, subjectieve en intersubjectieve dimensie van kwaliteit – geven de kwaliteitsrapporten een geschakeerd, meervoudig beeld van het leven en werken in deze organisaties. Aandacht voor de verschillende dimensies geeft een beeld van de zorg dat dichterbij de praktijk van de zorg ligt dan een meer eendimensionale focus op kwaliteit van zorg. De beschrijvingen in de kwaliteitsrapporten laten zien dat de objectieve dimensie van kwaliteit vooral geschikt is om te constateren of aan minimale normen van verantwoorde zorg wordt voldaan. De subjectieve en de intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg hangen in de gehandicaptenzorg nauw met elkaar samen. Niet zelden hebben cliënten zorgverleners nodig om hun wensen te kunnen articuleren.

Georganiseerde teamreflecties is een van de manieren waarop het leren in organisaties wordt gestimuleerd. In de rapporten is te lezen hoe de teamreflecties plaatsvinden, gestimuleerd en/of begeleid worden. Vaak wordt ook vermeld hoe ze verlopen en wat het oplevert. Sommige zorgaanbieders weten de verbeterpunten aan de reflecties en cliëntervaringen te koppelen en helder te formuleren hoe deze opgevolgd en gemonitord gaan worden. Het kwaliteitsrapport geeft dan zicht op drie vragen: wat gaat goed, wat kan beter en hoe gaan we het aanpakken? De eerste twee vragen worden door de meeste organisaties beantwoord, de laatste vraag niet altijd. Sommige organisaties leggen niet alleen in het kwaliteitsrapport vast wie verantwoordelijk is, maar ook wanneer het actiepoint moet zijn uitgevoerd. Andere beschrijven vooral het systeem waarmee zij volgen of de gewenste verbeteringen daadwerkelijk tot stand komen. In enkele organisaties worden de thema's uit de teamreflecties ook gebruikt als basis voor reflectieve gesprekken over de kwaliteit van zorg in andere geledingen en lagen van de organisatie, waardoor organisatiebreed leren mogelijk wordt. Soms werden er ook targets gesteld aan de teamreflecties. In het kwaliteitsrapport lazen we dan hoeveel teams er gereflecteerd hebben en of dat voldeed aan de door de directie gestelde norm.

Het merendeel van de rapporten die wij lazen bevat een reactie vanuit medezeggenschapsorganen en de raad van toezicht op het conceptrapport. Ondernemingsraden en raden van cliënten en/of verwanten vragen in hun reacties vaak aandacht voor eigen speerpunten. Zij merken bijvoorbeeld op dat het rapport – naar hun smaak – te rooskleurig is of onevenwichtig: de ene doelgroep komt bijvoorbeeld meer aan bod dan een andere. Bestuurders reageren vaak weer op deze reflecties en geven in het rapport aan wat zij met de reacties doen. De reacties helpen hen bijvoorbeeld prioriteiten te stellen voor het volgende jaar.

Ook de externe visitatie die in het Kwaliteitskader als vierde bouwsteen is geïntroduceerd, is bedoeld om verbeterpunten op te leveren en te doen leren. Niet alle

organisaties zijn in 2018 toegekomen aan het organiseren van een externe visitatie. Dit is niet per se afwijkend van het Kwaliteitskader, want daarin wordt gestuurd op een externe visitatie eens in de twee jaar. De externe visitatie kan naar eigen keuze ingevuld worden. Soms zijn collega-instellingen uitgenodigd, soms experts uit andere sectoren of externe stakeholders. Sommige organisaties laten in het rapport ook externe stakeholders aan het woord, zoals de zorginkoper. Zorgkantoren kunnen de kwaliteitsrapporten als basis voor een gesprek over de kwaliteit van zorg van een organisatie gebruiken.

‘Een bestuurder vertelt dat het zorgkantoor hem uitnodigde voor een gesprek van een paar uur over het kwaliteitsrapport. Vertegenwoordigers van cliënten en familie waren erbij. Hij wist tevoren niet goed wat te verwachten; het rapport was het enige agendapunt. Het werd een diepgaand gesprek met veel aandacht voor de dilemma’s in de zorgverlening en hoe de organisatie daarmee omging. Ook het lerend vermogen zelf werd besproken. Alle aanwezigen ervoeren het gesprek als verrijkend.’ (bron: verslag van bespreking met de klankbordgroep)

Doordat het rapport vanuit meerdere dimensies is beschreven, worden deze gesprekken met externe stakeholders rijker, passender en kunnen mogelijke verbeterpunten specifiek naar voren komen, wat het leren en verbeteren, niet alleen van de zorgorganisatie maar ook van het zorgkantoor, stimuleert.

Het Kwaliteitskader stimuleert op verschillende manieren het leren en reflecteren in organisaties. Door teamreflecties, door de vraag om een twejaarlijkse externe visitatie en door de wijze van rapporteren, waarbij aandacht wordt gevraagd voor wat goed gaat en wat beter kan en waarbij expliciet om feedback wordt gevraagd van de ondernemingsraad, cliëntenraad en raad van toezicht en een reactie van de bestuurder daarop. De ruimte die het kader laat voor een eigen invulling en aanpak leidt tot kleurrijke rapporten met eigen accenten passend bij de visie van het bestuur, de lokale cultuur en omstandigheden. Het maakt ook zichtbaar dat leren en reflecteren nog niet voor alle organisaties vanzelfsprekend is. Ook een op reflectie gericht Kwaliteitskader kan instrumenteel gebruikt worden, zoals wanneer er een target wordt verbonden aan het aantal teamreflecties.

#### *Lerend verantwoord worden: persistente dilemma’s*

Om zicht te krijgen op hoe het werken met het Kwaliteitskader in de praktijk leidt tot professioneel, organisatie- en sectorleren organiseerden wij twee focusgroepen waarbij betrokkenen uit alle lagen van de sector met elkaar in gesprek gingen over hun ervaringen met het nieuwe Kwaliteitskader. De focusgroepgesprekken gaven zicht op een aantal persistente dilemma’s.

- *Spanning tussen opvattingen over kwaliteit van zorg*

Cliënten, hun vertegenwoordigers en verwanten gaven duidelijk aan dat zij, ondanks alle pogingen vanuit het kwaliteitskader om cliëntervaringen te achterhalen, toch nog te weinig gehoord worden. Hun mening over de zorg en ondersteuning wordt weliswaar achterhaald, maar nog te weinig serieus genomen naar hun ge-

Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

voel. De aanwezige cliënten(vertegenwoordigers) en verwanten hebben tijdens de conferenties aangegeven dat zij met begeleiders meer het gesprek willen voeren over de zorg en ondersteuning. Aanwezige zorgmedewerkers gaven aan graag meer vertrouwen van het management te krijgen om zelf noodzakelijke verbeteringen door te kunnen voeren, mede op basis van wat cliënten aangeven. Dat leidt soms tot dilemma's, bleek uit de gesprekken. Professionele opvattingen van zorgmedewerkers kunnen botsen met die van cliënten (denk aan het voorbeeld met de roze koek). Maar ook teamleiders en managers kunnen een verschillend beeld hebben van wat goede kwaliteit van zorg is. Wat kwaliteit van zorg is kent per definitie meerdere antwoorden en is voor cliënten ook altijd persoonlijk. Het is belangrijk dat cliënten, verwanten en zorgmedewerkers met elkaar over deze verschillen spreken en dat de verschillen erkend worden. Cliënten geven aan goed te begrijpen dat niet alles kan. Zij waarderen duidelijke communicatie over wat wel en niet kan en waarom. Dat gesprek moet ook plaatsvinden met teamleiders of managers, opdat de beargumenteerde keuzes in de voorliggende dilemma's kunnen worden verantwoord.

- *Spanning tussen tijd en kwaliteit*

De aanwezige cliënten(vertegenwoordigers) en verwanten hebben tijdens de conferenties aangegeven dat zij met begeleiders meer het gesprek willen voeren over de zorg en ondersteuning, maar zij willen niet per se lastiggevallen worden met verbeterdoelen van de hele organisatie. Reflecteren en leren mag, vindt deze groep, niet ten koste gaan van (de tijd voor) cliënten. Zorgmedewerkers zien ook een dilemma aangaande tijd en kwaliteit. Zij hebben tijd nodig om goede zorg te leveren, maar hebben ook ruimte nodig om te leren. Een duidelijk spanningsveld komt hier naar voren: cliënten en zorgmedewerkers strijden om schaarse tijd. Dit dilemma vergt meer dialoog teneinde te komen tot een vorm van gezamenlijk en gelijktijdig leren. Een gezamenlijke reflectie op het kwaliteitsrapport kan hier een startpunt voor zijn, zo bleek tijdens de focusgroepen.

- *Spanning tussen beleid en praktijk*

Het Kwaliteitskader beoogd zorgorganisaties vrijheid te geven in de manier waarop zij zich willen verantwoorden. Toch zien we dat ook dit nieuwe kader in de praktijk als dwingend kan worden ervaren. Als de manier van spreken over en toepassing van het Kwaliteitskader door 'de top' van de organisatie instrumenteel is, komt ook dit Kwaliteitskader al snel in een slecht daglicht te staan. Wanneer bijvoorbeeld teamreflecties in een organisatie zijn geïntroduceerd, maar in het kwaliteitsrapport alleen maar wordt weergegeven hoeveel teams er gereflecteerd hebben, dreigt teamreflectie tot een inhoudsloos 'vinkje' te verworden. Het reflecteren vanuit alle partijen op het kwaliteitsrapport helpt om ontkoppelingen tussen geschreven beleid en uitvoering in de praktijk van zorg te kunnen onderkennen.

- *Spanning in de waardering van de drie domeinen van kwaliteit van zorg*

Uit de focusgroepen komt naar voren dat het belangrijk is de intersubjectieve dimensie van kwaliteit van zorg nog verder te ontwikkelen. Het doel van het Kwaliteitskader wordt behaald wanneer het leven van cliënten dankzij de zorg en onder-

steuning die zij ontvangen zo prettig mogelijk is. Aandacht voor de subjectieve kant van kwaliteit mag dan breed gerealiseerd worden, maar dat garandeert nog niet dat cliënten en hun naasten zich voldoende gehoord voelen. Cliënten geven aan de kwaliteit van zorg goed te vinden wanneer zij gezien en gehoord worden, de zorg in goed overleg met henzelf tot stand komt en die zorg persoonlijk en passend is. Voor hen weegt de intersubjectieve dimensie van kwaliteit zwaar, en deze dimensie zou in het Kwaliteitskader nog beter kunnen worden uitgewerkt. Het Kwaliteitskader is een poging om de meervoudigheid van kwaliteit van zorg en ondersteuning inzichtelijk te maken en op de verschillende dimensies tot mogelijke verbeteringen te komen, maar het is geen garantie op goede zorg.

- *Spanning tussen oude en nieuwe rebellen*

Hoewel de stemmen van de verschillende partijen (cliënten, verwanten, zorgverleners, bestuurders, toezichthouders) door het nieuwe Kwaliteitskader naar voren gebracht worden in de kwaliteitsrapportages, kan nog meer nadruk gelegd worden op het werkelijk in gesprek gaan en luisteren naar elkaar. Juist als bepaalde stemmen ervaren worden als ‘anders’ of ‘rebels’, verdienen zij het gehoord te worden. De stem van cliënten en verwanten is zo’n ‘andere’ stem. Zij geven aan dat een nieuw Kwaliteitskader en een mooi kwaliteitsrapport niet vanzelf betekenen dat zij beter gehoord en begrepen worden. Medewerkers, managers en bestuurders mogen denken dat zij goed in gesprek zijn met cliënten en verwanten, volgens cliënten en verwanten zelf kan het nog beter. Kwaliteit van zorg verbeteren is een continu proces dat gebaat is bij de kritische stem van nieuwe rebellen. De rebelse bestuurders van weleer en bestuurders van nu moeten oog blijven houden voor andere inzichten. Cliënten en verwanten in de focusgroepen hadden de moed hun rebelse stem te laten horen. In de voortdurende zoektocht naar wat kwaliteit van zorg is, verdienen zij een grotere inbreng.

- *De gelaagdheid van leren*

Deelnemers aan de focusgroepen vonden het leerzaam en verrijkend om hun ervaringen met elkaar te delen, om hun gesprekspartners te bevragen op hun specifieke rol en om zich in te leven in de door hen ervaren dilemma’s. Voor het beantwoorden van de vraag ‘wat doet het Kwaliteitskader nu voor het leren?’ konden we op basis van dit deelonderzoek concluderen dat het Kwaliteitskader voor verschillende betrokkenen en op verschillende niveaus een andere betekenis en nut kan hebben. De betekenis en het nut kunnen zelfs van moment tot moment verschillen. Wat kwaliteit is, is altijd afhankelijk van de situatie, van de personen die betrokken zijn, van tijd en plaats. Door het delen van ervaringen tussen medewerkers en teams, door de kritisch-stimulerende rol van cliënten, familie/verwanten, door de inzet van kwaliteitsmedewerkers die verbeteringen initiëren en verspreiden over afdelingen en organisatorische lagen heen, en door de kritische blik van externe deskundigen (visitaties) kan individueel leren organisatieleren worden. Door het delen van ervaringen met interne én externe betrokkenen kan organisatieleren sectorleren worden. Het gesprek in de focusgroepen liet zien op welke specifieke manier betrokkenen een rol hebben in de totstandkoming van kwalitatief goede zorg, en dat zij veel van elkaar kunnen leren. Medewerkers van zorgkantoren ko-



Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

men bijvoorbeeld bij veel verschillende organisaties over de vloer en lezen veel kwaliteitsrapporten. Zij kunnen goede praktijken die zij tegenkomen doorgeven, waarmee zij belangrijk zijn voor het leren in de sector. De IGJ ziet toe op de kwaliteit van zorg en controleert of die voldoet aan de veldnormen. Het Kwaliteitskader wordt door de IGJ gezien als een veldnorm. Het lezen van de kwaliteitsrapporten levert de inspecteurs een eerste inzicht op in hoe de kwaliteit van zorg in de specifieke organisatie en in de sector ervoor staat. Als een kwaliteitsrapport onvolledig is, op onderdelen tegenstrijdig is of zelfs geheel ontbreekt, zijn dat signalen waar de inspecteurs iets mee zullen doen. Inspecteurs combineren dit altijd met andere informatiebronnen.

De verschillen tussen de rollen, belangen en perspectieven van betrokkenen kunnen productief gemaakt worden door deze met elkaar te bespreken. Reflectieve gesprekken op basis van de nieuwe kwaliteitsrapporten helpen niet alleen medewerkers, teams, bestuurders en interne toezichthouders om de zorg en ondersteuning voortdurend te blijven verbeteren, maar helpen ook om met andere institutionele partijen – zorgkantoren, inspectie – veelvoorkomende dilemma's te bespreken en gezamenlijk te blijven zoeken naar verdere verbetering van de gehandicaptenzorg als sector én naar passende vormen van verantwoording.

## Conclusie

In dit onderzoek hebben we allereerst beschreven hoe de gehandicaptensector door te rebelleren tot een eigen Kwaliteitskader is gekomen die meervoudigheid van kwaliteit recht doet en leidt tot rapportages die passen bij de specifieke organisaties, de een met meer aandacht voor objectieve maatstaven voor kwaliteit, de ander meer leunend op de subjectieve of intersubjectieve dimensie van kwaliteit. De aanpak van de gehandicaptenzorg was even baanbrekend als zorgvuldig. Niet eerder is het een zorgsector gelukt om in zo korte tijd samen met alle betrokken partijen op één lijn te komen over een zo radicaal nieuwe koers. In haar advies *Blijk van vertrouwen* stelt de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019) dat gevestigde belangen de huidige verantwoordingspraktijk vaak in stand houden. In de gehandicaptenzorg lukte het de belangen op één lijn te krijgen juist door alle partijen te betrekken, hun de ruimte te bieden voor eigen onderzoek naar het Kwaliteitskader, en hen te betrekken in de onderzoeken die wij uitvoerden. Terugkijkend hebben de rebelse bestuurders van het eerste uur een belangrijke rol gespeeld in het opschudden van de sector (*disrupting*), waarna de VGN samen met andere betrokkenen is gaan werken aan een nieuw, beter passend kader (*creating*). Na vijf jaar van overleggen, onderzoeken, afstemmen, experimenteren en leren werd het nieuwe Kwaliteitskader opgenomen in het Kwaliteitsregister en daarmee de nieuwe norm die voor niemand meer vrijblijvend was – ondanks de ruimte die het laat voor verschil (*maintaining*). Voor een verandering die zo ambitieus is als het doorbreken van de manier van kijken en werken van een hele sector, van werkvloer tot toezichthoudende organen en overheden, was een brede coalitie van partijen nodig die samen bereid waren te onderzoeken, experimenteren en uiteindelijk te rebelleren. In elke volgende stap – van verstoren tot creëren en behouden – groeide het

draagvlak onder de betrokkenen en breidde de groep rebellen zich uit, net zolang tot het nieuwe denken van iedereen was en weinigen meer precies konden benoemen wie dit proces eigenlijk gestart was. In deze succesvolle rebellie was weinig ruimte voor individuele 'helden'. Het voorbeeld van de gehandicaptenzorg leert ons het belang van een zorgvuldig geregisseerd proces van rebelleren dat veel verder gaat dan enkele rebellerende personen of teams.

Wij spraken van rebel-leren omdat de ingezette verandering (de 'rebellie') gericht was op de realisatie van een nieuwe manier van kwaliteitsbevordering en -verantwoording die uitgaat van een continu proces van leren en reflecteren. Opname van de nieuwe veldnorm in het kwaliteitsregister kan met andere woorden niet het eindpunt zijn. Kwaliteit is altijd situationeel, tijd- en plaatsgebonden, en in de gehandicaptenzorg ook in belangrijke mate persoonlijk. De rebellie is pas geslaagd – het doel 'goede kwaliteit van zorg' wordt pas bereikt – als er sprake is van een continu proces van rebel-leren: het keer op keer bevragen, ter discussie stellen en bestrijden van bestaande opvattingen en aanpakken. Tegelijkertijd vraagt werkelijke diepgaande verandering ook om verankering (institutionalisering). Het is een van de spanningsvelden waar de sector mee te maken heeft: is het mogelijk dit proces van rebel-leren te institutionaliseren? De uitgevoerde onderzoeken geven een gemengd beeld. De kwaliteitsrapporten en focusgroepgesprekken laten zien dat het nieuwe Kwaliteitskader professionals én organisaties daadwerkelijk kan helpen zich te ontwikkelen en te blijven verbeteren. Maar net als bij andere verantwoordingsinstrumenten kan een te instrumenteel gebruik van het Kwaliteitskader het leren en verbeteren ook weer in de weg gaan staan. Er ontstaat een kloof tussen het beleid zoals het bedoeld is en zoals het uitgevoerd of 'geleefd' wordt. Deze spanning kan zichtbaar gemaakt en opgeheven worden door het delen van ervaringen tussen teams, tussen organisaties en tussen verschillende betrokkenen. Het Kwaliteitskader zelf voorziet daarin door onder andere externe visitaties. Een ander gevaar waar de deelnemers aan de focusgroepen ons op wijzen is de ongelijkheid in de perspectieven van betrokkenen. Cliënten en verwanten geven aan wel geraadpleegd te worden, maar niet voldoende gehoord te worden. Van dit onderzoek kunnen we leren dat voor blijvend rebel-leren het noodzakelijk is alle stemmen te horen en te waarderen, juist ook de tegendraadse stemmen die de nieuwe orde weer verstoren. Rebel-leren is met andere woorden een circulair proces, waarbij verstoren-creëren-behouden steeds weer opgevolgd wordt door opnieuw verstoren-creëren-behouden.

Het spanningsveld tussen rebel-leren en institutionaliseren zit ook in het Kwaliteitskader zelf. Het Kwaliteitskader is zowel een verbeterinstrument als een verantwoordingsinstrument. Aandacht voor leren en reflecteren is een andere vorm van sturing dan controle. Dat betekent niet dat er geen controle meer nodig is, dat meetbare resultaten niet meer tellen of dat regels en afspraken vrijblijvend zijn. De gehandicaptenzorg laat zien dat verantwoord worden vruchtbaar is en kan leiden tot verbetering wanneer in de verantwoording de meervoudigheid van kwaliteit van leven benaderd wordt. Door ruimte te maken voor een andere manier van verantwoord worden – die rijker is en daarmee dichterbij de aard van de zorgverlening ligt – is de weerstand tegen verantwoord worden afgenomen en is binnen zorgorganisaties ver-

Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

antwoorden in een ander daglicht komen te staan. Een rijk verhaal over het leven in een zorginstelling stimuleert het leren van de dagelijkse praktijk en het leren van verschil. De aanpak van de gehandicaptensector bevordert niet alleen het leren in deze organisaties, maar begint ook navolging te krijgen in andere zorgsectoren, zoals de ouderenzorg (Stoopendaal & Bouwman, 2018). De gehandicaptenzorg is hiermee een voorbeeld voor andere sectoren van zorg, waarin gezocht wordt naar een andere, meer positieve vorm van sturing op en verantwoording over kwaliteit van zorg. De gehandicaptenzorg laat met het nieuwe Kwaliteitskader ook zien dat kwaliteit van zorg niet alleen iets is van cliënten en professionals, of van organisaties, maar iets waar je met alle betrokkenen over in gesprek moet gaan.

De gesprekken zoals die werden gevoerd in de focusgroepen tussen verschillende betrokkenen – van cliënten tot inspecteurs – zijn een goede manier gebleken om feedback te organiseren tussen de wereld van ‘het beleid’ en ‘de praktijk’. Ook het jaarlijkse onderzoek naar het Kwaliteitskader, de verspreiding van de onderzoeksresultaten in de sector én de organisatie van bijeenkomsten over het Kwaliteitskader dragen hiertoe bij. Zo blijft de Stuurgroep Kwaliteitskader vanuit de VGN alle betrokkenen stimuleren telkens opnieuw zichzelf en elkaar de vraag te stellen wat kwaliteit van zorg is én welke vorm van verantwoorden en toezicht houden daarbij past. Wat ons betreft is de belangrijkste conclusie uit dit onderzoek dat de kracht van rebellie wordt versterkt door het omzetten van rebellie in rebel-leren: een circulair proces, waarbij verstoren-creëren-behouden steeds weer opgevolgd wordt door opnieuw verstoren-creëren-behouden. Indien het doel van de rebellie het verbeteren van de kwaliteit van zorg is, betekent dit het telkens opnieuw afvragen wat kwaliteit van zorg is, voor wie, wanneer, wat hiervan geleerd kan worden en be waard moet worden en dit keer op keer blijven doen.

## Noten

- 1 [www.vgn.nl/system/files/article/file/Kerndocument%2B1.%2BKwaliteitskader%2B2017-2022.pdf](http://www.vgn.nl/system/files/article/file/Kerndocument%2B1.%2BKwaliteitskader%2B2017-2022.pdf).
- 2 Op initiatief van de VGN is een waaier ontwikkeld die een keuze aan instrumenten biedt om cliëntervaringen te inventariseren. Een onafhankelijke commissie van deskundigen toetst deze instrumenten jaarlijks op basis van een aantal criteria.

## Literatuur

- Battilana, J. (2006). Agency and institutions. The enabling role of individuals' social position. *Organization*, 13 (5).
- Bevan, H. (2013). Rocking the boat and staying in it: how to succeed as a radical in health care. *A call to action*, 29 juli. <http://blogs.bmj.com/quality/2013/07/29/acall-to-action-helen-bevans-blog/>.
- Bovenkamp, H. van de, Stoopendaal, A., Bochoven, M. van, & Bal, R. (2020). Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules. *Health Policy*. doi:10.1016/j.healthpol.2019.12.017.
- Dalen, A. van (2006). Meervoudig verantwoorden. *ZM Magazine*, 10.

- Dalen, A. van (2012). *Zorgvernieuwing. Over anders besturen en organiseren*. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.
- Dalen, A. van (2019). *Blogreeks Ter inspiratie bij het advies Blijk van vertrouwen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Denis, J., Langley, A., & Cazele, L. (1996). Leadership and Strategic Change under Ambiguity. *Organization Studies*, 17 (4).
- Gino, F. (2019). *Rebel Talent. Why it Pays to Break the Rules at Work and in Life*. New York: Del Rey Street Books.
- Hollnagel, E. (2014). *Safety-I and Safety-II: the past and future of safety management*. Farnham: Ashgate.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). *Vertellen telt! Rapportage over het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het Kwaliteitsrapport*. Utrecht: IGJ.
- Institute of Medicine (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academies Press.
- Kirkpatrick, I., & Ackroyd, S. (2003). Transforming the professional archetype? *Public Management Review*, 5 (4).
- Lawrence, T., & Suddaby, R. (2006). Institutions and institutional work. In: S.R. Clegg, C. Hardy, T.B. Lawrence & W.R. Nord (red.), *Handbook of Organization Studies*. Londen: Sage.
- Leca, B., & Naccache, P. (2006). A critical realist approach to institutional entrepreneurship. *Organization*, 13.
- Oldenhof, L., & Bal, R. (2016). Voorbij de kloof tussen systeem en leefwereld: een zoektocht naar goede leefsysteemen met experimentele governance. In: *Verlangen naar samenhang. Over systeemverantwoordelijkheid en pluriformiteit*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Poortvliet, P., & Lameris, P. (2016). *Evaluatie van de proeftuinen vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg*. Bosman & Vos.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019). *Blijk van vertrouwen – Anders verantwoord van goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Reinders, H. (2019). *Kwaliteit als Ervaring*. Oud Turnhout/'s-Hertogenbosch: Gompels & Svacina.
- Reinders, H., & Helwig-Nazarowa, L. (2020). *Tellen en vertellen. Narratieve verantwoording in de langdurige zorg*. Oud Turnhout/'s-Hertogenbosch: Gompels & Svacina.
- Rhodes, R. (2007). Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28 (8).
- Ruef, M., & Scott, W.R. (1998). A Multidimensional Model of Organization Legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environments. *Administrative Science Quarterly*, 43 (4).
- Scheer, W. van der, Noordeggraaf, M., & Meurs, P. (2011). Innovating entrepreneurship in health care: how health care executives perceive innovation and retain legitimacy. In: *Innovation in the public sector. Linking capacity and leadership*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Scheer, W. van der, & Stoopendaal, A. (2018). *Kleurrijke zorg. Sectorbeeld Gehandicaptenzorg 2017*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Scheer, W. van der, & Stoopendaal, A. (2020). *Spiegelbeeld Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2018: Reflectie vanuit meerdere perspectieven*. Rotterdam: Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.
- Scott, W., Ruef, M., Mendel, P., & Carona, C. (2000). *Institutional Change and Health Care Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University Press of Chicago.
- Stoopendaal, A. (2008). *Zorg met afstand. Betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen* (Dissertatie). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Stoopendaal, A. (2020). *Anders verantwoord voor goede zorg*. QRUXX.

Annemiek Stoopendaal & Wilma van der Scheer

- Stoopendaal, A.M.V., & Bouwman, R.J.R. (2018). *Ruimte voor Vertrouwen: De dynamiek van vertrouwen in het toezicht op zorg*. Rotterdam: ESHPM.
- Stoopendaal, A.M.V., Bree, M.A. de, & Robben, P.B.M. (2016). Reconceptualizing regulation: Formative evaluation of an experiment with System-Based Regulation in Dutch health-care. *Evaluation. The International Journal of Theory, Research and Practice*, 22 (4). doi:10.1177/1356389016667889.
- Tongeren, P. van, & Bal, C. (1998) Blijven vragen wat kwaliteit is. *Ethische perspectieven*, 8 (4).
- VGN (2017). *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022*, Utrecht: VGN.
- Wallenburg, I., Weggelaar, A., & Bal, R. (2019). Walking the tightrope: how rebels 'do' quality of care in healthcare organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 33.
- Weggelaar, A.M., Bovenkamp, H. van de, & Bal, R. (2016). Zand in de kwaliteitsmachinerie. *Medisch Contact*, 15.