

## Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg

**Citation for published version (APA):**

Walburg, J. A. (1997). *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg*. Technische Universiteit Eindhoven.

**Document status and date:**

Gepubliceerd: 01/01/1997

**Document Version:**

Uitgevers PDF, ook bekend als Version of Record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.tue.nl/taverne](http://www.tue.nl/taverne)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[openaccess@tue.nl](mailto:openaccess@tue.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg

## INTREEREDE

Prof.dr. J.A. Walburg



Technische Universiteit Eindhoven

# INTREEREDE

Uitgesproken op 16 januari 1997  
aan de  
Technische Universiteit Eindhoven

Prof.dr. J.A. Walburg

## **Voorwoord**

*De tekst van dit boekje is in verkorte vorm  
als oratie uitgesproken op 16 januari 1997.*

*Ik ben Dr. J.D. van der Bij,  
Prof.Dr. A.F. Casparie,  
Mw. Prof.Dr. M. Donker,  
Dr. N.S. Klazinga,  
Drs. U. Nabitz,  
Prof.drs. F. Stevens,  
Prof.Dr.Ir. G. de Vries en  
Mw. drs. M.I. Wiersema, erkentelijk voor  
hun commentaar op een eerdere versie van  
deze oratie.*

*Prof.Dr. J.A. Walburg*

Mijnheer de Rector Magnificus,  
Dames en heren,

## 1 Inleiding

In de gezondheidszorg wordt al jaren op alle fronten aan kwaliteit gewerkt. Indicaties daarvoor zijn de hoge kwaliteit van het medisch-technisch handelen en de sterke betrokkenheid van het personeel. Er is ook op systematische wijze gewerkt aan het verhogen van kwaliteit; door scholing, nascholing, protocollering, visitatie, intercollegiale toetsing; de lijst laat zich gemakkelijk uitbreiden.

Tot nu toe lag het initiatief voor deze activiteiten vooral bij de professionele beroepsgroepen. In veel gevallen heeft het instellingsmanagement zich tot taak gesteld kwaliteitssystemen te ontwikkelen. Daarbij concentreert men zich enerzijds op verbeterprojecten, en anderzijds op het borgen van kwaliteit door het opstellen van protocollen en procedures. In beide gevallen tracht men vanuit deelsystemen tot een kwaliteitssysteem te komen. Pogingen om een totaal systeem in te voeren, zijn schaars. Er bestaan bijvoorbeeld maar enkele gezondheidszorginstellingen waar wordt gewerkt met de ISO-systematiek of een afgeleide daarvan, zoals de PACE-norm.

De tijd lijkt rijp om kwaliteitsinitiatieven binnen de gezondheidszorg vanuit een wezenlijk ander uitgangspunt te benaderen. Kwaliteitsprojecten alleen zijn niet genoeg. Er is meer nodig om kwaliteitsverbeteringen te realiseren en adequaat te kunnen reageren op komende veranderingen.

De gezondheidszorg is net als het bedrijfsleven lange tijd productgericht geweest. Nu groeit echter het besef dat een oriëntatie op de cliënt tot betere bedrijfsresultaten leidt. Het wordt steeds duidelijker dat dit een integrale aanpak vergt; een aanpak die zich richt op alle bedrijfsaspecten en op alle medewerkers van de organisatie. Alle medewerkers van een organisatie zullen kwaliteitsproblemen in hun eigen werkomgeving moeten kunnen signaleren en oplossen. Alle bedrijfsprocessen zullen zodanig georganiseerd moeten worden dat men de cliënt beter van dienst kan zijn. En de zorg moet zich losmaken van een monodisciplinaire aanpak, zodanig, dat zorgprocessen gezamenlijk en multidisciplinair kunnen worden bekeken, beoordeeld en verbeterd. Kortom, de gezondheidszorg is toe aan een integraal kwaliteitsbeleid. Zulk beleid kan de bindende factor vormen voor de verschillende ambities van patiënten, financiers, beroepsbeoefenaars, managers en overheid (Klazinga en Donker, 1995).

De gezondheidszorg is in bedrijfsmatig opzicht te typeren als een not-for-profit dienstverlenend bedrijf. In tegenstelling tot het bedrijfsleven is het sturend mechanisme binnen de gezondheidszorg niet de vraag, maar de behoefte aan zorg.

De cliënt is een kritische consument die doorgaans zelfbewust producten en diensten uitkiest. Maar binnen de gezondheidszorg is de cliënt meestal een onzeker en bang mens op zoek naar hulp. Zijn hoogste goed, zijn gezondheid, is immers in het geding. Deze cliënt verkeert in een existentiële crisis en denkt niet in termen van zakelijke dienstverlening.

In de afhankelijkheidsrelatie die ontstaat, kan de cliënt niet veel anders dan zich toevertrouwen aan zijn hulpverlener. In de meeste gevallen kan de cliënt het proces niet overzien en controleren. Het spreekt voor zich dat een goede hulpverlener de juiste medische technieken hanteert om het probleem van de cliënt aan te pakken. Maar het is minstens zo belangrijk dat de hulpverlener voortdurend beseft dat hij met een mens te maken heeft die niet te beperken is tot zijn klacht of stoornis.

De vragen van een cliënt in de gezondheidszorg zijn van een wezenlijk andere orde dan de vragen van een cliënt die aanklopt bij een commercieel of dienstverlenend bedrijf. Een cliënt kan medisch-technisch perfect zijn geholpen, maar toch

kan hij zodanig uit het ziekenhuis komen dat de kwaliteit van diens leven is afgenomen. De verwijzing van een ziekenhuis naar een verpleeghuis kan in technische zin goed verlopen: zonder wachttijden en met de juiste informatieversteking. En toch kan de cliënt zich diep ongelukkig en geschokt voelen door het veranderde perspectief van een langdurig verblijf in een verpleeghuis.

Pas als de cliënt zich in zijn totaliteit begrepen voelt, als er aandacht is voor zijn onzekerheid en angst, als de familie een rol heeft kunnen spelen in het proces, als maatschappelijke factoren als werk en wonen zijn meegewogen, pas dan is er sprake van hulpverlening die aansluit bij de wezenlijke behoeften van de cliënt. Deze behoeften zijn moeilijk meetbaar en moeilijk op te nemen in een satisfactieonderzoek te midden van vragen over het eten op de afdeling. Maar ieder empathisch mens beseft dat in de gezondheidszorg de hulpgever steeds weer terug moet naar de klacht van de cliënt, in samenhang met diens existentie, in samenhang met diens sociaal maatschappelijke omgeving.

## **2 Cliënten en belanghebbenden in de gezondheidszorg**

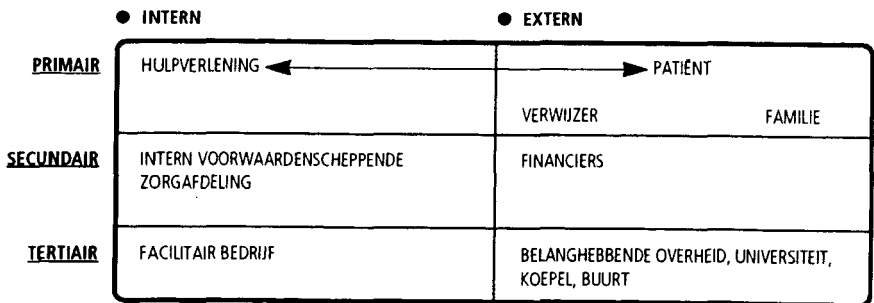
Eén van de belangrijkste, zo niet de meest belangrijke factor die het succes van een instelling bepaalt, is de mate waarin de instelling zich

werkelijk richt op de cliënt en diens wensen kent. Maar wat moeten we nu binnen de gezondheidszorg precies verstaan onder een cliënt?

Een organisatie in de gezondheidszorg heeft met een complex netwerk van cliënten te maken: daarbij gaat het niet alleen om de patiënten, maar ook om de familieleden, de verwijzers en de ziektekostenverzekeraars. Soms worden zelfs alle belanghebbenden ('stakeholders'), dat wil zeggen de personen of instellingen die op één of andere manier betrokken zijn bij het bedrijf, gerekend tot de cliëntèle. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om buurtbewoners, media of branche-organisaties. Voor een gezondheidszorginstelling die werkelijk klantgericht wil werken, is het van belang een ordening aan te brengen binnen het totale netwerk van relaties en een onderscheid te maken tussen cliënten en belanghebbenden (zie figuur 2.1).

Het is evident dat - als het gaat om de externe cliënt - de patiënt de primaire cliënt is. De wensen en behoeften van de individuele patiënt hebben het ethische primaat. Dat betekent in ieder geval dat in de belangenafweging tussen de verschillende soorten cliënten, de belangen van de patiënt voorop dienen te staan. Onmiddellijk gerelateerd aan die patiënt zijn de familieleden en de verwijzer. De financier kan worden beschouwd als secundaire, externe cliënt. De overige belanghebbenden kunnen worden gezien als tertiaire cliënten. In deze laatste categorie kan een instelling eigen afwegingen maken. Van welk belang is bijvoorbeeld het contact met de buurt, of de relatie met de lokale universiteit?

Ook als het gaat om de interne cliënt kan een onderscheid worden gemaakt in primaire, secundaire en tertiaire cliënten. Deze ordening kan richtinggevend zijn voor het onderzoek naar en de investering in cliënttevredenheid en loyaliteit.



**Fig. 2.1. Overzicht klanten/belanghebbenden**

### 3 Een model voor integrale kwaliteit

Het denken over integrale kwaliteit heeft in Europa een conceptueel houvast gevonden in de Europese Quality Award. Deze onderscheiding werd in 1988 ontwikkeld door veertien grote Europese bedrijven. Daarbij greep men terug op de systematiek van de Baldrige Award, afkomstig uit de Verenigde Staten. Inmiddels zijn ruim 500 bedrijven lid van de European Foundation of Quality Management (EFQM). In 1992 werd de eerste European Quality Award uitgereikt aan Rank Xerox.

Het Instituut Nederlandse Kwaliteit bewerkte het EFQM-model voor Nederland. Het instituut reikt jaarlijks een kwaliteitsonderscheiding en een kwaliteitsprijs uit. In 1996

werd voor de eerste keer een Nederlandse gezondheidszorginstelling onderscheiden. De kwaliteitsonderscheiding werd uitgereikt aan de Jellinek in Amsterdam.

Het EFQM-model (zie figuur 3.1) kent 9 aandachtsvelden: 5 organisatiegebieden en 4 resultaatgebieden. Binnen de organisatiegebieden 'leiderschap', 'beleid en strategie', 'personeelsmanagement', 'middelenmanagement' en 'procesmanagement' worden de voorwaarden geschapen om binnen een organisatie tot verbeteringen te komen. De resultaten van de kwaliteitsinspanningen worden zichtbaar in de waardering door de klanten, de waardering door het personeel, de waardering door de maatschappij en de ondernemingsresultaten. De 9 aandachtsvelden van het EFQM-model vallen vervolgens

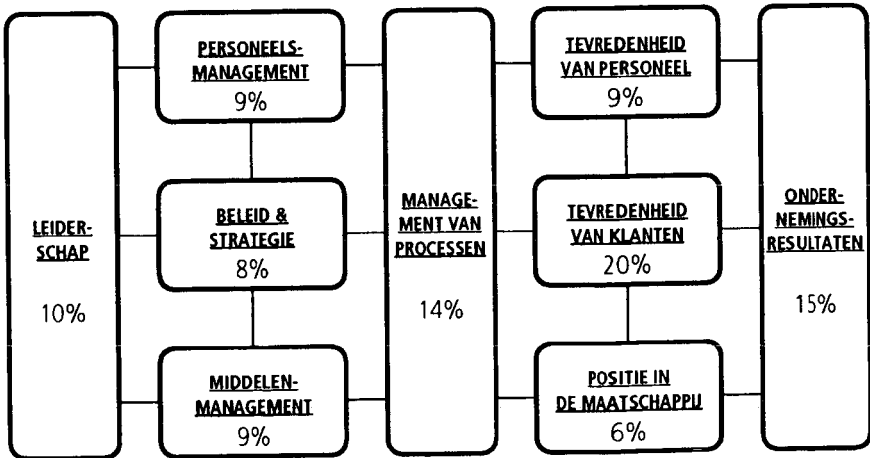


Fig. 3.1. EFQM/INK-model



uiteen in 33 criteria, voor elk aandachtsveld een aantal.

De percentages in de afbeelding geven het relatieve gewicht weer van elk van de aandachtsvelden. Sinds 1996 is ook een richtlijn voor de gezondheidszorg ontwikkeld (EFQM, 1995).

In onze bespreking van integrale kwaliteit in de gezondheidszorg volgen we dit EFQM-model. Dit doen we niet, omdat het EFQM-model de panacee is voor een kwaliteitsbeleid in de zorg. We doen dit ook niet, omdat het een wetenschappelijk gevalideerd model is. We doen het alleen, omdat veel bedrijven en instellingen in de praktijk met dit model goed uit de voeten kunnen. Dit gegeven maakt een nadere oriëntatie op het model en wetenschappelijk onderzoek rond dit model interessant.

Het EFQM-model is vooral bedoeld als instrument, waarmee een instelling in staat gesteld wordt zichzelf te beoordelen. Het Instituut Nederlandse Kwaliteit heeft het model voorzien van een aantal ontwikkelingsfasen (zie figuur 3.2). Hierdoor kan een organisatie op elk van de criteria haar positie aangeven. (Hardjono en Hes 1993; Wiersema, 1993)

### **Fase 1: Productgericht**

*In de eerste fase is het kwaliteitsbeleid vooral gericht op de controle*

*van het eindproduct. Kwaliteit wordt gezien als het goed uitoefenen van het eigen vak.*

### **Fase 2: Procesgericht**

*In de tweede fase breidt de controle zich uit over meerdere onderdelen van het dienstverlenend proces. Zo krijgt de controle een meer preventief karakter. De processen zijn beschreven en de statistiek levert de meetmethoden op de kritische momenten waar vaak afwijkingen ontstaan.*

### **Fase 3: Systeemgericht**

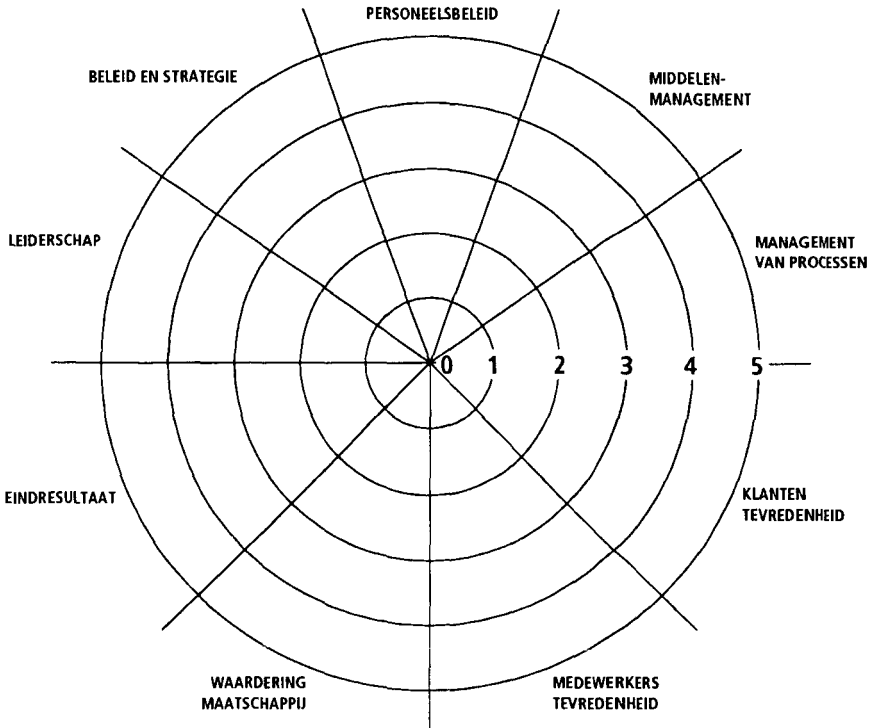
*Hier is de organisatie en zijn alle bedrijfsprocessen in hun onderlinge samenhang volledig op de cliënt gericht. Procesbeheersing staat in het kader van verbetering van de cliëntgerichtheid.*

### **Fase 4: Ketengericht**

*In de vierde fase wordt intensief samengewerkt met cliënten, verwijzers, en andere echelons in de eerste, tweede en derde lijn. Zij worden zelfs gezien als behorend tot de organisatie. De organisatie is flexibel en creatief. Eigen initiatief wordt gestimuleerd.*

### **Fase 5: Totale kwaliteit**

*In de laatste fase staat overal in de organisatie verantwoord ondernemerschap centraal. De organisatie heeft nauw contact met stakeholders. Signalen uit de omgeving leiden tot aanpassing.*



**Fig. 3.2. Ontwikkelingsfasen in spinnenweb**

Hoewel er nog geen gezondheidszorginstellingen zijn die systematisch ervaringen hebben opgedaan met het EFQM/INK-model, is al wel duidelijk dat het model goed toepasbaar is binnen de gezondheidszorg. Die toepassing is evident voor de voorwaardescheppende criteria en wat lastiger voor de resultaat-criteria.

De eerste zorgorganisaties die dit model nu zijn gaan hanteren noemen als belangrijk voordeel het ontstaan van een gemeenschappelijke taal. Hierdoor verbetert de communicatie over kwaliteits-

aangelegenheden. Bovendien kunnen in dit model bestaande kwaliteitsinitiatieven een plek krijgen in het totale kwaliteitsbeleid.

Hoe zou de Nederlandse gezondheidszorg scoren op het EFQM/INK-model? Een intrigerende vraag. In 1995 publiceerde het NIVEL (Nederlands Instituut voor Onderzoek in de Gezondheidszorg) de resultaten van een onderzoek naar de stand van zaken rondom kwaliteit in de Nederlandse zorgsector, gebaseerd op een partieel EFQM/INK-model (Wagner e.a., 1995). Ruim

1100 instellingen uit 15 verschillende zorgsectoren deden aan dit onderzoek mee. De gegevens zijn gebaseerd op een schriftelijke enquête over kwaliteitsactiviteiten.

De resultaten van deze studie hebben we herbewerkt door alle activiteiten in te delen volgens het EFQM/INK-model. De betrouwbaarheid van de schalen die zo ontstonden, is redelijk tot goed te noemen. Op deze manier kan toch een overzicht worden gegeven van de Nederlandse gezondheidszorg in termen van het EFQM/INK-model. Dat maakt niet alleen onderlinge vergelijkingen mogelijk, maar ook vergelijkingen met het bedrijfsleven (Wagner e.a., 1996).

We zullen nu alle negen aandachtsvelden van het EFQM-model inleiden. Vervolgens zullen we beknopt aangeven hoe de Nederlandse gezondheidszorg op elk veld scoort. Daarna maken we vergelijkingen met het Nederlandse bedrijfsleven op grond van een recent verschenen studie naar de stand van zaken rond integrale kwaliteitszorg in het bedrijfsleven. Deze studie werd verricht in opdracht van het Instituut Nederlandse Kwaliteit. Ruim 700 bedrijven namen deel aan het onderzoek (Boot e.a., 1996).

### 3.1 Leiderschap

Een kwaliteitsbeleid heeft tot doel om de organisatie in een situatie te

brenge van voortdurende verbetering van alle processen, op alle niveaus, door alle bij de organisatie betrokkenen.

Alle managementfuncties die binnen een organisatie worden onderscheiden - financieel beleid, inhoudelijk beleid, strategisch beleid, personeelsbeleid, patiëntenbeleid - kunnen door een kwaliteitssysteem weer stevig onder één noemer worden gebracht en vanuit het perspectief van de cliënt worden gezien. Dit maakt ook meteen duidelijk waarom een kwaliteitsbeleid nooit gedelegeerd kan worden. Delegation van het kwaliteitsbeleid betekent namelijk het overdragen van de sturing van de organisatie.

In de klassieke ziekenhuiscultuur hoorde kwaliteit altijd bij de verantwoordelijkheid van de individuele beroepsuitoefenaar. Vanuit de optiek van integrale kwaliteit breidt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit zich uit naar multidisciplinaire teams en naar het management van de organisatie (McLaughlin en Kaluzny, 1990). Zo ontstaat een cultuurverschuiving in de organisatie:

#### **1 van individuele naar teamverantwoordelijkheid.**

*De professionele behandelaar werkt steeds meer samen met andere behandelaars in multidisciplinaire teams. Bij fouten zoekt men niet langer uitsluitend op individueel niveau naar een eind-*

*verantwoordelijke. Het behandelteam neemt de verantwoordelijkheid op zich om de kwaliteit van het proces van de groep waar mogelijk te verbeteren.*

## **2 van individu naar procesgericht.**

*Ook bij verbetering of correctie van fouten vindt niet langer een analyse plaats op individueel niveau, maar op het niveau van de processen. Daarbij kunnen de volgende vragen aan de orde komen. Zijn de procedures correct? Wordt de juiste sleutel-informatie verzameld? Is er sprake van een adequate opleiding? Worden de processen wel systematisch doorgeleefd?*

## **3 van professionele naar managementverantwoordelijkheid.**

*Bij het toepassen van een integraal kwaliteitsbeleid heeft het management de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, uiteraard in het volle respect voor de professionele verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar.*

*De specialist werkt vooral vanuit zijn professionele invalshoek, het management beziet de processen meer vanuit het perspectief van de instelling en ideaal gesproken vanuit het perspectief van de cliënt.*

*De verschuiving naar managementverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de primaire zorg-*

*processen leidt ook tot een omgekeerde beweging: steeds vaker wordt gezocht naar een manier om professionals te laten participeren in het management.*

## **4. van autonomie naar verantwoording afleggen.**

*Bij een integraal kwaliteitsbeleid wordt persoonlijke, professionele en team -autonomie gestimuleerd. Dat lukt alleen als de organisatie-eenheid informatie krijgt over de resultaten en bereid en in staat is om over het proces verantwoording af te leggen.*

## **5 van borging naar verbetering.**

*Het handelen volgens een consensusprotocol of één of andere gouden standaard wordt aangevuld met een permanente verbetering van het behandelproces, waarbij de standaard of het protocol voortdurend kan worden bijgesteld.*

Al deze verschuivingen maken een herpositionering van de professional en het management noodzakelijk. Dat kan leiden tot forse cultuurveranderingen binnen een gezondheidszorgorganisatie (Klazinga, 1996).

## **Stand van zaken** (zie figuur 3.1.2)

Het spinnenweb geeft de score van de Nederlandse zorgsector op leiderschap weer. In 60% van de organisaties in de gezondheidszorg is het management actief betrokken

bij kwaliteitsverbetering. Dat verklaart de relatief hoge score. In het bedrijfsleven is het management in 30% van de bedrijven actief bij het kwaliteitsbeleid betrokken.

### 3.2 Beleid en strategie

Door strategische planning vanuit een kwaliteitsperspectief wordt de organisatie nadrukkelijk gericht op cliënttevredenheid en kwaliteit. Het strategische proces geeft richting

aan de continue stroom van verbeteringen. Als een organisatie begint met het voeren van een kwaliteitsbeleid zal dat beleid veelal separaat worden geformuleerd in de vorm van een kwaliteitsbeleidsplan. Het zal echter al snel duidelijk worden dat het hele proces van strategische planning en kwaliteitsbeleid geïntegreerd moet plaatsvinden.

Bij het toepassen van een dergelijk cliëntgericht strategisch proces zullen gezondheidszorginstellingen

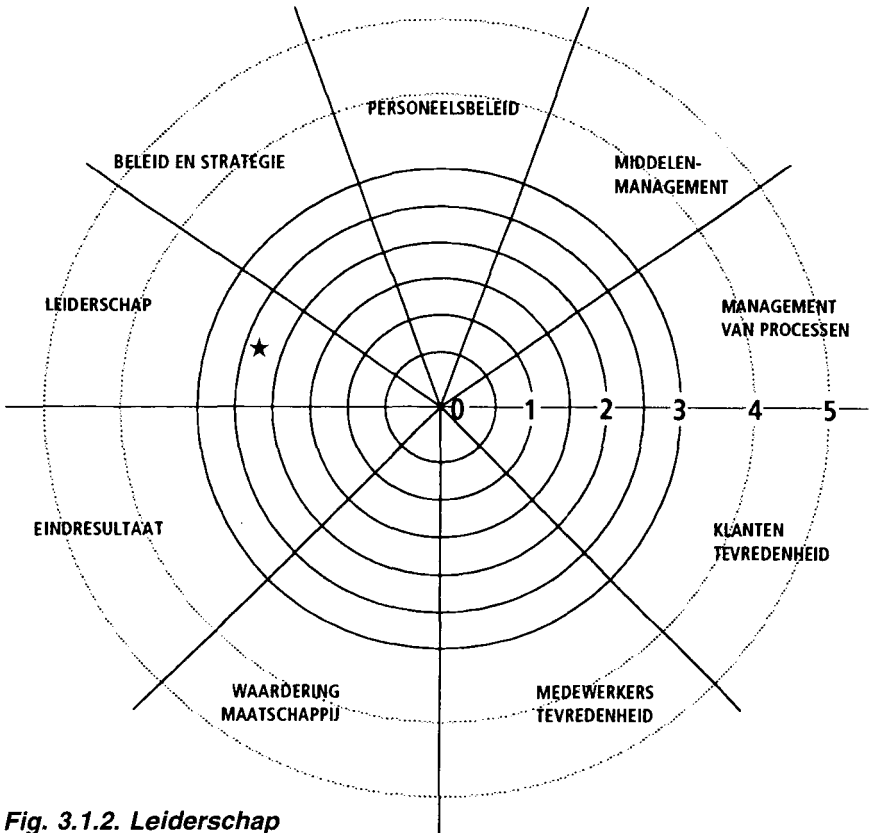


Fig. 3.1.2. Leiderschap

op tal van problemen stuiten. Daarbij valt te denken aan de verwarring rondom het grote aantal cliënten. Vaak bestaat er een gebrek aan informatie over de werkelijke behoeften van de cliënt. Ook is het binnen deze organisaties meestal ongebruikelijk medewerkers te betrekken bij de strategische planning (Plsek, 1995).

Om een organisatie strategisch in beweging te brengen, zal er allereerst een missie moeten worden opgesteld. Ook zal er een visie moeten worden geformuleerd en een strategisch beleid moeten worden opgesteld. Daarvoor zijn twee instrumenten nodig die nauw met elkaar verweven zijn: een implementatiestrategie en effectieve communicatie.

Als cliënten, verwijzers, medewerkers en andere belanghebbenden betrokken zijn bij de missie- en strategie-ontwikkeling, biedt dat een goede basis voor de implementatie. Die betrokkenheid zelf is eigenlijk al een onderdeel van de implementatiestrategie. Het is moeilijk voorstelbaar dat professionele organisaties zoals gezondheidszorginstellingen een veranderingsproces door maken zonder dat de professionals betrokken zijn geweest bij de essentiële keuzen.

Vaak beschouwt het management de geformuleerde missie en het gedrukte strategische beleidsplan als eindproduct van hun werk. De

implementatie laten zij over aan de volgende managementlaag. Eigenlijk is dat een gemiste kans. Het interactieve implementatieproces biedt het topmanagement een unieke gelegenheid om te garanderen dat de strategie wordt vertaald in afdelingsdoelen. Juist in dat proces liggen zoveel kansen, dat een zorgvuldige planning ervan cruciaal is voor de uitvoering.

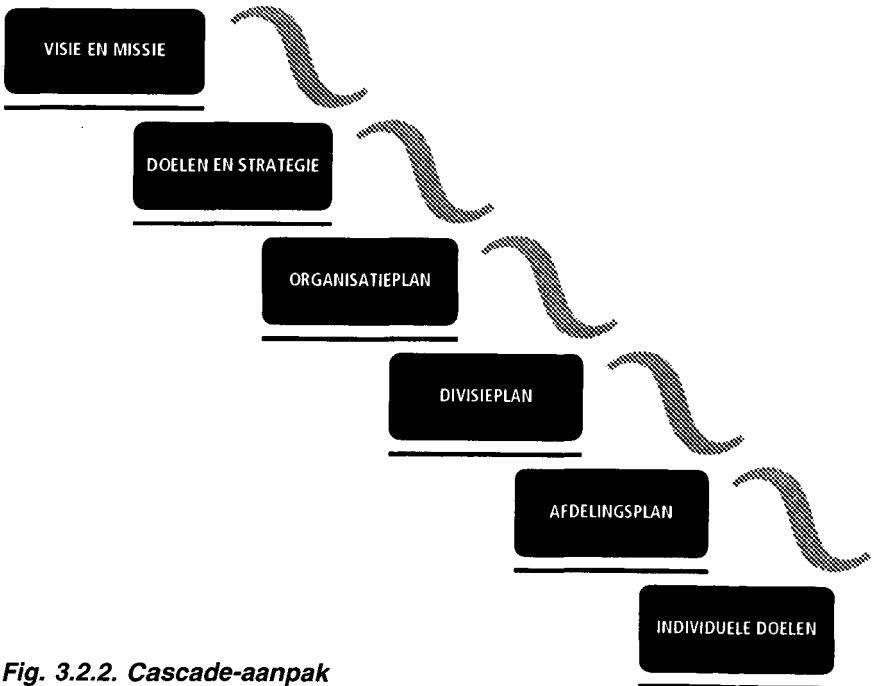
De uitwerking van een strategie eindigt niet op het niveau van de afdelingsplannen. De uitwerking gaat door tot op het niveau van de individuele medewerker. Ook in de individuele doelen zal de strategie van de organisatie - zeker waar het gaat om kwaliteit - zichtbaar moeten zijn. Deze aanpak wordt wel de cascade-aanpak genoemd, naar analogie van de manier waarop een waterval in kleine watervallen doorstroomt naar een volgend niveau. Dat is een aardig beeld, maar het doet niet helemaal recht aan het interactieproces (zie figuur 3.2.2).

In sommige organisaties ligt de identificatie van medewerkers sterker bij de afdeling dan bij de organisatie in zijn geheel. In dat geval kan gezamenlijk een afdelingsmissie worden opgesteld die is afgeleid van de organisatiemissie en is gericht op het specifieke primaire proces van de afdeling. Op deze manier kan een goed begin gemaakt worden met het implementatietraject op afdelingsniveau. Er ontstaat dan een aantal afdelings-

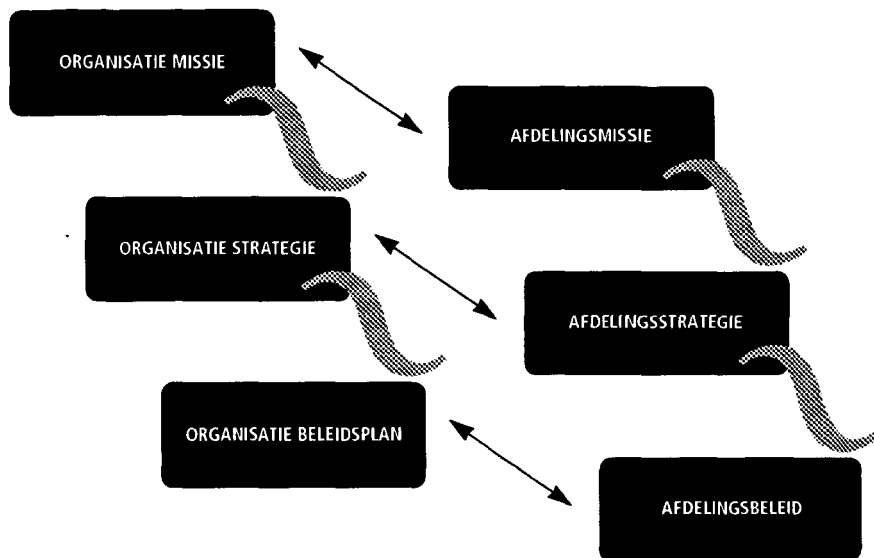
missies die sterk gerelateerd zijn aan de organisatiemissie. Hetzelfde proces kan doorlopen worden met de strategische doelen. De afdeling vertaalt de eigen missie in specifieke strategische doelen en stemt die zorgvuldig af op de algemene organisatiedoelen (zie figuur 3.2.3).

In dit proces vindt intensieve wederzijdse communicatie plaats over kwaliteitsdoelstellingen en andere strategische doelstellingen. Boodschappen die worden overgedragen in een interactief proces zijn vele malen effectiever dan boodschappen die eenzijdig worden gecommuniceerd. Om deze reden zal steeds

opnieuw moeten worden getracht aansluiting te vinden bij de communicatiebehoeften van een individuele medewerker of een team. Het interactieve proces van *cascading* leent zich daar bij uitstek voor: de boodschapper is persoonlijk aanwezig, de belangen zijn evident, er is een onderhandelingsrelatie, en er bestaat een gezamenlijk belang; allemaal factoren die bijdragen aan effectieve communicatie. Formeel getinte communicatie - in de vorm van strategische nota's, video's, toespraken, artikelen en nieuwsbrieven - kan daarbij overigens goed aanvullend werken, ook in het bevorderen van een actief commitment.



**Fig. 3.2.2. Cascade-aanpak**



**Fig. 3.2.3. Relatie organisatie- en afdelingscascade**

### **Toetsing en verbetering van beleid**

Er ontstaat een continu informeel toetsingsproces via werkoverleg en teamgesprekken. Daarnaast komt ook een formeel proces op gang dat kan leiden tot het bijstellen van doelen en beleid. Top-down ontstaat verandering als de strategie wezenlijk wordt aangepast, bijvoorbeeld door een veranderend overheidsbeleid of een binnenkomende concurrent. Dat heeft onmiddellijk consequenties voor het volgende echelon. Bottom-up ontstaat verandering als blijkt dat een teamdoelstelling pas kan worden gerealiseerd als op hoger niveau de doelstelling wordt gewijzigd.

**Stand van zaken** (zie figuur 3.2.4)

Komt de organisatie strategie tot stand vanuit de cliënt?

In de gezondheidszorg, maar ook in het bedrijfsleven richt één op de tien instellingen het beleid op *productkwaliteit*. De verbetering van *primaire processen* staat centraal in het beleid van 14% van de zorginstellingen en bij 24% van de bedrijven.

In de gezondheidszorg wordt de *verwijzer* in 23% van de instellingen bij het beleid betrokken. Het bedrijfsleven scoort hierin lager, daarbij gaat het maar om 16% van leveranciers.

Bij ruim een kwart (27%) van de zorginstellingen worden de klachten van de *cliënten* betrokken in het verbeterproces, terwijl dat in het bedrijfsleven maar bij een vijfde van



de bedrijven gebeurt. Slechts 5 à 7% van de instellingen betreft de patiënt actief en structureel bij het kwaliteitsbeleid.

### 3.3 Personeelsbeleid

Het strategisch personeelsbeleid van een organisatie is gericht op het motiveren en opleiden van medewerkers, zodat zij in staat zijn de (kwaliteits)doelen van de organisatie te verwezenlijken. Daarbij wordt

ingespeeld op de individuele behoeften en motieven van medewerkers.

Het strategisch personeelsbeleid maakt derhalve deel uit van de beleidscyclus van de organisatie, net zoals dat geldt voor het kwaliteitsbeleid. Het strategisch beleid, de doelen en de jaarplannen vormen het kader van het strategisch personeelsbeleid dat bepalend is voor werving en selectie, training, ontwikkelingstraject en beloning. De doelmatigheid van deze instrumen-

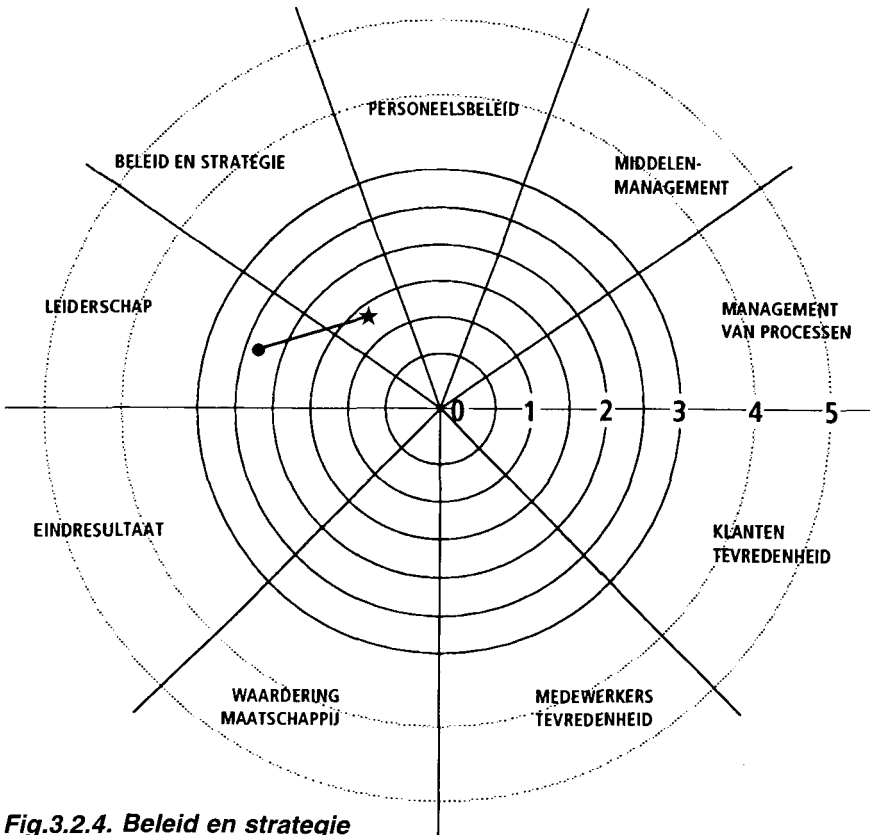


Fig.3.2.4. Beleid en strategie

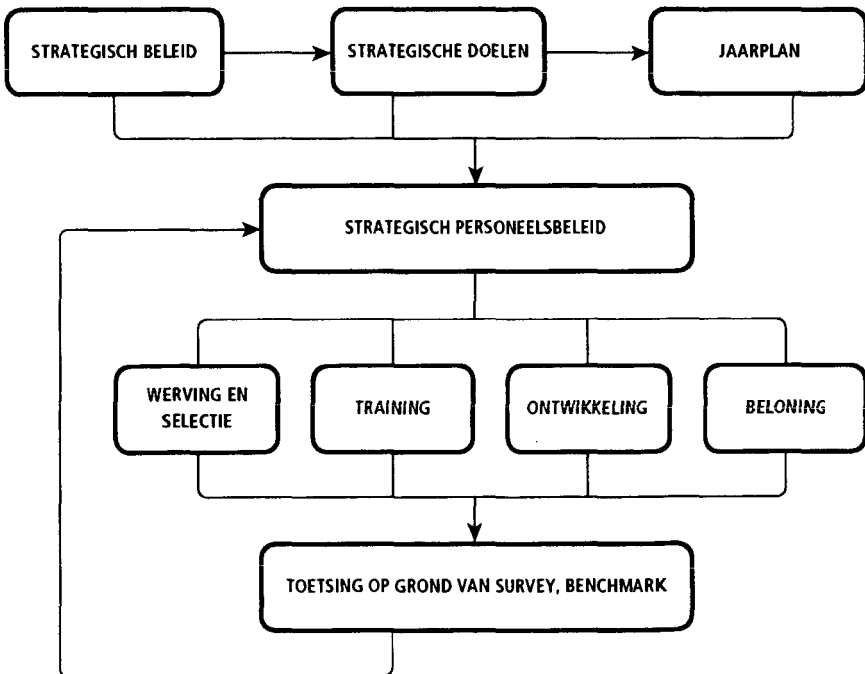
ten wordt getoetst, ondermeer met behulp van surveys, exit-gesprekken en benchmarks. De resultaten hiervan kunnen aanleiding zijn het beleid bij te stellen. Eén en ander is schematisch als volgt weer te geven (zie figuur 3.3.2).

**Opleidingsbeleid**

Het opleidingsbeleid is een van de instrumenten om de medewerkers in staat te stellen kwaliteit te leveren.

Naast het formele leren met behulp van een opleidingsplan biedt ook de dagelijkse praktijk binnen gezondheidszorginstellingen voortdurend

leermomenten. Niet voor niets wordt in de gezondheidszorg intensief gebruik gemaakt van werkbegeleiding, consultatie, inter- en supervisie, werkopdrachten en stages. Bij het vormgeven van het opleidingsbeleid wordt zowel gelet op de strategische behoeften van de organisatie, als op de specifieke behoeften van teams en medewerkers. Vervolgens worden concrete leerdoelen geformuleerd die leiden tot een aantal leeractiviteiten. De resultaten daarvan dienen gemeten te worden om na te gaan of de opleiding het gewenste resultaat heeft gehad. Schematisch kan dit als volgt worden



**Fig. 3.3.2. Ontwerpcyclus strategisch personeelsbeleid**

weergegeven (zie figuur 3.3.3).

Opvallend is dat de gezondheidszorg in tegenstelling tot het bedrijfsleven - zeker het dienstverlenende deel daarvan - nog weinig gebruik maakt van een strategisch opleidingsbeleid. Er is in de sector wel een goed ontwikkelde opleidingscultuur maar die is eigenlijk vooral gericht op initiële beroepsopleiding en scholing.

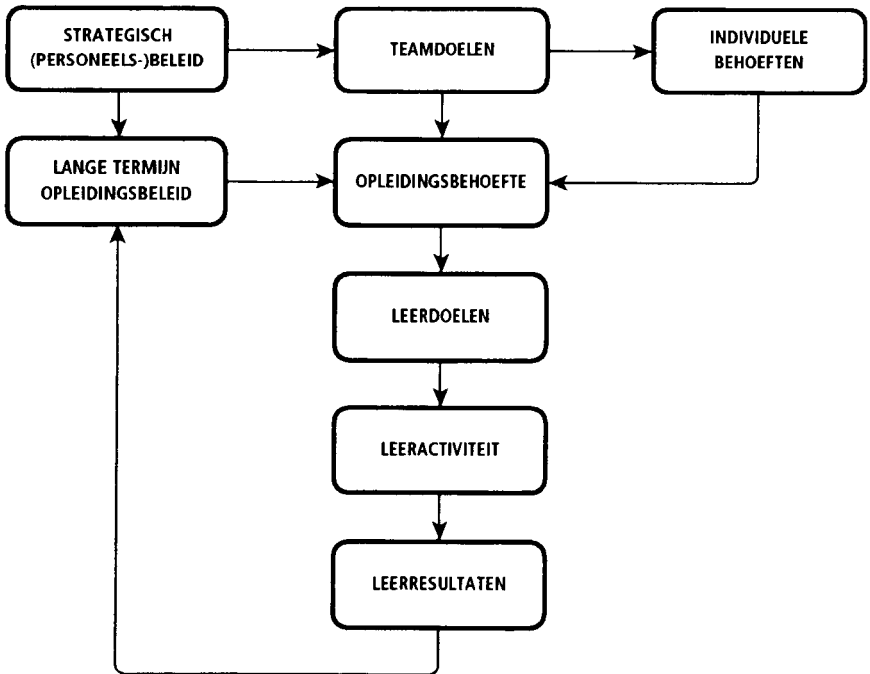
In het bedrijfsleven hecht men veel waarde aan scholing. Veel dienstverlenende bedrijven hebben dan ook hun eigen school. Daar worden niet alleen technische en interper-

soonlijke vaardigheden geleerd, daar worden ook waarden en normen van het bedrijf overgedragen.

We hebben hier de formele planningscontext van opleiding en training geschetst.

In een integraal kwaliteitsbeleid gaat het erom voortdurend te leren. Formeel maar ook informeel. Elke hapering in het proces, elk probleem dat zich voordoet, wordt gezien als een kans om te leren.

Een kwaliteitsorganisatie beoordeelt en begeleidt zijn mensen veel meer op het aangrijpen van kansen om te leren dan op de feitelijke prestaties.



**Fig. 3.3.3. Verbetercyclus opleidingsbeleid**

Het is van belang om het opleidingsbeleid van een organisatie tegen deze achtergrond te bezien.

### **Teamvorming**

In de gezondheidszorg bestaat nog steeds een sterk individualistische cultuur. Vooral bij het zorgproces is men terughoudend in het toepassen van een team-aanpak. Dat hangt ondermeer samen met de bijzondere persoonlijke relatie die ontstaat tussen zorgverlener en patiënt. Ook de opleiding van professionals draagt bij aan deze individualistische cultuur. De opleiding is erg op individuele besluitvorming gericht. Desondanks ontstaat er steeds meer teamvorming. Dat is ook bijna onvermijdelijk, omdat de zorg bijna altijd wordt verleend door een multidisciplinaire groep medewerkers. Bovendien omvatten de meeste zorgprocessen meerdere disciplines en zelfs meerdere afdelingen. De effectiviteit kan zeer aanzienlijk worden verhoogd als het management de zorg zodanig organiseert dat de dienst- en zorgverlening wordt uitgevoerd in vanzelfsprekende samenwerkingsrelaties tussen mensen. Een team is bijna altijd het meest effectieve instrument waarmee problemen in de zorgketen kunnen worden opgelost of verbeterd. Voorwaarde is wel dat het team goed getraind en voorbereid is.

### **Medische specialisten**

In het kader van het personeels-

beleid past ook aandacht voor de professionals, waarvan de medisch specialisten een belangrijke groep vormen.

In een instelling voor gezondheidszorg functioneren verschillende groepen professionals op min of meer autonome wijze. Kwaliteit heeft voor hen te maken met de intrinsieke kwaliteit van het medisch handelen in individuele gevallen.

Maar geleidelijk aan verschuift verantwoordelijkheid voor kwaliteit in de richting van het management. Door de ziekenhuisorganisatie verantwoordelijk te stellen bij nalatigheid in geval van juridische claims, door veranderende wetgeving, door oriëntatie op het cliëntenbelang, door professioneel management en door de steeds verdergaande multidisciplinaire werkwijze van artsen en verpleegkundigen in teams, heeft kwaliteit niet langer alleen betrekking op het medisch handelen van de individuele specialist.

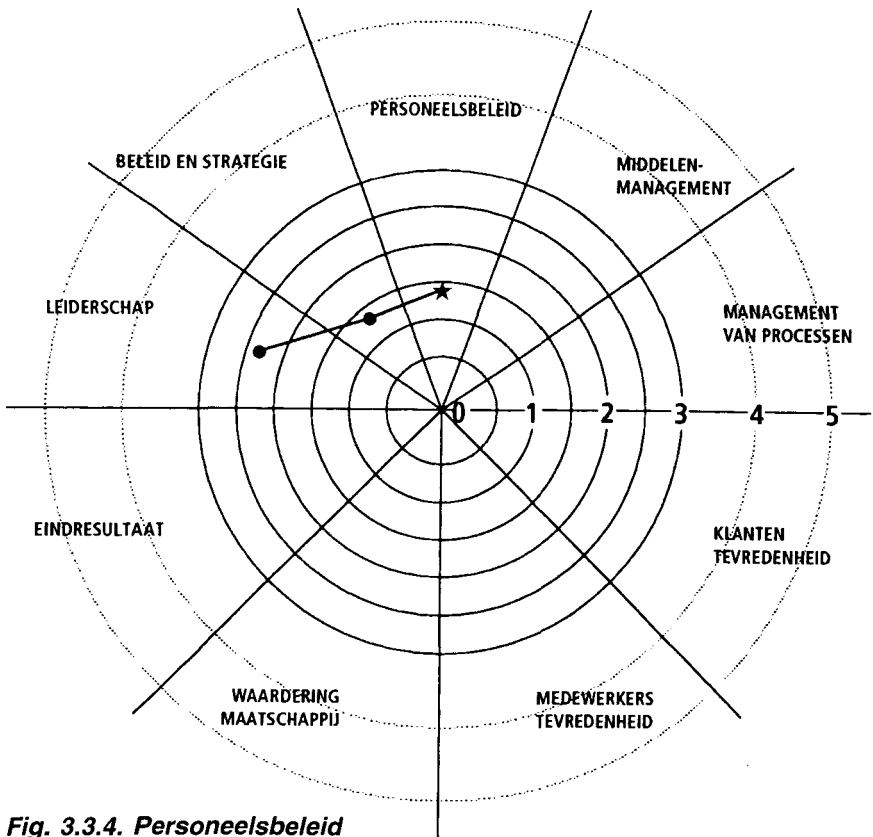
Door de combinatie van de ervaring van de specialisten met hun traditie van kwaliteitsontwikkeling en de principes van organisatiebrede vormen van kwaliteitsverbetering komen complementariteit en synergie binnen bereik. Toch werkt de praktijk anders. In veel ziekenhuizen ontstaan problemen, omdat de professionals geen deel uitmaken van de ziekenhuisorganisatie maar van een maatschap. Het primaire proces in het ziekenhuis is als het ware

uitbesteed aan een andere organisatie. Daardoor werken de normale sturingsmechanismen van het management niet. Naarmate het management van een zorginstelling meer verantwoordelijkheid wil nemen voor de organisatie en de kwaliteit van het primaire proces, loopt het management steviger aan tegen het probleem dat het niet de proceseigenaar is van de behandeling.

De ervaring leert evenwel dat pro-

blemen over kwaliteit tussen management en professionals kenmerkend zijn voor de eerste fase van een kwaliteitsbeleid. Als dit beleid eenmaal op gang is gekomen zijn juist de professionals de voor sprekers van dit beleid (Berwick e.a., 1990).

**Stand van zaken** (zie figuur 3.3.4) In het bedrijfsleven wordt in 40% van de bedrijven tijdens het werkoverleg aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering. In de gezond-



**Fig. 3.3.4. Personeelsbeleid**

heidszorg wordt hiervoor met name de methode van de intercollegiale toetsing gehanteerd, waarbij collega's het werk van elkaar beoordelen. In 20% van de instellingen is sprake van monodisciplinaire intercollegiale toetsing. In 15% is er sprake van multidisciplinaire toetsing.

### **3.4 Middelen management**

Middelen management heeft ondermeer betrekking op de manier waarop de financiële middelen worden ingezet, de informatiestroom wordt gekanaliseerd, de materiële middelen worden beheerst, de interne budgettering plaatsvindt en kennis wordt toegepast binnen een organisatie.

Vooraf tijdens de eerste fase van het kwaliteitsbeleid zal een intensieve training in de principes van kwaliteit op alle niveaus in de organisatie plaatsvinden. De daaraan verbonden kosten in geld en tijd kunnen fors oplopen. Een kwaliteitsbeleid valt of staat bij het meetbaar maken van de resultaten. Dat moet veelal op decentraal niveau gebeuren, omdat daar de meetgegevens geïnterpreteerd kunnen worden. Bovendien vergt het meten van resultaten geavanceerde en gedecentraliseerde informatiesystemen die voldoen aan de informatiebehoefte van de onderscheiden teams. Dat houdt in dat

meestal niet kan worden volstaan met standaard informatiseringspakketten. Het opzetten van een tailor-made indicatorsysteem is uiteraard behoorlijk kostbaar.

Daartegenover staan op termijn kostenreducties. In de literatuur zijn die helaas slecht gedocumenteerd.

De industrie schat de kwaliteitskosten op 20 tot 40% van de totale bedrijfskosten, een percentage dat ziekenhuisadministrateurs herkennen als het gaat om gezondheidszorg (Jaeger e.a., 1994).

Van de feitelijke kwaliteitskosten in gezondheidszorgorganisaties weten we nog weinig. De instellingen rapporteren daarover niet. Kwaliteitskosten vormen doorgaans geen onderdeel van het financieel informatiesysteem. Dat maakt het soms moeilijk om sommige managers, maar vooral financiers, te overtuigen van de noodzaak te investeren in kwaliteit.

### **Kennismanagement**

Zorginstellingen zijn kennisintensieve instellingen.

De gezondheidszorg vergt hoog ontwikkelde kennis. Deze kennis wordt herhaald toegepast bij redelijk overeenkomstige, maar veelal complexe problemen.

Kwaliteitsmanagement en kennismanagement vullen elkaar aan. De betrokkenheid van medewerkers bij

het opstellen van de missie, de visie en de doelen versterkt de binding tussen de medewerkers en de organisatie. Hierdoor zal het verloop van medewerkers - en dus van kennis - verminderen. Bovendien kan de aanwezige kennis hierdoor verder worden ontwikkeld in een gemeenschappelijke gekozen richting. De decentrale structuur - waarin zoveel mogelijk bevoegdheden gedecentraliseerd zijn naar geïntegreerde behandel- en zorgteams - bevordert de koppeling van verschillende vormen van expliciete en impliciete kennis. Dat geldt ook voor het expliciet in kaart brengen van behandelprocessen.

De feitelijke invoering en planning van een kennisbeleid koppelt men aan het opleidingsbeleid. De overwegingen over kennismanagement geven daaraan een verdieping.

Voor de teammanagers is een sleutelrol weggelegd in het proces van kennisontwikkeling. De impliciete kennis van de hogere managers - geformuleerd in termen van idealen en visies - dient door hen te worden gekoppeld aan de impliciete kennis van de medewerkers. Als dat lukt, kunnen werkelijk vernieuwingen worden doorgevoerd. Teammanagers weten vaak precies wat de organisatie wil en wat de medewerkers kunnen en komen veelal tot creatieve oplossingen. (Weggeman 1995a,b)

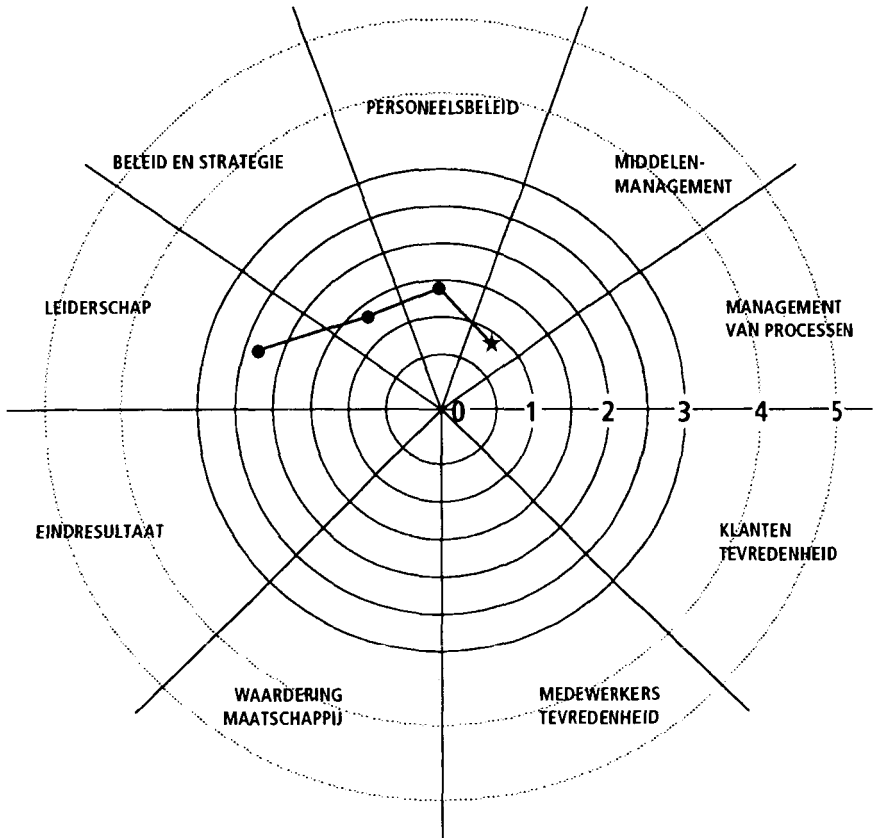
### **Stand van zaken** (zie figuur 3.4.2)

Op het gebied van middelenmanagement is er sprake van een duidelijke achterstand van de gezondheidszorg ten opzichte van het bedrijfsleven. Slechts 12% van de zorginstellingen gebruikt bijvoorbeeld systematische informatie uit het zorgproces op geaggregeerd niveau om tot verbetering te komen, tegenover 72% van het bedrijfsleven.

## **3.5 Management van Processen**

Een proces bestaat uit een aantal taken die in samenhang worden uitgevoerd, waardoor een product of dienst wordt voortgebracht dat de cliënt tevreden stelt (George en Weimerskirch, 1994). Het doel van procesmanagement is producten en diensten te leveren van de hoogst mogelijke kwaliteit.

In de gezondheidszorg is het procesdenken op gang gekomen. Dit werd extern gestimuleerd door ontwikkelingen in het bedrijfsleven. Intern werd de gezondheidszorg hierin gestimuleerd door de variatie in uitkomsten van de klinische praktijk. Natuurlijk is in de dienstverlening en zeker in de gezondheidszorg niet alle variatie onwenselijk. Er bestaat veel variatie die men niet kan maar ook niet zou willen beheersen. Zo bestaan er variaties in de oorzaken en factoren die een ziekte of stoor-



**Fig. 3.4.2. Middelenmanagement**

nis in stand houden, in de manier waarop de patiënt zijn klacht onder woorden brengt, in de verwachtingen van de patiënt, en in de reactie van de omgeving, om maar enkele voorbeelden te noemen.

Behandelingsplannen omvatten altijd een element dat betrekking heeft op de individuele patiënt. Hierdoor kunnen behandeling en zorg geen gestandaardiseerde processen zijn zoals in de industrie. Alleen

onwenselijke en onnodige vormen van variatie in de uitvoering van zorg en behandelprocessen zullen moeten worden beperkt. Andere variatie dient te worden geanalyseerd om tot verbetering te komen.

**Beschrijving en borging van processen**

Er bestaat maar één manier om tot een systematische verbetering van het medisch handelen te komen. Dat is het vastleggen van het me-



disch handelen in de vorm van procesbeschrijvingen. Op het moment dat het proces op grond van een bepaalde diagnose is beschreven, kan worden vastgesteld of dit proces in overeenstemming is met de meest recente wetenschappelijke bevindingen (evidence-based medicine). Pas dan is onderlinge vergelijking mogelijk, zijn medical audits mogelijk, is proces benchmarking mogelijk, en is expliciete kennisoverdracht mogelijk. Als dit proces niet wordt vastgelegd, is verbetering ad hoc, intuïtief en impliciet.

Ook in de gezondheidszorg is het daarom zinvol om processen te beschrijven en te beheersen. Dan zijn ze te sturen en aan te passen aan nieuwe bevindingen en strategische doelen. De PACE- en ISO-normen kunnen daarbij richtinggevend zijn. Professionals hebben een natuurlijke hekel aan procedures en protocollen. Dat zijn begrijpelijke vooroordelen die samenhangen met de manier waarop in de industrie werkprocedures worden opgesteld. Daar wordt vaak zeer gedetailleerd voorgeschreven wat iedereen moet doen.

Inmiddels is in de dienstverlening een traditie aan het ontstaan, waarbij procedures worden vastgelegd, zonder dat er sprake is van dwingende voorschriften. De beschrijvingen laten vooral zien hoe een organisatie zijn eigen diensten tot stand brengt. Dat is het resultaat van overleg, betrokkenheid van ieder-

een en consensus. In de procedures worden de werkafspraken vastgelegd die men met elkaar is overeengekomen. Op die manier zijn de procedures van de medewerkers zelf en worden ze nauwelijks als knellend ervaren.

Het opstellen van richtlijnen behoort ook tot een vorm van procesmanagement. Sinds 1982 organiseert het CBO in Nederland consensus-bijeenkomsten waar richtlijnen voor zorg van goede kwaliteit worden ontwikkeld. Er is al een aantal richtlijnen geformuleerd.

Richtlijnen kunnen de basis vormen van criteria. Instellingen kunnen daarmee hun praktijk toetsen. Instellingen kunnen de richtlijnen natuurlijk ook aanpassen aan de eigen situatie.

Een richtlijn voor het primaire proces kan niet alleen gebaseerd zijn op medische richtlijnen. Ook het perspectief van de patiënt, de familie, de verwijzer en de andere betrokkenen, zoals die in de missie en de strategie van de organisatie zijn geformuleerd, behoort daarin een plaats te krijgen.

Niet alleen professionals zijn verantwoordelijk voor het primaire proces. Daarvoor is ook het management verantwoordelijk. In de richtlijn die uiteindelijk wordt gehanteerd dient naast het strategisch beleid van de organisatie ook de relatie tussen het klinische en het ondersteunende proces te worden vastgelegd. Kwaliteitsverbetering heeft in de gezondheidszorg altijd betrek-

king op de professionals en het management. Dat kan schematisch als volgt worden uitgewerkt waarbij we een zorgproces dat tot stand komt vanuit verschillende invalshoeken een kritisch kwaliteitstraject noemen (zie figuur 3.5.2).

### Kritisch kwaliteitstraject

Het kritisch kwaliteitstraject van een medisch- of zorgproces is gebaseerd op medische richtlijnen. Het traject is in overeenstemming met de missie en strategie van de organisatie. Bovendien is het traject gebaseerd op de verwachtingen van de patiënt en afgestemd op de ondersteunende diensten.

Iets preciezer geformuleerd: een kritisch traject bestaat uit een optimale volgorde en timing van interventies door artsen, verpleegkundi-

gen en anderen bij een bepaalde diagnose of procedure. Het traject is opgesteld vanuit het perspectief van de patiënt en ontworpen om vertraging, onnodige kosten en onvrede bij de patiënt te voorkomen. Zo'n traject leidt tot maximale zorgkwaliteit (naar Coffey e.a., 1995).

Het kritisch traject bevat de normale behandel- en zorginterventies die te verwachten zijn bij een bepaalde diagnose. Het traject wordt ontwikkeld voor een bepaalde diagnose of procedure, maar kan per patiënt of team verschillen. Dat hangt vooral samen met de doelen die het team voor het traject heeft geformuleerd. Op deze wijze wordt het slaafs volgen van het traject als 'best practice' voorkomen.

Een kritisch kwaliteitstraject is dus een neerslag van wat medisch no-

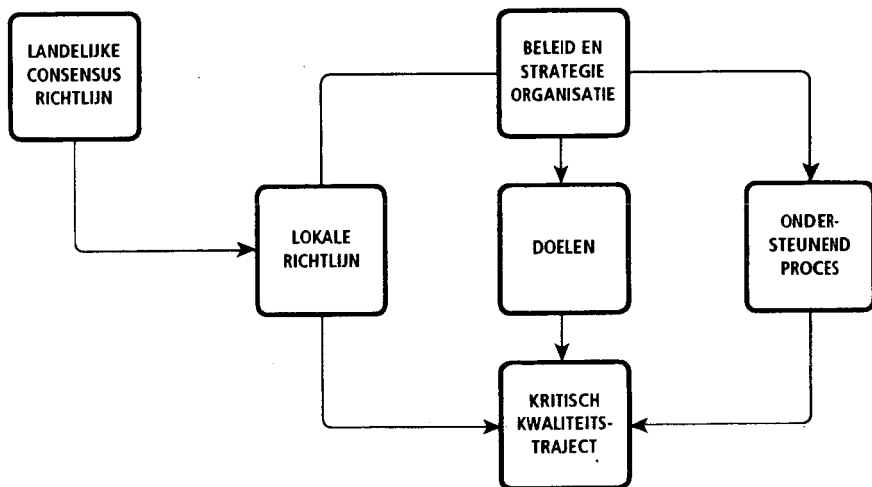


Fig. 3.5.2. Ontwikkeling kritisch kwaliteitstraject

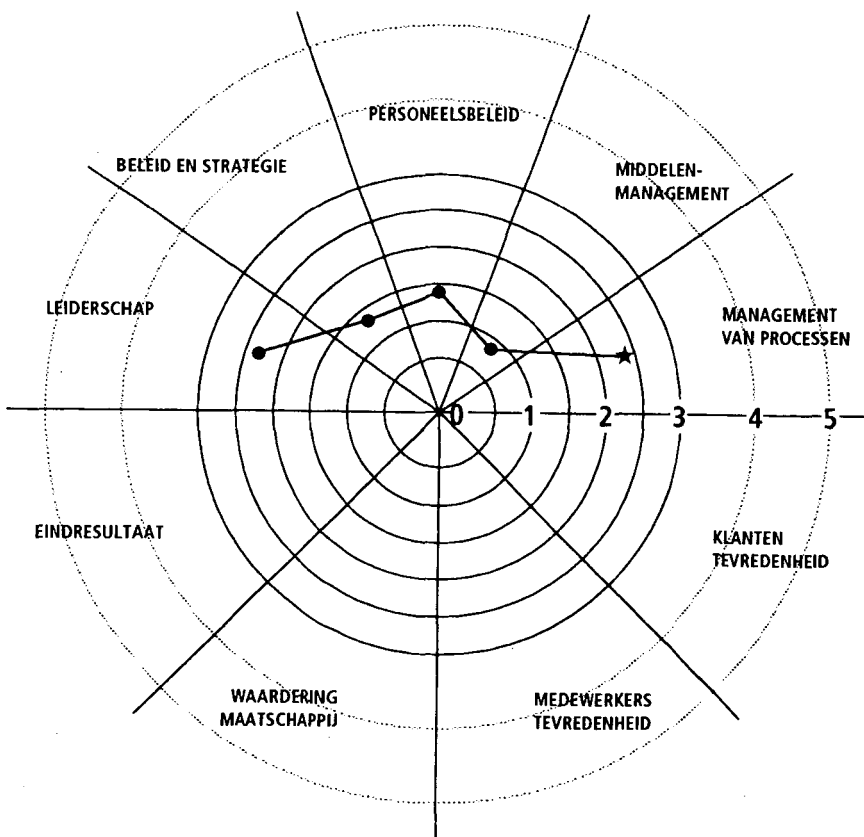
dig is voor een patiënt, maar ook van de missie van de organisatie en/of het behandelende team. Het traject bevat een interpretatie van het team van de wensen van de patiënt en respecteert de inbreng van de patiënt. Een patiënt die goed inzicht heeft in de stoornis en de behandeling kan immers zelf een aanzienlijke bijdrage leveren aan zijn eigen genezing.

**Stand van zaken** (zie figuur 3.5.3)

Van de zorginstellingen gebruikt 47% zorgplannen. Gemiddeld de helft van de instellingen past protocollen toe voor verschillende onderdelen van het zorgproces. In het bedrijfsleven is bij 43% van de afdelingen sprake van decentrale procesbeheersing.

### Tussenbalans

Tot nu toe bespraken we de voorwaardenscheppende aandachtsvelden van het EFQM-model. Nu vol-



**Fig. 3.5.3. Management van processen**

gen de resultaatgerichte aandachtsvelden. Daarbij kunnen we geen onderzoeksgegevens uit het bedrijfsleven geven, omdat die niet in het bedrijfsonderzoek voorkwamen. De onderzoekers van het NIVEL en het Instituut Nederlandse Kwaliteit stelden verschillende vragen om te beoordelen in hoeverre zorginstellingen en het bedrijfsleven zijn gevorderd op het terrein van kwaliteit. Hierdoor is een vergelijking niet goed mogelijk.

Uit een tentatieve vergelijking - die

u maar beter meteen weer kunt vergeten - blijkt dat het bedrijfsleven en de gezondheidszorg gemiddeld minder dan één ontwikkelingsfase van elkaar verschillen. Het bedrijfsleven lijkt echter op een evenwichtiger manier aandacht te besteden aan kwaliteit (zie figuur 3.5.4).

### 3.6 Waardering door cliënten

Bij het leveren van kwaliteit gaat het per definitie om het voldoen aan, of overtreffen van de verwachtingen

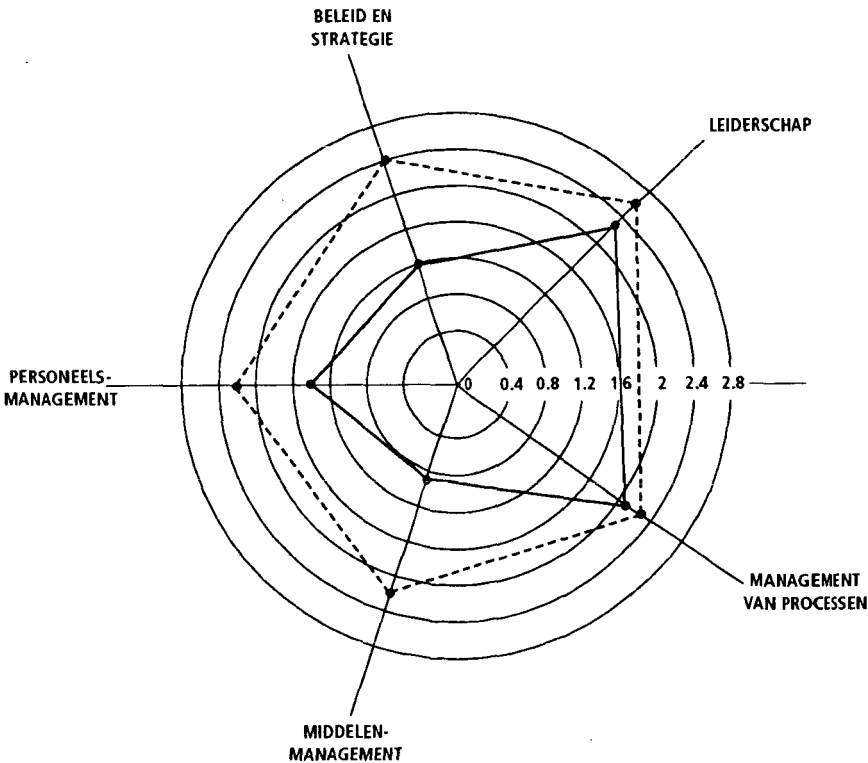


Fig. 3.5.4. Bedrijfsleven en gezondheid

van de cliënt. Hoe belangrijk is het om bij de cliënt te bepalen of hij met de verleende zorg tevreden is?

In een wetenschappelijk-technische opvatting van kwaliteit: "de mate van toepassing van thans beschikbare medische kennis en technologie" (Vuori, 1991) doet de mening van de patiënt nauwelijks terzake. De mening van de patiënt is echter wèl van belang als men verder gaat en medische zorg wil verlenen in een omgeving waar de behoeften van de patiënt worden begrepen, waar vergissingen worden gesignaleerd en het liefst worden voorkomen, waar alle fouten en klachten worden gezien als nuttige informatie, en waar fouten zodanig worden aangepakt dat het vertrouwen van de patiënt zich herstelt (McIntyre en Kleman, 1994).

Patiënttevredenheid is een uitdrukking van de waardering door de patiënt van de zorg die aan hem is verleend. Het gaat daarbij grofweg om de discrepantie tussen impliciete en expliciete verwachtingen en wat feitelijk ervaren is.

Er zijn veel factoren geïdentificeerd die tevredenheid beïnvloeden, zoals persoonsfactoren, de effectiviteit van de geboden hulpverlening, de medewerkerstevredenheid, het imago van de organisatie, en de gezondheidstoestand van de patiënt. Patiënttevredenheid is dus een persoons- en context afhankelijk hypothetisch begrip. Het begrip levert nauwelijks enige differentiatie op,

gezien de hoge gemiddelde satisfactiescores in de gezondheidszorg.

De patiënt kan als kritische consument een aantal zaken goed beoordelen zoals de ontvangst, de maaltijden en de verdere dienstverlening tijdens de behandeling. Maar naar mate een patiënt meer in beslag wordt genomen door een ziekte of medisch probleem en zijn afhankelijkheid en onzekerheid toenemen, kan niet worden verwacht dat zijn tevredenheid eenduidig in verband staat met die dienstverlening. Het gaat hier allang niet meer om het tevreden stellen van een patiënt met een vriendelijke glimlach of een geroutineerd oogcontact. Bij patiënten spelen meer gecompliceerde waarden een rol met betrekking tot autonomie, participatie, angst, onzekerheid. Bovendien heeft het beoordelen van een ander van wie je je afhankelijk voelt, een paradoxaal element.

Deze constatering maken het begrip patiënttevredenheid niet onbruikbaar. Ze geven wel aan dat het begrip genuanceerd moet worden gehanteerd wil het gebruik ervan enige zin hebben.

In het proces van zorgverlening komt het erop aan te voldoen aan individuele verwachtingen. Het kritisch kwaliteitstraject biedt daartoe een aanknopingspunt. Daar bestaat de mogelijkheid om het traject met de patiënt van tevoren door te lopen

en zijn verwachtingen te expliciteren en mee te nemen in het traject.

Bij het zoeken naar cliënttevredenheid gaat het erom te achterhalen waar cliënten echt ontevreden over zijn om die onvrede weg te nemen. Natuurlijk gaat het er ook om te achterhalen waarover cliënten wél tevreden zijn om dat verder te ontwikkelen en, als het mogelijk is, soms de cliënt een onverwacht element te bieden dat hem blij ver-

rast. Het eerste is ingebed in een zorgvuldig proces van verbetering. Het laatste is afhankelijk van de creativiteit van de leiding en medewerkers.

**Stand van zaken** (zie figuur 3.6.2) Hoewel de waardering van de patiënten doorgaans hoog is, worden de resultaten van patiënttevredenheidsonderzoek in de Nederlandse zorg weinig betrokken in de beleidsontwikkeling. In veel instellingen

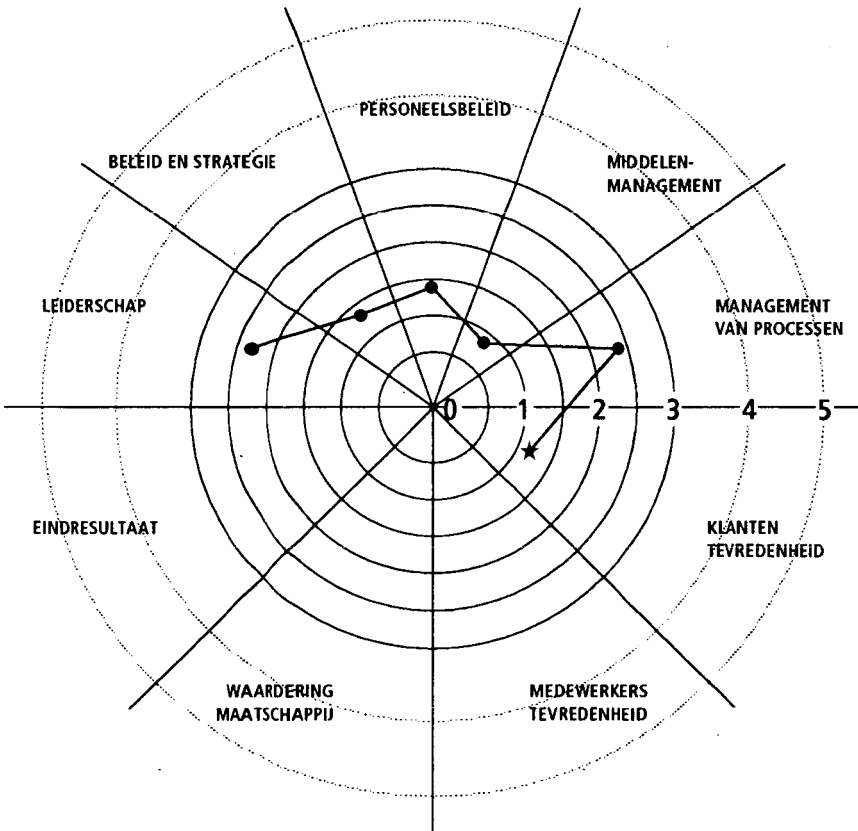


Fig. 3.6.2. Waardering door klanten

bestaat wel een cliëntenraad of de mogelijkheid tot klachtenregistratie. Maar tevredenheidsonderzoek onder primaire, secundaire of tertiaire cliënten en/of systematisch behoeften-onderzoek komen veel minder voor.

### **3.7 Waardering door medewerkers**

De kwaliteit van de geboden behandeling, zorg en dienstverlening is grotendeels afhankelijk van de persoonlijke en professionele inzet van de medewerkers die met de cliënten omgaan. Dat geldt zeker voor de dienstverlenende sector waar de dienst ontstaat in de interactie tussen de cliënt en de medewerker en in extreme mate voor de gezondheidszorg, omdat daar vaak sprake is van afhankelijkheid.

In een kwaliteitsorganisatie is een medewerker verantwoordelijk voor het vertalen van de verlangens van een cliënt in diensten, voor het opzetten van werkprocessen, en voor het meten en het verbeteren daarvan. Voor de cliënt is de medewerker de verpersoonlijking, het gezicht van de organisatie. En voor de organisatie is de medewerker het belangrijkste werkkapitaal. Of met de woorden van de voormalige president van de KLM, dr. J.F.A. de Soet: "Put your people first and they will put your customers first."

De kwaliteit die de medewerker in het contact met de cliënt kan leggen, hangt niet alleen af van zijn technische en communicatieve vaardigheden, maar ook van de inhoud van het werk, de arbeidsverhoudingen, voorwaarden en omstandigheden.

De cliënt zal zeker merken of de medewerker gejaagd en haastig aan het bed staat door een personeelstekort, niet betrokken is bij het kwaliteitsbeleid omdat hij dat niet begrijpt, niet kent, of het er mee oneens is, het gevoel heeft dat hij onderbetaald wordt, conflicten heeft met zijn collega's, of onheus bejegend wordt door zijn chef. Plaats daartegenover een loyale en betrokken medewerker die het gevoel heeft problemen mee te kunnen oplossen en zijn werkgever als zorgzaam waarneemt, en het is meteen duidelijk hoe belangrijk het is te weten in hoeverre de medewerkers tevreden zijn.

De mate van motivatie en satisfactie bij medewerkers is dus van belang, omdat het effect heeft op de kwaliteit van de geboden dienstverlening. Daarnaast spelen er ook andere factoren, waardoor het belangrijk is om de mening en waardering van medewerkers serieus te nemen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de afname van het ziekteverzuim, kennisbehoud, de beperking van het verloop, vernieuwing door creatief meedenken over verbeteringen, inzet en prestatie. In die

zin is medewerkerstevredenheid middel, maar ook doel: input en output.

Het streven om medewerkers waar mogelijk tevreden te stellen, heeft ook zijn grenzen. Een tevreden medewerker levert zeker een impuls voor kwaliteit, vernieuwing en productiviteit. Maar een zeer tevreden medewerker zou ook wel eens een zelfgenoegzame medewerker kunnen worden met weinig *drive* om verbeteringen te realiseren. Streven we bij cliënten naar maximale tevredenheid, bij medewerkers gaat het om optimale tevredenheid.

Hoe de relaties tussen tevredenheid, productiviteit, verloop en ziekteverzuim liggen, is niet precies te zeggen. Uit het onderzoek dat tot nu is verricht blijkt bijvoorbeeld dat tevredenheid slechts een geringe relatie heeft met het verloop, het verzuim en de arbeidsprestaties. Ontevredenheid heeft duidelijk wèl te maken met verzuim, verloop en te laat komen.

Bij het meten van medewerkers-tevredenheid kan het beste worden gekeken naar de mogelijkheden die de bestaande overlegstructuur hiervoor biedt. Zo'n meting kan ook plaatsvinden tijdens formele en informele gesprekken, functionerings-gesprekken, exit interviews, klachtenregelingen, focus groepen en met behulp van vragenlijsten.

Hoe zinnig het is om te vragen naar de waardering van medewerkers

staat of valt met het vervolg. Doet men wat met verkregen informatie en vindt er een terugkoppeling plaats van de informatie naar de medewerkers? Als de meting plaatsvindt in het kader van een kwaliteitsbeleid, dan is een decentrale, teamgerichte terugkoppeling het meest effectief. Op dat niveau zijn namelijk de directe werkomstandigheden te beïnvloeden.

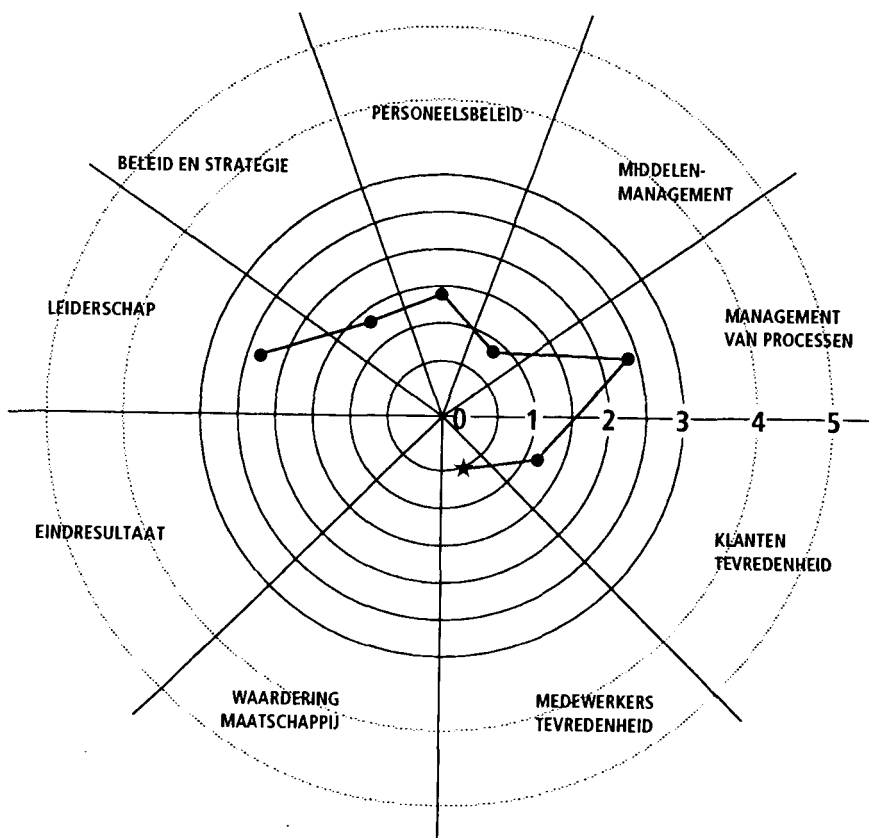
### **Stand van zaken** (zie figuur 3.7.2)

Het aantal gezondheidsinstellingen dat onderzoek verricht naar de waardering van patiënten is klein. Maar het aantal zorginstellingen dat systematisch onderzoek verricht naar de behoeften en tevredenheid van hun medewerkers is nog veel kleiner. Soms wordt er een eenmalige enquête gehouden (bijvoorbeeld landelijk), maar daar blijft het dan ook bij. Aan medewerkers wordt vrijwel nooit gevraagd wat zij vinden van hun werkomstandigheden.

## **3.8 Waardering vanuit de maatschappij**

In veel gezondheidszorginstellingen neemt men als vanzelfsprekend aan dat de maatschappelijke waardering voor de activiteiten groot is. De instellingen zijn immers gericht op het maatschappelijk belang. Hun bestaan is op zich al een blijk van waardering voor hun activiteiten.





**Fig. 3.7.2. Medewerkerswaardering**

Door de dynamiek van de maatschappelijke omgeving moeten managers steeds meer aandacht besteden aan strategische aspecten. Als gevolg van die maatschappelijke veranderingen zijn instellingen in toenemende mate genoodzaakt hun bestaansrecht aan te tonen. Het is belangrijker dan ooit dat het publiek, de pers, en de politiek vertrouwen houdt in de instelling. Het maatschappelijke krachtenveld omvat de wetgeving, weten-

schappelijke standaarden, de reputatie van de sector, de media, belangengroepen, publiek oordeel en de politieke opinie.

Elke instelling is onderdeel van een systeem dat op zijn beurt weer invloeden ondergaat van andere systemen. De markt is zo'n systeem, zorginstellingen vormen samen zo'n systeem en de gemeenschap is zo'n systeem.

Een gezondheidszorginstelling functioneert in onderlinge afhanke-

lijkheid met de gemeenschap. Vanuit dat besef ontwikkelt een instelling beleid ten opzichte van die gemeenschap.

De maatschappelijke oriëntatie van een zorginstelling kan op een interessante manier worden getoetst met behulp van de *social audit* (New Economics Foundation, 1996). Met zo'n social audit kan de maatschappelijke invloed en het ethische gedrag van een organisatie worden beoordeeld in verhouding tot de doelen van die organisatie en haar stakeholders.

Een zorginstelling kan om verschillende redenen een social audit overwegen. De motivatie kan intern zijn, omdat men zich strategisch wil heroriënteren of inzicht wil krijgen in de waarden die men hanteert en de waarden waaraan men wordt afgemeten. Het kan ook zijn dat men wil achterhalen of de praktijk gelijk is aan de visie en missie. Er kunnen ook externe redenen zijn. Belangrijke stakeholders kunnen bijvoorbeeld vragen om inzicht in het maatschappelijk gedrag van de instelling.

Een typische audit kan men schematisch weergeven (zie figuur 3.8.2)

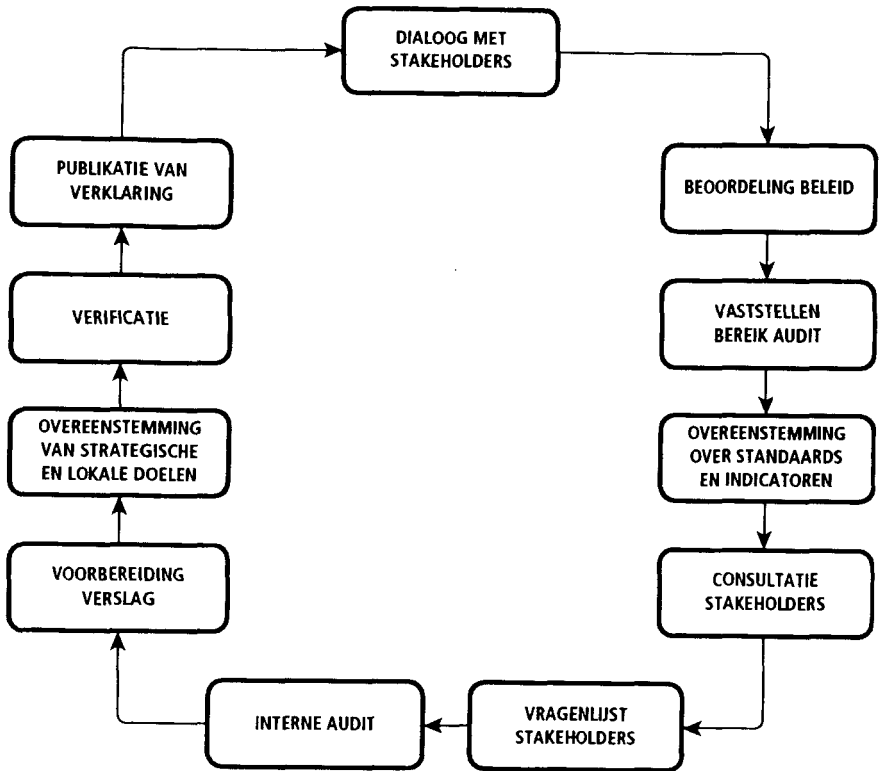
In een audit cyclus gaat het erom een drieslag te maken waarbij de waarden betrokken zijn van de instelling, de stakeholders en de maatschappij. Daarbij beschouwt

men als stakeholders alle personen die beïnvloed worden door of invloed uitoefenen op de activiteiten van de organisatie.

Meestal gaat men uit van de betrokkenheid van de tien belangrijkste stakeholders. In het geval van een zorginstelling horen daar in elk geval de patiënten, de verzekeraars, inspectie en overheid bij. Daarnaast kan men denken aan een vertegenwoordiger van verwijzers, medewerkers, collega-instellingen, lokale overheid, de vestigingsbuurt en universiteiten. Als men de reikwijdte heeft bepaald, kan men van daaruit standaarden ten behoeve van de kwantitatieve metingen opstellen, bijvoorbeeld rondom de externe communicatie, het sociaal beleid en de betrokkenheid bij de gemeenschap.

Het raadplegen van de stakeholders kan op verschillende manieren: door focusgroepen, vragenlijsten, interviews, enzovoorts. Tijdens de audit komt de vraag aan de orde wat de kernvragen zijn van de stakeholders, wat de prestaties zijn van de organisatie in termen van die waarden, of de organisatie zijn kernwaarden moet herzien, en hoe de stakeholder zich gedraagt in termen van de kernwaarden. Gezien de complexiteit en gevoeligheid van een maatschappelijke audit, kiest men er meestal voor die audit extern te laten uitvoeren.

De resultaten van de audit kan men vervolgens weer voorleggen aan de



**Fig. 3.8.2. Audit cyclus (New Economics Foundation, 1996)**

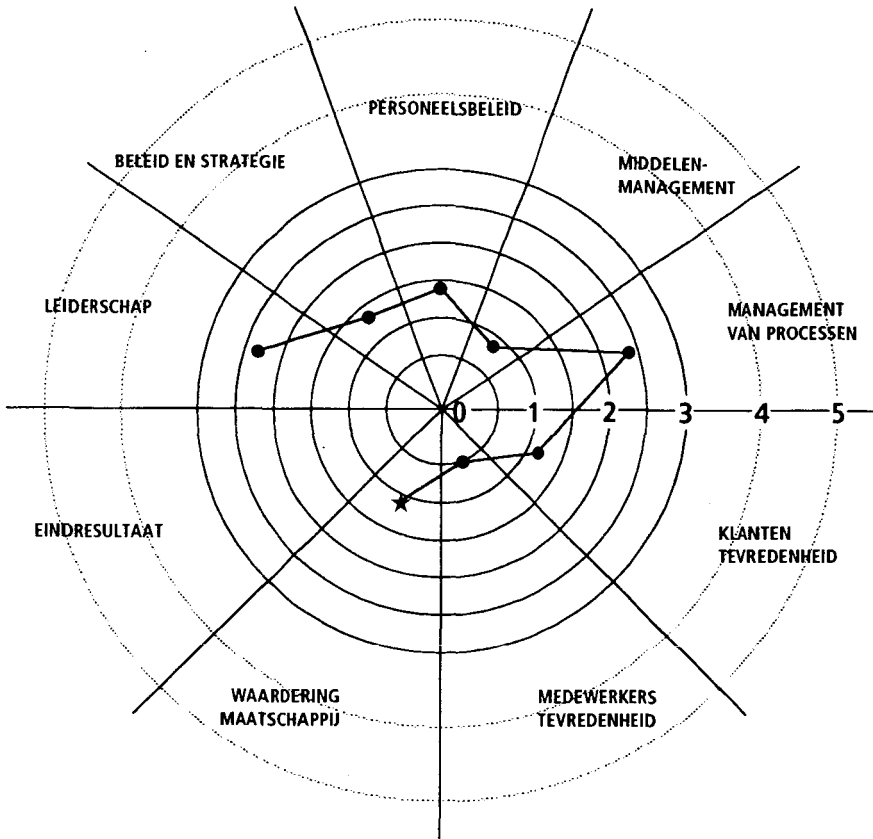
stakeholders. Dat kan aanleiding zijn om het beleid ten aanzien van de stakeholders bij te stellen.

**Stand van zaken** (zie figuur 3.8.3) Ook hier blijkt dat de waardering vanuit de maatschappij voor de gezondheidszorg als hoog mag worden verondersteld. Er heeft echter nauwelijks een systematische verkenning plaatsgevonden van de verwachtingen van de maatschappelijke omgeving. Ook is er niet gemeten in welke mate aan die

verwachtingen wordt voldaan.

### 3.9 Eindresultaten

Een organisatie met een hoge cliënt- en medewerkerstevredenheid, die goed is geënt op maatschappelijke waarden, zou bijna vanzelfsprekend goed moeten scoren in zijn bedrijfsresultaten. Toch is dat niet altijd het geval; er zijn bedrijven failliet gegaan die op alle criteria excellent scoorden, behalve op de bedrijfsresultaten.



**Fig. 3.8.3. Waardering maatschappij**

In het bedrijfsleven is het niet zo moeilijk om adequate aanwijzingen te vinden voor de resultaten.

De stand van het aandeel, het dividend overzicht, de omvang van de verkopen, de nettowinst, het totaal bezit, het werkkapitaal, het zijn allemaal financiële indicatoren die elk bedrijf zorgvuldig bijhoudt. Een belangrijke, niet financiële indicatie is marktaandeel. Het is ook niet zo moeilijk om deze waarden te verge-

lijken met andere bedrijven omdat al deze gegevens in jaarverslagen staan vermeld.

In de gezondheidszorg is het veel gecompliceerder om adequate aanwijzingen te vinden voor de resultaten. Financiële en bedrijfsmatige gegevens die indicatief zijn voor een goede bedrijfsvoering zijn nog wel te vinden. Maar hoe wordt een echte resultaatmeting uitgevoerd?

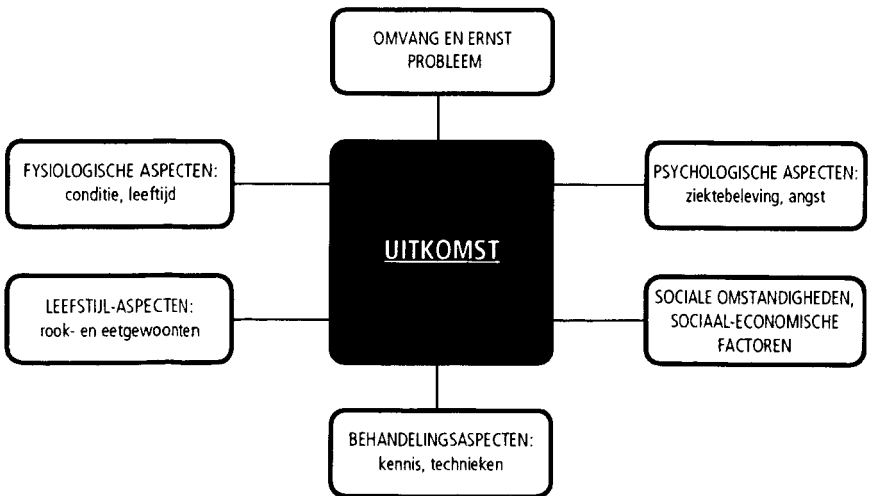
Wat zijn nu de resultaten geweest van de behandelinterventies? Het is een groot methodologisch probleem om daarvoor adequate criteria te vinden. Die worsteling speelt door de hele geschiedenis van de geneeskunde.

De uitkomst van de geboden zorg wordt maar voor een deel bepaald door de ingreep van een behandelaar. Andere factoren die een rol spelen zijn de aard en de ernst van de problemen, de sociale omstandigheden, fysiologische aspecten, psychologische aspecten en leefstijlaspecten (zie fig. 3.9.2).

Dat maakt het moeilijk om de bijdrage van een behandeling aan de uitkomsten toe te schrijven. Dat zou alleen kunnen in een context waarbij de resultaten worden aangepast

aan de risicofactoren.

Valide, eenduidige maten voor de uitkomsten van zorgprocessen zijn nauwelijks beschikbaar. Toch is het vanuit verschillende overwegingen van belang om informatie te verzamelen over het effect van zorgverlening. De belangrijkste overweging is dat uitkomsten het ultieme criterium voor goede kwaliteit zijn. De informatie over uitkomsten moet betrekking hebben op de doelmatigheid van de behandeling, op het vermogen van de patiënt om goed te functioneren, en op de kwaliteit van leven van de patiënt. De manier waarop die informatie tot stand kan komen, is vooralsnog een kwestie van zoekend experimenteren. Omdat er vooralsnog weinig valide uitkomstindicatoren beschikbaar zijn, zullen uitkomstgegevens



**Fig. 3.9.2. Factoren van belang bij uitkomstindicatoren**

altijd aan procesgegevens moeten worden gerelateerd.

### **Een integratie**

Een zorgorganisatie heeft te maken met veel cliënten. Bovendien vinden er voortdurend gecompliceerde processen plaats, zeker als er meerdere disciplines betrokken zijn bij de zorg van multi-causale aandoeningen. De grote vraag is, hoe in deze context een beheersbaar, niet-bureaucratisch systeem van uitkomst-indicatoren kan worden opgezet.

Hier pakken we weer de draad op van het kritische kwaliteitstraject. De stappen die daarbij al eerder aan de orde zijn gesteld, vatten we eerst even kort samen. Bij een kritisch kwaliteitstraject gaat het om een ontworpen zorgproces, dat gebruik maakt van bestaande richtlijnen en protocollen, dat is gebaseerd op de strategie en doelen van de organisatie, en waarin de eisen van cliënten al zijn opgenomen. De proceseigenaar is degene die in overleg met het betrokken team vaststelt welke uitkomstindicatoren gekozen worden in combinatie met procesindicatoren en satisfactie-indicatoren. Hierbij moet rekening worden gehouden met de uitkomstindicatoren die het management op instellingsniveau wil hanteren. Bij de keuze van de indicatoren kan men kijken naar de uitkomstindicatoren die in de literatuur worden genoemd of bij andere instellingen worden gebruikt. Verder

kan men letten op de termen waarmee de belangrijkste cliënten de uitkomsten beoordelen.

Men kan dan vanuit de literatuur of op grond van een benchmark of eigen ervaring een voorlopige norm vaststellen en/of een nulmeting uitvoeren om een norm vast te stellen. De uitkomsten kan men in relatie brengen met de uitkomsten van andere onderzoeken (medewerkers, patiënttevredenheid, waardering maatschappij) en met de procesanalyses. De resultaten kunnen aanleiding zijn om de norm of het proces bij te stellen.

De input voor de uitkomstindicatoren komt uit verschillende invalshoeken (zie figuur 3.9.3).

Het samenspel van centraal en decentraal management moet garanderen dat een goed geïntegreerd stelsel van uitkomstindicatoren tot stand komt dat ontworpen en gemanaged wordt op decentraal niveau, omdat het daar tot verbetering moet leiden. De rol van het centrale management bestaat uit het aanmoedigen, het ondersteunen, het beschikbaar stellen van expertise, en het onderhandelen over de afdelingsdoelen. Het voorgestelde proces doet recht aan het belang van valide en betrouwbare metingen die gevoelig zijn voor proces-specifieke kenmerken en voor de unieke behoeften van de verschillende patiënten-



**Fig. 3.9.3. Het tot stand komen van uitkomstindicatoren**

populaties. De criteria moeten evenzeer zinvol zijn voor patiënten, het management en de verzekeraars. De aanpassing op grond van de risico's van verschillende patiëntenpopulaties moet een onderlinge vergelijking tussen zorginstellingen mogelijk maken.

Het proces waarbij uitkomstcriteria tot stand komen, doet ook recht aan de noodzaak om informatie te ontvangen waardoor ingegrepen kan worden in verschillende kwaliteitsbepalende processen en structuren, zoals beleid en strategie, personeelsbeleid, beheer van middelen en procesmanagement.

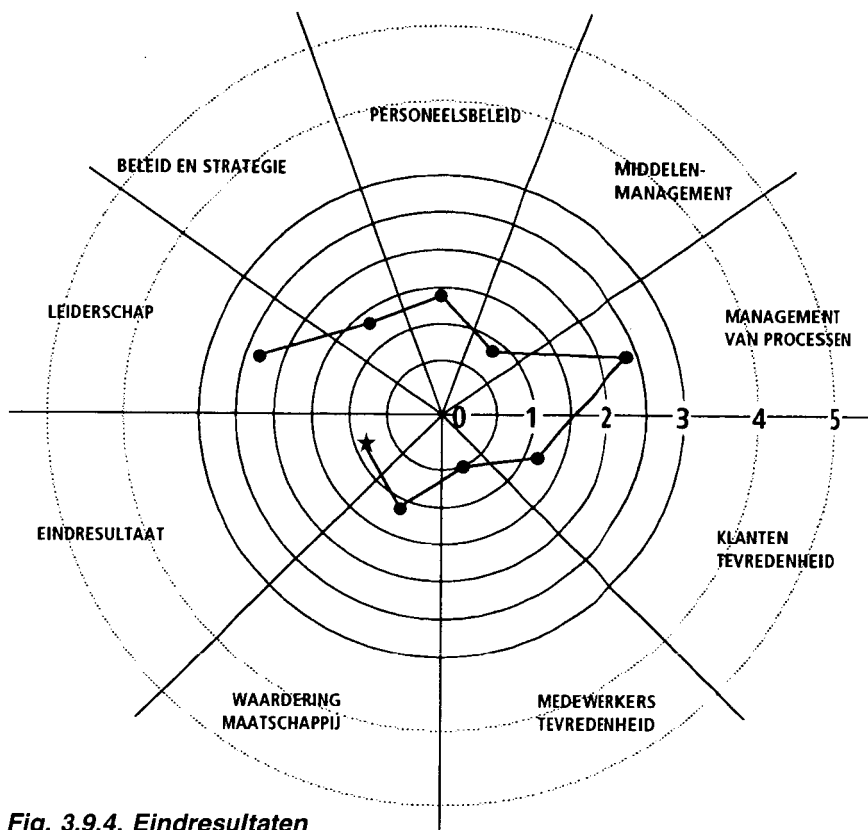
**Stand van zaken** (zie figuur 3.9.4) Het wordt eentonig; ook hier is het beeld dat instellingen nog niet echt op gang zijn gekomen om hun resultaten te meten. Als het gaat om de klinische resultaten op langere termijn heeft dat alles te maken met de methodologische complicaties, maar zeker ook met de financie-

ringssystematiek waarin meer belang wordt gehecht aan volume en productie dan aan kwaliteit.

#### 4 De stand van zaken rond integrale kwaliteit

Overzien we dit totaalbeeld van de Nederlandse gezondheidszorg, dan valt vooral de onevenwichtigheid op die veroorzaakt wordt door de lage score op de resultaatgebieden, tegenover de redelijk ontwikkelde aandachtsgebieden leiderschap en management van processen (zie figuur 4.1).

Uit een nadere analyse komt naar voren dat er in alle sectoren sprake is van een kleine groep voorlopers, een grote middengroep en een kleine achterhoede. Gelet op de scores van de instellingen is er sprake van een beginfase van systematische integrale kwaliteitsontwikkeling. Toch is de situatie in

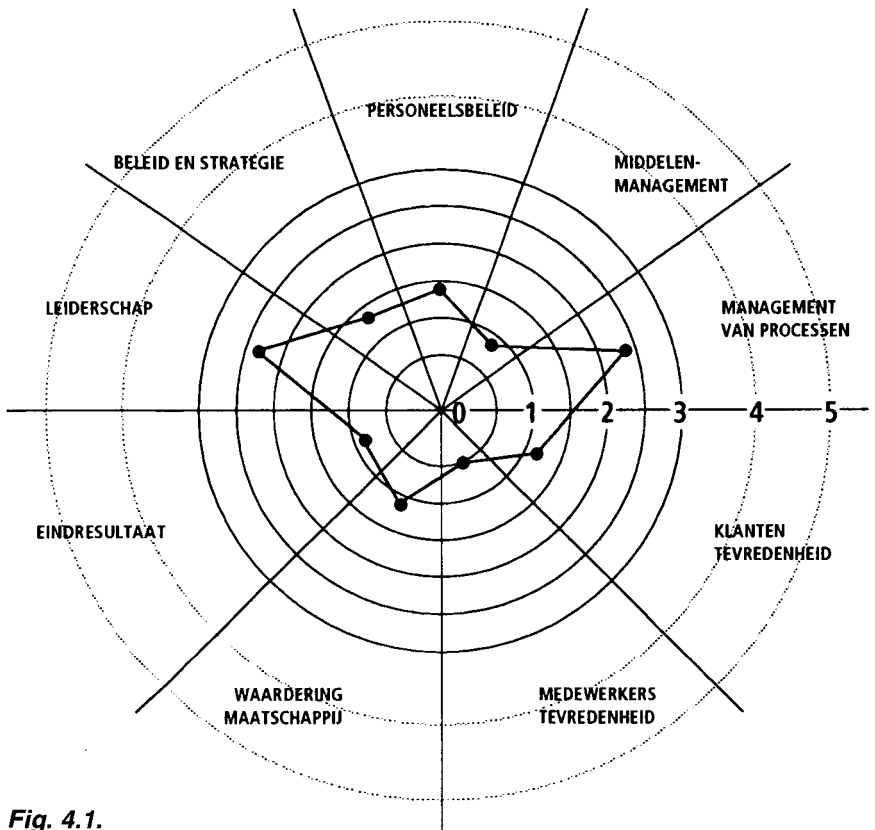


**Fig. 3.9.4. Eindresultaten**

de zorgsectoren veelbelovend. Alle koepels in de gezondheidszorg ontwikkelen op hun eigen manier kwaliteitssystemen die passen bij de eigen sector. In de Stichting Harmonisatie kwaliteits beoordeling Gezondheidszorg vindt afstemming plaats van diverse vormen van externe beoordeling tussen de verschillende sectoren. Verder stimuleert het NWO-programma wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit in de gezondheidszorg.

De toegenomen aandacht voor kwaliteit leidt er toe dat aan veel universiteiten onderzoek plaatsvindt naar deelaspecten van kwaliteit en dat in veel zorginstellingen een kwaliteitsfunctionaris wordt aangesteld. Gezien al deze, onderling redelijk afgestemde activiteiten, mag worden verwacht dat de zorginstellingen de komende jaren flinke voortgang kunnen boeken. Dat is echter alleen mogelijk als de doelmatigheidsbezuinigingen nog ruimte laten voor investeringen in kwaliteit, en





**Fig. 4.1.**

als het management van zorginstellingen, temidden van een enorme toename van door koepels en adviseurs aangeleverde bureaucratistische kwaliteitssystemen, in staat is om een eigen instellingskwaliteitsbeleid in te voeren.

## 5 Onderzoek

Bij het voeren van een integraal kwaliteitsbeleid ligt een sterke nadruk op meten, toetsen en evalue-

ren. Daarmee liggen het bedrijven van wetenschap en integrale kwaliteit dicht bij elkaar. Dat is een goed uitgangspunt voor wetenschappelijk onderzoek naar de zin en effecten van een integraal kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek kan alleen plaatsvinden in de praktijk. Samenwerking tussen mensen uit de wetenschap en de praktijk is dus geboden bij een onderzoeksprogramma op dit gebied.

Gelet op de huidige stand van za-

ken in de Nederlandse gezondheidszorg is een aantal knelpunten zichtbaar waarop de wetenschap mogelijk kan aansluiten.

### **1 De intrinsieke waarde van een integraal kwaliteitsmodel.**

*Ondanks de geaccepteerde praktische waarde van een model als het EFQM/INK-model zijn er met name bij professionele beroepsgroepen vragen over de validiteit ervan, bijvoorbeeld: is het geldig voor de gezondheidszorg en leidt een hoge score op de voorwaardescheppende criteria tot goede resultaten in de zorgverlening.*

### **2 De implementatie van integrale kwaliteit.**

*In de gezondheidszorg zien we een management dat sterk gemotiveerd is om integrale kwaliteit in te voeren maar veel problemen ervaart bij de implementatie.*

*Vragen daarbij zijn:*

- wat is de beste basisaanpak onder welke omstandigheden: projectmatig of integraal;*
- welk organisatie-ontwerp kan de invoering van een kwaliteitsbeleid het meest ondersteunen;*
- wat is de rol van organisatievariabelen als centralisatie en complexiteit bij het tot stand komen van een kwaliteitsbeleid;*
- wat zijn de verschillende stadia van implementatie, welke wetmatigheden spelen daarbij een rol en hoe kan een organisatie daarmee succesvol omgaan;*

*- wat zijn de gevolgen van een verschuiving in het machtsevenwicht tussen professionals en het management en hoe kan in dat proces de participatie van de professionals gestimuleerd worden.*

### **3. Decentrale gedifferentieerde informatievoorziening.**

*Een kwaliteitsbeleid valt of staat bij de mate waarin de resultaten zichtbaar kunnen worden gemaakt aan zorg en andere teams. Centrale vraag daarbij is wat zijn de relevante kwaliteitsindicatoren in de zorgprocessen, hoe zijn die te meten en terug te koppelen, zodanig dat zichtbaar is waar een verbetering tot stand moet komen.*

Binnen de faculteit Technologie Management is veel expertise aanwezig die een bijdrage kan leveren aan de oplossing van die knelpunten. In dat verband heeft de faculteit in de eerste plaats een centrum opgericht, waarin onderzoekers van de faculteit Technologie Management samenwerken die de gezondheidszorg als primair veld van onderzoek hebben gekozen.

Dit centrum ontwikkelt technische, bedrijfskundige instrumenten en concepten, die gebruikt kunnen worden bij de beschrijving, diagnose ((her)ontwerp en realisering van de primaire zorgprocessen, hun besturing en de organisatie van de besturing.

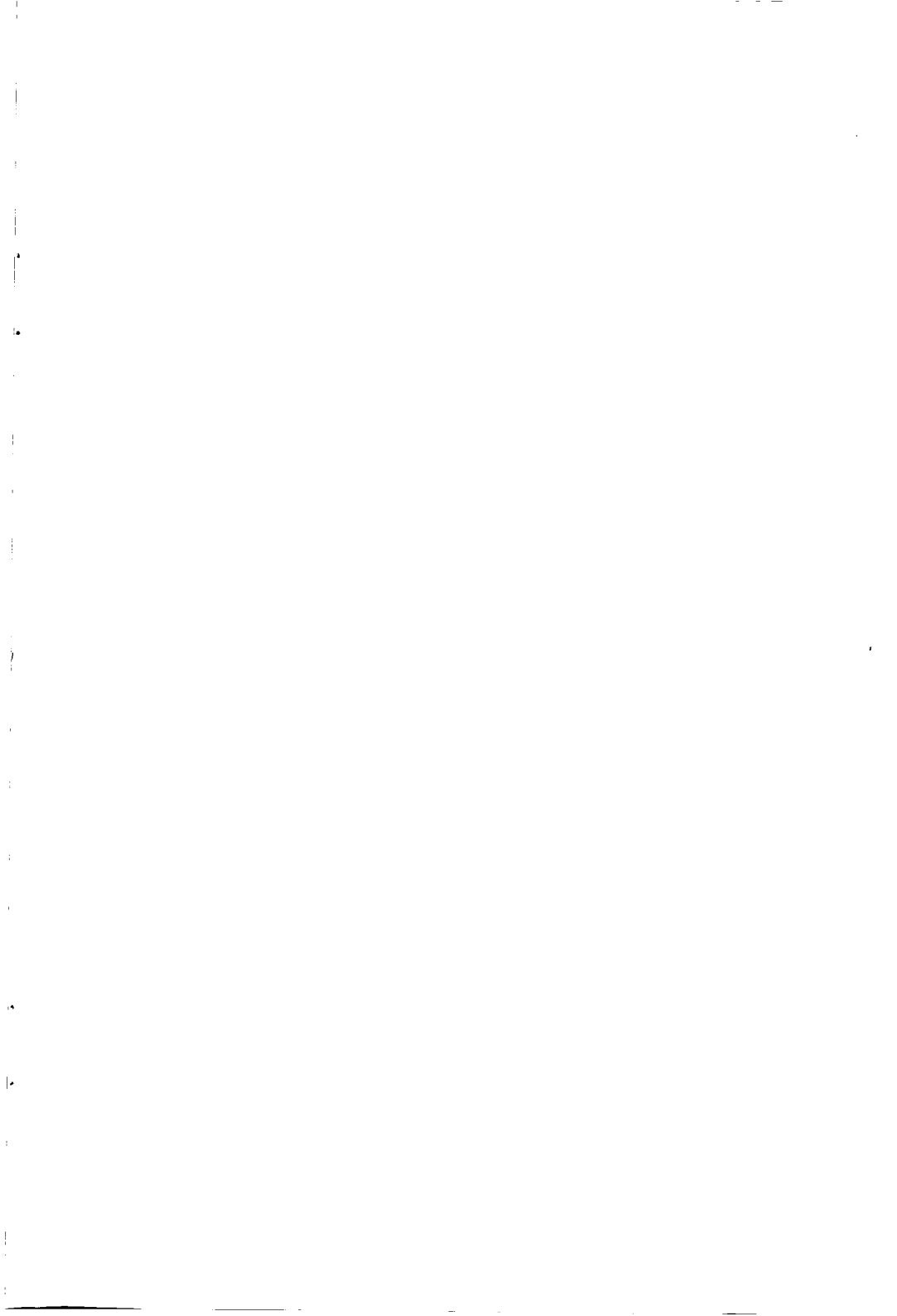
Belangrijke speerpunten van onderzoek zijn het ontwerpen van zorgprocessen, die zijn gebaseerd op professionele en cliënten specificaties (Quality Function Deployment); het herontwerpen van de logistiek van zorgprocessen, zodat zij voldoen aan patiëntverwachtingen (Business Process Re-engineering); het vaststellen van relevante procesindicatoren; de geïntegreerde geautomatiseerde verwerking daarvan; en tenslotte de decentrale terugkoppeling van de gegevens.

Ten tweede is er inmiddels een begin gemaakt met het strategisch programma Kwaliteit en Logistiek in de gezondheidszorg onder de titel IMAGE (interface management in de gezondheidszorg).

In dit kader zullen vijftien studenten onderzoek doen naar de mogelijkheden tot verbetering van zorgketens. Het gaat daarbij om het afstemmen van zorgverlening op patiënten tussen en binnen instellingen, en om het zoeken naar kritische kwaliteitstrajecten en de daarbij behorende procesindicatoren. Dit onderzoek vindt plaats in diverse zorginstellingen rondom tien zorgtrajecten.

Tenslotte zullen de komende tijd praktijkstudies plaatsvinden die informatie moeten geven over de condities die het invoeren van een integraal kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg bevorderen.

De faculteit Technologie Management zoekt daarbij aansluiting bij andere Nederlandse en Europese onderzoeksgroepen gericht op kwaliteit. Dit in de hoop dat het onderzoeksnetwerk op het gebied van kwaliteit van zorg verder en veelzijdig tot ontwikkeling komt, zodanig dat het wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan het wegnemen van iets van de onzekerheid die een veranderingsproces met zich meebrengt. Want als er iets duidelijk is geworden is het wel, dat het invoeren van een integraal kwaliteitsbeleid een ingrijpende verandering in structuur en cultuur van de organisatie met zich meebrengt, wat een forse belasting voor de organisatie betekent, maar wat veelal ook belonend is, intrinsiek door de betere samenwerking en extrinsiek door beter geholpen patiënten.



## Dankbetuiging

Aan het eind van deze intreerede doet het mij plezier mijn dank uit te kunnen spreken tot diegenen die een bijdrage leverden aan mijn benoeming.

Het College van Bestuur van de Technische Universiteit Eindhoven en het bestuur van de Catharina Fundatie ben ik dankbaar voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik wil mij graag inzetten om de ingestelde leerstoel binnen de faculteit Technologie Management te benutten om daar onderzoek en onderwijs op het gebied van kwaliteit in de gezondheidszorg op gang te brengen. Ik hoop dat de bestaande samenwerking tussen het Catharina Ziekenhuis en de Technische Universiteit Eindhoven, zoals die is ingezet door de directie, de heren Van den Broek en Zeestraten, kan worden verdiept.

De faculteit Technologie Management ben ik dank verschuldigd voor de vele boeiende gesprekken. Door deze gesprekken is het mij duidelijk geworden dat binnen de faculteit een fantastische hoeveelheid kennis en ervaring aanwezig is, die

zeer relevant is voor de gezondheidszorg. Met name de hoogleraren Bemelmans, Bertrand, Boddendijk, De Vries, Bouma en Sander gaven enthousiast blijk van hun belangstelling, die nu ook vorm krijgt in hun deelname aan het strategisch programma van de faculteit rond de kwaliteit van zorgverlening.

Het verheugt me deel uit te kunnen maken van een enthousiast team met Professor De Vries en Dr. Van der Bij. In dit team kunnen we ons volledig oriënteren op de gezondheidszorg.

Ik stel me ook veel voor van de samenwerking met het toonaangevende Frits Philips Instituut voor Kwaliteitsmanagement onder leiding van Professor Boddendijk. Dit instituut vormt een ideaal platform voor kennisoverdracht tussen bedrijfsleven en gezondheidszorg en tussen universiteit en praktijk.

Ik ben de leden van de vakgroep Organisatiekunde dankbaar voor de hartelijke en moeiteloze manier waarop zij mij in hun midden opnamen. De stimulerende ondersteuning van Professor Van Aken en de inspirerende kennis van Professor Weggeman motiveren me sterk om relevante wetenschap over te dragen naar de gezondheidszorg.

Mijn belangstelling en enthousiasme voor kwaliteit vindt zijn oorsprong en inspiratiebron in mijn

dagelijkse werk in de Jellinek.

De Jellinek is een organisatie die met alle facetten van zorg te maken heeft: de medische kant, de GGZ-kant, en de rehabilitatiekant. Door de inzet van de medewerkers is het een dagelijks genoeg om met de Jellinek kwalitatief goede zorg tot ontwikkeling te brengen voor een groep cliënten die die zorg hard nodig heeft. Ik ben het bestuur van de Jellinek en allen die daar werken dankbaar voor de genereuze wijze waarop jullie mij in staat stellen een deel van mijn tijd in Eindhoven door te brengen.

Met name wil ik de medewerkers van het directiesecretariaat onder leiding van mevrouw Neuray bedanken voor het soepel opvangen van alle complicaties die het werken op twee locaties met zich meebrengt. De heer Michael ben ik dankbaar voor zijn inzet ter ondersteuning van mijn werkzaamheden aan de universiteit.

Tenslotte een dankwoord aan mijn geliefden.

Lieve ouders, fijn dat jullie er bij zijn. Het is heerlijk om jullie trots te ervaren. Lieve Patrice, Laura, Auke Jan, Barbara en Philippine, ik hoop dat ik jullie steeds goed laat voelen dat de kwaliteit van mijn leven grotendeels met jullie samenhangt.

Ik heb gezegd.

## Literatuurlijst

*Berwick, D.M., Godfrey A.B., Roessner, J., Curing Health Care.*  
Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1990.

*Boot, O.J., Dijkstra, L., Gieskes, J.B.F., Schreurs, J.P., Wentink, A.A., De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland.*  
Instituut Nederlandse Kwaliteit, 's-Hertogenbosch, 1996.

*Coffey, R.J., Richards, J.S., Remmert, C.S., Le Roy, S.S., Schoville, R.R., Baldwin, P.J., An Introduction to Critical Paths.*  
In: N.O. Graham (ed.) *Quality in Health Care*, Aspen Publishing Co., Gaithersbury, Maryland, 1995, pp 139-156

*Colson, P.J.A., Indicatorregistratie in De Weezenlanden.*  
In: A.F. Casparie e.a. (eds) *Handboek Kwaliteit van Zorg*, De Tijdstroom B.V., Utrecht, 1992, pp C4.1.1-32

*Colson, P.J.A. en Casparie, A.F., Indicatorregistratie.*  
Medisch Contact 50, nr. 3, maart 1995

*Donker, M.C.H., Kwaliteitsbeoordeling door ex-cliënten van de RIAGG.*  
In: A.F. Casparie e.a. (red.), *Handboek Kwaliteit van Zorg*. De Tijdstroom b.v., Utrecht, 1992, pp B I 7.2.1-1-17

*EFQM Self-Assessment 1996. Guidelines for Public Health sector.*  
EFQM, Brussels 1995.

*George, S., Weimerskirch, A., Total Quality Management, New York etc.*  
John Wiley and Sons Inc. 1994.

*Hardjono, T.W., Hes, F.W., De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding.*  
Kluwer, Deventer/Antwerpen, 1993.

*Jaeger, B.J., Kaluzny, A.D., McLaughlin, C.D., TQM/CQI: From industry to healthcare.*  
In: McLaughlin C.D., en Kaluzny, A.D., *Continuous Quality Improvement in Health Care*, Aspen Publishers, Inc., Gaithersburg, 1994.

*Klazinga, N., Quality management of medical specialist care.*  
Belvédère, Overveen, 1996

*Klazinga, S., Donker, M.C.H., De kern van kwaliteitssystemen. Management ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg.*

Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 73 (1995), 186-192.

*McIntyre, K., Kleman, C.C., Measuring customer satisfaction.*

In: C.P. McLaughlin and A.D. Kaluzny (eds), Continuous improvement in health care, Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, 1994, pp 102-127

*McLaughlin, C.P., Kaluzny, A.D., Total Quality Management in Healthcare: Making it work.*

Healthcare Management Review, vol. 15, no. 3, 7-14, 1990.

*New Economics Foundation. Social and ethical accounting and auditing.*

Interne publicatie, 1996

*Pisek, P.E., Advancing process improvement, techniques for managing quality.*

Hospital and Health Services Administration, no. 1 Spring 1995 pp 50-80

*Vuori, H., Patient Satisfaction: does it matter?*

In: International Journal of Quality Assurance in Health Care, 3, 1991, pp 183-189.

*Wagner, C., Bakker, de D.H., Sluijs, E.M., Kwaliteitssystemen in instellingen.*

De stand van zaken 1995, Nivel, Utrecht, 1995

*Wagner, C., Bakker, de D.H., Walburg, J.A., Kwaliteitssystemen in de zorgsector en het bedrijfsleven, Nivel, Utrecht, 1996*

*Weggeman, M.C.D.P., Collectieve ambitie-ontwikkeling.*

Tilburg University Press, Tilburg 1995

*Weggeman, M.C.D.P., Missie vergroot effectieve binding met de organisatie.*

Thema, 5, 1995

*Wiersema, M.I., Hobbels en hefboomen in kwaliteitsmanagement.*

In: A.F. Casparie e.a. (red), Handboek Kwaliteit van Zorg. De Tijdstroom B.V., Utrecht, 1993, A2.35-58.





Vormgeving en druk:  
Universiteitsdrukkerij  
Technische Universiteit Eindhoven

Informatie:  
Academische en Protocolaire Zaken  
Telefoon (040-247)2250/4676

ISBN 90 386 0419 X



Jan Auke Walburg werd in 1949 geboren in Den Haag. Hij studeerde psychologie in Leiden. In 1976 trad hij in dienst bij het Centrum Zeestraat als klinisch psycholoog. In 1980 werd hij coördinator in het Johannes Wierhuis te Rekken waar hij in 1983 werd benoemd als directeur. Sinds 1986 is hij algemeen directeur van de Jellinek.

In 1986 promoveerde hij aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam en in 1989 behaalde hij zijn MBA aan de Hogeschool van Nijenrode. Walburg richtte in 1992 het onderzoeksinstituut "The Amsterdam Institute for Addiction Research" op en leidde dit instituut tot 1996.

Per 1 januari 1996 werd hij benoemd tot deeltijdhoogleraar binnen de Faculteit Technologie Management aan de Technische Universiteit Eindhoven in de vakgroep Organisatie-

kunde. Zijn bijzonder aandachtsgebied is de kwaliteit in de gezondheidszorg. In 1996 ontving hij voor de Jellinek uit handen van minister Zalm de eerste Nederlandse Kwaliteitsonderscheiding in de Gezondheidszorg.