

‘Het inzichtelijk krijgen van de effectiviteit van een kwaliteitssysteem’

Annemarie van 't Hof

Studentnummer: 310942

Juli 2009

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Master Zorgmanagement 2008-2009

Erasmus Universiteit Rotterdam

Afstudeerbegeleidster: drs. K.M.M. Lemmens

dr. A.P. Nieboer

Samenvatting

Zorginstellingen in Nederland zijn sinds de invoering van de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* (1996) verplicht om kwaliteitsmanagement te hanteren gericht op het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Om hieraan te kunnen voldoen hebben vele zorgaanbieders een kwaliteitssysteem opgezet. Een kwaliteitssysteem wordt gedefinieerd als: de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg (NEN-ISO 9004). *Dit kwalitatieve onderzoek richt zich op het inzichtelijk maken van de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Stichting Groenhuysen (zorgaanbieder binnen de ouderenzorg) en op welke manier het kwaliteitssysteem structureel kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering binnen de organisatie.*

De ervaringen uit de praktijk zijn onderzocht door kwaliteitsfunctionarissen uit gezondheidszorggerelateerde organisaties te interviewen, maar ook uit de dienstensector en het bedrijfsleven. Het bedrijfsleven loopt ten opzichte van de gezondheidszorg vele jaren voor op het gebied van kwaliteitsbehoud en verbetering. Het onderzoek heeft aangetoond dat aspecten uit niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties over te nemen zijn binnen de gezondheidszorg daar opmerkelijke raakvlakken tussen de sectoren kenbaar zijn gemaakt. De verwachting is dan ook dat ervaringen en best practices de komende jaren overgenomen worden en binnen de gezondheidszorg worden gebruikt. Gedurende het onderzoek is gebleken dat aspecten wel vertaald moeten worden naar de eigen sector, alsmede naar de eigen organisatie op het gebied van structuur, cultuur en proces.

Wanneer gesproken wordt over het inzichtelijk maken van de effectiviteit van kwaliteit wordt binnen en buiten de gezondheidszorg audits als belangrijke toetsingsmethode aangehaald. Gedurende het onderzoek wordt aangehaald op welke wijze audits kunnen worden ingericht en uitgevoerd en worden suggesties gedaan voor Groenhuysen om de huidige interne audits aan te passen zodat de inzichtelijkheid van het kwaliteitssysteem vergroot kan worden.

Tijdens het onderzoek wordt tevens de invloed van organisatorische factoren op kwaliteitbehoud en verbetering binnen organisaties, aangetoond. De organisatorische factoren spelen een rol binnen elke organisatie maar kunnen op verschillende manieren vorm krijgen. Bij organisatorische factoren wordt gesproken over cultuur, structuur van de organisatie, communicatie, het vermogen van een organisatie om te leren van fouten en borging. Gaandeweg het onderzoek wordt de beïnvloeding van diverse organisatorische factoren op een organisatie als Groenhuysen besproken en worden suggesties gedaan hoe hier een goed evenwicht in gevonden kan worden om borging van kwaliteitsbehoud en verbetering te kunnen nastreven.

Abstract

Health care organisations are obliged to utilize a quality management which is aimed to guard and improve health care quality, since the introduction of the Law of Quality for Health care organisations (1996). In order to fulfil these requirements many health care organisations have established a quality system. A quality system is defined as: the organizational structure, responsibilities, procedures, processes and facilities to manage health care quality (NEN-ISO 9004). *This qualitative research is aimed to clarify the efficiency of the quality system within 'Stichting Groenhuysen' (health care organisation for the elderly), and to investigate by what means this quality system can contribute to improvement of quality within the organisation.*

Practical experiences have been examined by interviewing quality officials from health care-related organisations, but also from the service sector and business. Business has had a leading role compared to health care organisations in the field of quality control and improvement. As a result of this research, it is demonstrated that health care and other sectors have remarkable interfaces regarding quality. It is expected that in the upcoming years experiences and best practices will be adopted by health care organisations. During this research it is proven that these aspects have to be adjusted to the sector in question, as well as to the structure, culture and processes of the concerning organisation.

In order to clarify the efficiency of an organisation, audits are the most important instruments to achieve results with regard to quality, both within and outside the health care sector. In this research, is quoted how audits can be arranged and carried out. Also, ideas are proposed to increase the clarity of the quality system within 'Stichting Groenhuysen', through adjustments in the present internal audits.

Furthermore, this study has demonstrated the impact of organisational factors on quality control and improvement within organizations. These factors play a role within each organisation, but can be developed in different ways. With organisational factors we mean the culture and structure of an organisation, communication, the ability of an organisation to learn from mistakes and control. In this research the impact of different organisational factors that work on an organisation like 'Stichting Groenhuysen' will be discussed. Besides that, some future directions will be suggested to aim for control of quality and improvement within the organisation.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Aanleiding	6
1.3 Probleemstelling	7
1.4 Deelvragen	8
1.5 Leeswijzer	8
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	9
2.1 Het kwaliteitssysteem	9
2.2 Het meten van de effectiviteit van het systeem	11
2.3 Bijdrage vanuit bedrijfsleven dan wel de dienstensector	13
2.4 Werken aan kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering	15
2.4.1 Structuur en cultuur	15
2.4.2 Communicatie	16
2.4.3 Leren van fouten	17
2.4.4 Borging	17
2.5 Conceptueel model	18
2.5.1 Toelichting conceptueel model	18
Hoofdstuk 3 Methoden van Onderzoek	20
3.1 Onderzoeksontwerp	20
3.2 Respondenten	20
3.3 Dataverzameling	21
3.4 Data analyse	22
3.5 Betrouwbaarheid en validiteit	22
Hoofdstuk 4 Resultaten	23
4.1 Het kwaliteitssysteem	23
4.2 Monitoren van kwaliteitssystemen	24
4.3 Verschillen tussen de gezondheidszorg en overige sectoren	26
4.4 Het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen	29

4.5	Kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering _____	31
4.6	Analyse van resultaten _____	33
	4.6.1 Kwaliteitssysteem _____	34
	4.6.2 Zichtbaar maken van efficiëntie _____	35
	4.6.3 Bijdrage vanuit het bedrijfsleven / dienstensector _____	36
	4.6.4 Inzicht in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen _____	37
	4.6.5 Structureel kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering met de bijdrage vanuit de niet-gezondheidszorggerelateerde sectoren _____	38
Hoofdstuk 5 Conclusies _____		41
5.1	Kwaliteitssysteem _____	41
5.2	Zichtbaar maken van efficiëntie _____	41
5.3	Bijdrage vanuit het bedrijfsleven / dienstensector _____	42
5.4	Inzicht in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen _____	42
5.5	Structureel kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering met de bijdrage vanuit de niet-gezondheidszorggerelateerde sectoren _____	43
5.6	Terugkomend op probleemstelling _____	43
5.7	Discussie _____	44
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen _____		46
6.1	Leren van bedrijfsleven / dienstensector _____	46
6.2	Interne audits _____	46
6.3	Betrokkenheid Raad van Bestuur _____	47
6.4	Vervolgonderzoek _____	47
Literatuurlijst en referenties _____		48
Bijlage 1	Respondentenoverzicht _____	52
Bijlage 2	Topiclijst interview _____	53

Hoofdstuk 1

1.1 Inleiding

In 1996 is in Nederland de *Kwaliteitswet Zorginstellingen* van kracht geworden. Sinds dat moment zijn zorginstellingen verplicht om kwaliteitsmanagement te hanteren gericht op het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders moeten zorgen voor de nodige middelen en materialen, bekwaam personeel en een heldere verantwoordelijkheidstoedeling. Daarnaast moet de kwaliteit van zorg expliciet worden aangestuurd. Om aan deze verplichtingen te voldoen hebben vele zorgaanbieders een kwaliteitssysteem opgezet om de kwaliteit van zorg te kunnen bewaken en verbeteren. Kwaliteitssystemen zijn afkomstig uit het bedrijfsleven en worden steeds vaker binnen de gezondheidszorg gebruikt. Een kwaliteitssysteem beschrijft een manier waarop de zorg voor kwaliteit wordt gewaarborgd. Zowel binnen het bedrijfsleven als binnen de gezondheidszorg moet de kwaliteit van de producten/zorg worden bewaakt, fouten worden voorkomen en risico's worden verkleind. Voor bedrijven loont het meer om productieprocessen beheerst te laten verlopen en zo fouten te voorkómen, in plaats van het herstellen van fouten op basis van de gebruikelijke eindcontroles (De Dreu, 2006). Deze efficiëntie komt ook terug in de wettelijke bepalingen van kwaliteit in de gezondheidszorg.

Een van de zorgaanbieders die werkt met een kwaliteitssysteem is *Stichting Groenhuysen* (in het vervolg Groenhuysen genoemd). Groenhuysen is een zorgaanbieder die voornamelijk gericht is op ouderen, maar ook een breed product- en dienstenaanbod heeft gericht op diverse andere doelgroepen in de markt. Groenhuysen biedt zorg aan cliënten van alle leeftijden betreffende onder andere revalidatie, palliatieve zorg en begeleiding van jong dementerenden. Groenhuysen heeft als stichting diverse verpleeghuizen, Centra voor wonen en Zorg, dagverzorgingen, steunpunten en dagbehandelingen onder zich en biedt tevens thuiszorg aan.

De eisen die aan kwaliteitsmanagement worden gesteld binnen de gezondheidszorg worden in Nederland opgesteld door het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) of voor de zorgsectoren buiten de ziekenhuizen door de stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Om het HKZ Keurmerk te verkrijgen moet het kwaliteitssysteem voldoen aan de HKZ-normen. Deze normen hebben betrekking op zowel de kwaliteit van het zorgproces als de organisatorische kwaliteit. Ze stellen eisen aan het primaire proces: intake/indicatie, de uitvoering van de diensten en evaluatie/nazorg. Daarnaast moeten ook de ondersteunende processen, zoals personeelsbeleid, diensten door derden, et cetera, aan specifieke eisen voldoen.

HKZ stimuleert het werken aan kwaliteit vanuit het perspectief van de klant (Janssen-Steenberg, 2004). Groenhuysen heeft zich vanaf begin 2007 ingezet om aan te tonen dat het kwaliteitssysteem binnen de stichting aan alle normen en eisen voldoet en heeft in november 2007 de HKZ-certificering behaald.

De stichting HKZ adviseert om door middel van interne audits de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen een organisatie te beoordelen. Groenhuysen voert al enkele jaren interne audits uit. De afdeling Kwaliteit merkt echter op dat de resultaten uit de audits niet genoeg inzicht geven over de werkelijk behaalde effecten van het ingevoerde kwaliteitssysteem. Men vraagt zich af of dat er diepgang gecreëerd kan worden middels een ander toetsingsinstrument zodat de effectiviteit van het kwaliteitssysteem breder getoetst kan worden. Hierbij worden toetsingsmethoden en instrumenten uit het bedrijfsleven of dienstensector naast die binnen de gezondheidszorg gelegd. Aangezien binnen het bedrijfsleven en diverse dienstensectoren kwaliteitssystemen al vele jaren gangbaar zijn.

Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de manier waarop de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen stichting Groenhuysen inzichtelijk kan worden gemaakt. Hierbij wordt gekeken naar ervaringen uit de gezondheidszorg, het bedrijfsleven alsmede de dienstensector en wordt geïnventariseerd hoe deze kunnen bijdragen.

1.2 Aanleiding

Vragen die de afdeling Kwaliteit van Groenhuysen al enige tijd bezig houden en hierdoor de aanleiding zijn geweest tot het huidige onderzoek naar een goed werkend toetsingsinstrument/ toetsingsmethode om de effectiviteit van het kwaliteitssysteem te kunnen aantonen zijn: hoe kan je als organisatie nu werkelijk aantonen dat protocollen, richtlijnen en/of procedures die de kwaliteit behoren te bewaken of te verbeteren zijn doorgevoerd binnen de organisatie? Dat deze protocollen daadwerkelijk zijn ingebed in de dagelijkse praktijk? En waar moet je precies op toetsen? Meer op deelgebieden of op het proces van zorg in zijn totaliteit?

De afdeling Kwaliteit van Groenhuysen heeft aangegeven tegen de volgende problemen aan te lopen betreffende het sturen en bijsturen van kwaliteit. Ten eerste heerst ontevredenheid over de manier waarop de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen momenteel inzichtelijk gemaakt wordt. De afgelopen tijd is er op deelgebieden kennis opgedaan. Er is inzichtelijk gemaakt hoe het gesteld is met de kwaliteit binnen een afdeling betreffende een onderwerp, bijvoorbeeld patiëntveiligheid, voorbehouden handelingen, voeding, enzovoort.

Met deze globale kennis kunnen echter geen uitspraken gedaan worden over de kwaliteit op een afdeling in zijn totaliteit. De verbanden tussen de onderwerpen onderling die geaudit zijn, zijn nu nog moeilijk te leggen. Het is voor de manager van belang dat inzichtelijk wordt hoe het gesteld is met de kwaliteit binnen zijn afdeling, in algehele zin. Pas dan kan een manager zijn medewerkers sturen op kwaliteit.

Uit bovenstaand punt blijkt dat het zicht op kwaliteit onvoldoende aanwezig is onder de managers. Ook verder de organisatie in blijkt weinig kwaliteitsinzicht te zijn. Uit procesevaluaties is naar voren gekomen dat *kwaliteit* als begrip nog niet 'leeft' onder de medewerkers van Groenhuysen. Het is niet geborgd in de dagelijkse werkzaamheden op de werkvloer. Ook moet het integrale karakter van de verschillende audits, die door het jaar heen gehouden worden, duidelijk zijn voor de medewerkers. De afdeling Kwaliteit geeft aan dat dit vereisten zijn als je wilt kunnen zeggen dat je een goed werkend kwaliteitssysteem hebt als organisatie. Het is daarom van belang dat het kwaliteitsbesef van alle medewerkers binnen Groenhuysen wordt verhoogd.

Een ander aspect wat Groenhuysen bij dit onderwerp wil onderzoeken is of er methoden/instrumenten gebruikt kunnen worden vanuit het bedrijfsleven en/of de dienstensector buiten de gezondheidszorg. In vakbladen binnen de gezondheidszorg zijn verschillende artikelen gepubliceerd die geschreven zijn door (kwaliteits)functionarissen uit het bedrijfsleven of de dienstensector. Denk aan het artikel van Rein Willems (Shell) *'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet'*, over universeel veiligheidsmanagement. Of het artikel van Peter Bakker (TPG) *'Het kan écht. Betere zorg voor minder geld'*, over de logistiek binnen de zorg. Zij beschrijven hierin aspecten waar beide sectoren zich op kunnen richten om efficiënter te kunnen werken. De vraag die bij de afdeling Kwaliteit van Groenhuysen speelt, is of dat er toetsingsmethodieken dan wel instrumenten zijn, die kunnen worden overgenomen binnen de gezondheidszorg. Specifiek voor het zichtbaar maken van kwaliteitsaspecten binnen op de ouderzorg die Groenhuysen biedt.

1.3 Probleemstelling

De onderzoeksvraag in dit onderzoek luidt als volgt:

'Op welke manier kan inzicht worden verkregen in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem dat binnen Stichting Groenhuysen wordt gehanteerd en op welke manier kan het geborgd worden zodat het structureel kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering?'

1.4 Deelvragen

1. Wat is een kwaliteitssysteem?
2. Op welke manier wordt de efficiëntie van kwaliteitssystemen inzichtelijk gemaakt binnen de gezondheidszorg?
3. Welke bijdrage kunnen toetsingssystemen/instrumenten uit het bedrijfsleven dan wel de dienstensector leveren?
4. Op welke wijze wordt binnen Groenhuysen inzicht verkregen in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem?
5. Wat kan geleerd worden, betreffende de effectiviteit van kwaliteitssystemen, vanuit het bedrijfsleven dan wel de dienstensector en hoe ontstaat de mogelijkheid van structurele kwaliteitsverbetering?

1.5 Leeswijzer

De scriptie is als volgt opgebouwd; Na het inleidend gedeelte volgt het theoretische kader, hier wordt duidelijk wat er in de literatuur geschreven is over de onderwerpen kwaliteitssystemen, toetsingsmethoden/instrumenten en de meerwaarde van het bedrijfsleven dan wel de dienstensector. Vanuit dit theoretisch kader wordt een conceptueel model geformuleerd. Vervolgens worden de resultaten van het onderzoek beschreven, onder andere de interviews met de kwaliteitsmedewerkers van binnen en buiten de gezondheidszorg. Deze resultaten worden aan de hand van het conceptuele model geanalyseerd. De scriptie wordt afgesloten met de conclusie, discussie en aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Wat verstaat men binnen de gezondheidszorg onder een kwaliteitssysteem en op welke manieren is inzicht te verkrijgen in de effectiviteit ervan? Op deze vraag wordt in het eerste gedeelte van het theoretisch kader ingegaan. In het tweede gedeelte wordt verder ingegaan op de mogelijkheden ten aanzien van kwaliteitsbehoud en verbetering die kunnen worden aangedragen vanuit het bedrijfsleven dan wel de dienstensector.

2.1 Het kwaliteitssysteem

De NEN-ISO 9004 definieert als kwaliteitssysteem: *'de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg'* (in: Walburg, 1997). Centraal in dit systeem dienen expliciet geformuleerde normen te staan waaraan de organisatie moet voldoen. Binnen de gezondheidszorg is het begrip kwaliteitssysteem in 1990 geïntroduceerd. In het bedrijfsleven zijn kwaliteitssystemen al decennia lang bekend (Sluijs et al., 1992). Een reden om een kwaliteitssysteem op te bouwen binnen de gezondheidszorg is dat een structuur wordt gecreëerd waarbinnen een organisatie aan kwaliteit werkt. Een externe reden is dat door het gestructureerde karakter van een kwaliteitssysteem aan de buitenwereld kan worden duidelijk gemaakt op welke wijze een organisatie aan kwaliteit werkt (Walburg, 1997). De afspraak dat alle organisaties binnen de Nederlandse gezondheidszorg volgens een kwaliteitssysteem moeten werken is wettelijk bekrachtigd met de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 (Casparie et al., 2001).

Zorginstellingen binnen de gezondheidszorg moeten met behulp van het kwaliteitssysteem aan de volgende vier eisen voldoen:

- 1) Verantwoorde zorg: zorg van goed niveau leveren, in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht.
- 2) Op kwaliteit gericht beleid: een goede organisatie waarbij duidelijk is wie welke werkzaamheden uitvoert en wie daarvoor verantwoordelijk is.
- 3) Kwaliteitssystemen: er dient een structureel kwaliteitssysteem te worden opgezet waarin expliciet geformuleerde normen staan waaraan de instelling dient te voldoen.
- 4) Jaarverslag: jaarlijks moet een rapport over kwaliteit in de zorg worden uitgebracht door de instelling.

(Janssen-Steenberg, 2004)

Een goed werkend kwaliteitssysteem heeft als voordelen dat er over de grenzen van één afdeling heen gekeken wordt, een bepaalde structuur gevolgd wordt waardoor er gewerkt wordt vanuit een bewakingscyclus en tevens vergroot het de informatievoorzieningen (Berenschot, 2008). Een kritische kanttekening die bij kwaliteitssystemen geplaatst wordt is dat de invoering ervan veel tijd en inspanning vergt van zowel het management als de beroepsbeoefenaren (Walburg, 1997).

De *Plan Do Check Act cyclus* van Edwards Deming wordt in verschillende aspecten van het kwaliteitssysteem gebruikt om te zorgen dat er samenhang gecreëerd wordt tussen de verschillende elementen van het systeem en er tevens geëvalueerd wordt (Harteloh, 2001).

- In de *Plan* fase wordt er vastgesteld wat er met het kwaliteitssysteem beoogd moet worden en hoe het inhoud gaat krijgen binnen het primaire proces van de gezondheidszorg.
- In de *Do* fase wordt gewerkt met het kwaliteitssysteem en alle facetten van protocollen, richtlijnen, normen en procedures die hierin zijn opgenomen.
- In de *Check* fase wordt er gemonitord of het kwaliteitssysteem ook bereikt heeft wat men wilde bereiken. Tevens wordt er opnieuw bekeken hoe de behaalde doelen scherper gesteld kunnen worden en wordt bekeken wat moet worden bijgesteld om het beoogde doel te kunnen bereiken.
- In de *Act* fase wordt er actie ondernomen om onderdelen binnen het kwaliteitssysteem aan te passen zodat de Plan-Do-Check-Act cyclus opnieuw te doorlopen waarbij er wordt ingezet op betere resultaten dan voorheen.

Het cyclische proces van de Plan-Do-Check-Act cyclus kan worden omschreven als een kwaliteitskringloop aangezien er altijd getracht wordt verbeteringen aan te brengen (Walburg, 1997). Dit onderzoek heeft een explorerend karakter waardoor er voornamelijk gekeken wordt naar wat het kwaliteitssysteem bereikt heeft en wat er veranderd kan worden zodat in de toekomst kwaliteitsverbetering kan worden gerealiseerd. Op deze wijze wordt de aandacht gevestigd op de evaluerende en bijstellende fase, de *Check* en *Act* fase van de cyclus.

Wanneer een kwaliteitssysteem op een juiste manier is ingebouwd binnen een organisatie is het van belang dat het systeem levend wordt gehouden. Hiervoor moet een goed onderhoudsmechanisme worden gevonden (Ahaus, 2008). Er moeten structureel metingen plaatsvinden die kunnen aantonen dat het systeem werkt (Walburg, 1999). Op deze wijze wordt de Plan-Do-Check-Act cyclus werkelijk geïntegreerd binnen de organisatie en kan kwaliteit behouden worden of kan gewerkt worden aan kwaliteitsverbetering.

Om deze laatste stap te kunnen zetten is het belangrijk om te weten hoe de effectiviteit van een kwaliteitssysteem te toetsen is. In de volgende paragraaf wordt hier verder op ingegaan.

2.2 Het meten van de effectiviteit van het systeem

Het toetsen van een beleidscyclus en kwaliteitscyclus zijn voorwaarden om gericht op een afdeling te kunnen sturen en de zorg te verbeteren. Zonder informatie over de kwaliteit van de processen en de uitkomsten is het lastig te weten of te laten zien hoe goed het werk op de afdeling gebeurt (Nivel onderzoek, 2008). Een kwaliteitssysteem moet structureel beoordeeld worden op doelmatigheid en efficiëntie. Met een *planning & control cyclus* wordt op een continu herhaalde manier de juiste en concrete managementinformatie over de doelstellingen en resultaten (van onder andere het kwaliteitssysteem) verkregen. Aan de hand van de managementinformatie kan een afdeling, cluster of organisatie bijsturen en verbeteren. Bij *planning* worden de expliciet geformuleerde normen vertaald in concrete, meetbare doelstellingen. Bij *control* wordt de werkelijke situatie gemonitord en worden afwijkingen onderkend, om zodoende te kunnen bijsturen. Het verkrijgen van juiste managementinformatie zal leiden tot een goede implementatie van een kwaliteitssysteem binnen een organisatie en zal zorgen dat het systeem levend wordt gehouden (Klootwijk, 2005). Hoe werkprocessen georganiseerd en gewaarborgd worden binnen het kwaliteitssysteem en hoe het gesteld is met de doelmatigheid of efficiëntie kan inzichtelijk gemaakt worden door middel van diverse toetsingsmethoden, -modellen en/of -instrumenten. Hieronder worden enkele mogelijkheden beschreven.

Een *audit* is een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of de kwaliteit van de bedrijfsvoering en de daarmee samenhangende resultaten voldoen aan de gestelde normen, richtlijnen, wet- en regelgeving en doelstellingen (Berenschot, 2008). Omdat auditing een evaluatie betreft van de processen, producten of diensten van een kwaliteitssysteem vormt het daarmee een belangrijke schakel binnen de Plan-Do-Check-Act cyclus (CBO, 2008). Audits hebben als doel dat er aanbevelingen kunnen worden gedaan waarmee het beleid op allerlei gebieden en niveaus kan worden bijgestuurd binnen een organisatie en zorgverleners worden gestimuleerd tot zelfevaluatie, bijsturing en verbetering. Ook bieden ze de mogelijkheid om verantwoording en transparantie af te leggen aan externen (CBO, 2008). Vaak worden audits uitgevoerd door medewerkers van de eigen organisatie, onder collega-professionals. Opmerkelijk is te noemen dat het management over het algemeen niet wordt meegenomen bij interne audits (college Lemmens, 2009). Ouwens (2008) concludeert op basis van resultaten die uit diverse onderzoeken naar voren zijn gekomen dat in de literatuur weinig beschreven staat over het uitvoeren van audits, de aanpak ervan, sterke en zwakke punten en de effecten op de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Een *Integraal intern auditsysteem* gaat een stap verder om kwaliteit en veiligheid te waarborgen (Ouwens, 2008). Deze vorm van interne auditing binnen de zorgverlening kijkt of daadwerkelijk veilige, effectieve, doelmatige en patiëntgerichte zorg wordt verleend binnen een organisatie. Als basis is deze vorm van interne auditing gebaseerd op de interne NIAZ-audits of HKZ-audits maar met extra afspraken omtrent gestructureerde en gecontroleerde follow-up. Daarbij wordt bij de *integrale* aanpak actieve betrokkenheid van alle belanghebbenden vereist en wordt gekeken naar afdelingsdoorkruisende werkafspraken of processen. In tegenstelling tot de interne audits wordt bij deze vorm van auditing wel een beroep gedaan op het management (Ouwens, 2008).

Uit de literatuur blijkt dat een audit alleen vaak niet voldoende is om ook daadwerkelijk uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van een kwaliteitssysteem binnen een organisatie. Vandaar dat aan aanscherping van het auditinstrument door het toepassen van een resultaatgeoriënteerde systematiek ook steeds meer in ontwikkeling is. Het opnemen van de zogenaamde *indicatoren* spelen hierbij een belangrijke rol. Een indicator is een meetbaar element van zorgverlening, dat een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van de betreffende zorg of zorgverlener (CBO, 2008). In de gezondheidszorg kan men indicatoren zowel voor interne sturing als voor externe verantwoording gebruiken. Door toepassing van interne indicatoren beogen zorgaanbieders de kwaliteit van de zorg te bewaken, te controleren en te verbeteren (Berg, e.a. 2005) en wordt bepaald welke verbeteracties prioriteit hebben. Door externe indicatoren kunnen organisaties een beter beeld geven over hoe de zorgaanbieder presteert. Tevens worden externe indicatoren gebruikt ter verantwoording aan verzekeraars, beleidsmakers en consumenten over hun zorgverlening. Wijkt een indicator af van een afgesproken norm dan is bijsturing noodzakelijk. De resultaten van de prestatie-indicatoren stimuleren hierdoor tot een kwaliteitsverbeteringsproces (Berg, e.a. 2005).

Harteloh (2001) adviseert een gebalanceerde set van indicatoren op te stellen gericht op diverse onderdelen binnen de gezondheidszorg. Enkele van deze onderdelen zijn:

- aan het licht brengen van problemen binnen het primaire proces binnen de gezondheidszorg,
- het achterhalen van het gebruik van protocollen, richtlijnen en procedures,
- kijken hoe de organisatorische kant van de zorgverlening verloopt,
- de uitkomsten van de medische zorg achterhalen,
- de prestaties te meten die binnen de gezondheidszorg zijn uitgevoerd door professionals dan wel door instrumenten.

Harteloh (2001) geeft aan dat als op al deze onderdelen gemonitord kan worden er dan pas kan worden gewerkt aan kwaliteitsborging in zijn totaliteit of kan er een stap gemaakt worden naar kwaliteitsverbetering (Harteloh, 2001).

Berg (2005) benoemt in een artikel dat er bij externe prestatie-indicatoren de kritische kanttekening te plaatsen is dat ze vaak algemeen zijn en dat de resultaten niet altijd de werkelijkheid weergeven. Vanuit deze invalshoek is dan ook op te merken dat de effectiviteit van het kwaliteitssysteem betrouwbaarder inzicht geeft als meerdere toetsingssystemen naast elkaar gebruikt worden. Wagner et al. (1999) geeft hierbij aan dat de validiteit van een toetsingsinstrument gemeten kan worden door de data die gevonden is met een instrument, te vergelijken met de data uit andere toetsingssystemen. Hieruit kan worden opgemaakt welk systeem de meest valide data weergeeft of kunnen datasets elkaar aanvullen.

Met de resultaten van het monitoren kunnen zorgaanbieders kenbaar maken hoe het staat met de ontwikkeling van hun kwaliteitssysteem, kunnen ze transparantie vergroten en tegemoet komen aan hun verantwoordingsplicht aan verzekeraars en de inspectie (Wagner et al, 1999). Met de informatie die uit de verschillende toetsingsmethoden, -modellen en -instrumenten over kwaliteit van processen en uitkomsten wordt het voor professionals mogelijk om te zorgen voor bijsturing en verbetering van zorg (Nivel onderzoek, 2008). In de planning & control cyclus dient structurele monitoring, meten of doelstellingen en resultaten behaald zijn, opgenomen te zijn.

2.3 Bijdrage vanuit bedrijfsleven dan wel de dienstensector

In de literatuur is terug te vinden *'dat de individuele cliënt het meeste baat lijkt te hebben bij een kruisbestuiving tussen de professionele zorg voor kwaliteit en een bedrijfsmatige benadering'* (Verheggen, 1998). Ook is terug te vinden dat gepleit wordt voor het bundelen van initiatieven, binnen alle sectoren, op het gebied van kwaliteit zodat het op nationaal niveau gewaarborgd kan worden en niet overal het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden (Molendijk, 2004). Tot slot wordt door Shell directeur Rein Willems (2004) geadviseerd om *'te blijven leren van andere sectoren'*. Hij geeft aan dat de zorgsector bijzonder is, maar niet uniek. Het werk is hoogspecialistisch en de werkprocessen zijn complex. Omdat dit ook voor andere sectoren geldt, onder meer in de industrie, geeft hij het advies om te kijken wat daar van te gebruiken is binnen de gezondheidszorg. Of daadwerkelijk methoden, modellen of instrumenten uit het bedrijfsleven kunnen worden ingevoerd binnen de gezondheidszorg wordt in deze paragraaf beschreven.

Een voorbeeld van een systeem uit het bedrijfsleven wat toegepast is binnen de gezondheidszorg, is het kwaliteitssysteem gebaseerd op de ISO-norm. De ISO-norm is het meest toegepaste kwaliteitssysteem binnen het bedrijfsleven. ISO is een internationale norm die gericht is op kwaliteitsbeheersing binnen organisaties. Een kwaliteitssysteem dat uitgaat van algemene normen en zowel binnen het bedrijfsleven als voor de dienstverlenende sectoren gebruikt kan worden. De normen zijn gericht op: procesmatige aanpak, continu verbeteren, klanttevredenheid en opleiding van en communicatie met medewerkers. De norm schrijft voor wat er moet gebeuren. Dat een systeem als ISO gebruikt wordt binnen de gezondheidszorg, dienstverlenende sector ofwel het bedrijfsleven komt doordat de invulling van de ISO is af te stemmen op de specifieke situatie en wensen van de organisatie (Janssen-Steenberg, 2004).

In de literatuur is terug te vinden dat methoden en instrumenten uit het bedrijfsleven te gebruiken zijn maar dat men zich altijd bewust moet zijn van een andere *motivatie, cultuur* en *beleving van werkzaamheden* binnen de gezondheidszorg ten opzichte van het bedrijfsleven (College Walburg, 2009). TPG Topman Peter Bakker (2004) geeft in zijn artikel aan dat een geheel andere bedrijfscultuur heerst binnen beide sectoren waardoor een werkwijze of methode niet direct kan worden overgenomen uit het bedrijfsleven. Peter Bakker (2004): *'Men moet binnen de gezondheidszorg leren oog te hebben voor de economische principes achter de zorg. Wanneer dat kan worden doorgevoerd kan er mee worden gedeeld in de winst en kan er ruimte zijn voor de nieuwste technologie en modernste apparatuur om o.a. kwaliteitssystemen te ondersteunen'*. Ook Shell directeur Rein Willems (2004) geeft in zijn artikel herhaaldelijk aan dat de professionals in de gezondheidszorg zeer betrokken zijn bij kwaliteitsverbetering (motivatie) en dat binnen ziekenhuizen vaak een gesloten cultuur heerst waar mensen niet graag melden wat fout is gegaan. Tot slot benoemt hij dat professionals zich nog niet laten sturen op kwaliteit en veiligheid omdat het nog geen onderdeel is van de dagelijkse praktijk.

Walburg (1997) gaat in zijn boek dieper in op de vraag of dat het bedrijfsleven en de gezondheidszorg voldoende overeenkomsten hebben om methoden of instrumenten te kunnen uitwisselen. Hij beschrijft de gezondheidszorg als een bedrijf met drie verschillende types:

- Dienstverlenend bedrijf: de diensten binnen de gezondheidszorg bestaan uit handelingen en sociale interacties. Verder staat de productie en consumptie nooit los van elkaar. De cliënt is veel meer dan alleen cliënt; hij draagt bij aan het gehele proces van dienstverlening.

- Door de vorm van dienstverlening binnen de gezondheidszorg is er een andere beleving van werkzaamheden dan binnen het bedrijfsleven.
- Non-profit bedrijf: de gezondheidszorg is niet gericht op winst maken of heeft als hoogste prioriteit niet het creëren van zo laag mogelijke kosten. Veelal is bepaald door vastgestelde budgetten. *De motivatie* van professionals binnen de gezondheidszorg is dus minder gericht op de economische aspecten dan dat het geval is binnen het bedrijfsleven.
 - Zorgverlenend bedrijf: doordat binnen de gezondheidszorg een afhankelijkheidsrelatie heerst tussen cliënt en professional moet er een grote verantwoordelijkheid en betrokkenheid heersen onder medewerkers. De cultuur die binnen de gezondheidszorg heerst is vaak niet te vergelijken met die binnen het bedrijfsleven. (Walburg, 1997)

Bovenstaande omschrijvingen en verschillen geven aan dat de gezondheidszorg in vergelijking met het bedrijfsleven minder voorspelbaar is (Nivel onderzoek, 2008). Dat wil zeggen dat niet alle risico's ingeschat kunnen worden en waarborgen tot herstel kunnen ontbreken. Hier dient men rekening mee te houden bij eventuele overname van methoden, modellen of instrumenten uit andere sectoren. Gesteld mag worden dat er mogelijkheden zijn om methoden, modellen en instrumenten over te nemen uit het bedrijfsleven of de dienstensector, maar dat volgens de diverse auteurs rekening gehouden moet worden met het implementeren in een, in diverse opzichten, andere sector.

2.4 Werken aan kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering

Wagner (1999) geeft aan dat de complexiteit die de gezondheidszorg met zich meebrengt, maatregelen vereist om een goed evenwicht aan te kunnen brengen tussen structuur, proces en resultaten binnen de controle naar kwaliteit. Hierbij moet tevens aandacht besteed worden aan enerzijds de organisatie van zorg (beleid) en anderzijds de inhoud van de zorg (praktijk). Om het niveau van kwaliteit te behouden, dan wel te verbeteren, is van belang dat er samenhang gecreëerd wordt tussen alle aspecten. Wanneer een kwaliteitssysteem is geïmplementeerd binnen een organisatie dan moet niet alleen rekening gehouden worden met inhoudelijke veranderingen voor de professionals binnen de gehele organisatie maar ook met een wezenlijke cultuuromslag (Wagner, 1999).

2.4.1 Structuur en cultuur

Volgens Van der Krogt en Vroom (1995) hangen *structuur* (verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in een organisatie) en *cultuur* (menselijke interacties binnen een organisatie en de beleving hiervan) onlosmakelijk met elkaar samen.

Zodra er sprake is van een structuurverandering zal dit automatisch ook invloed hebben op de cultuur binnen een organisatie. Om als organisatie goed te functioneren zal er een evenwicht moeten zijn tussen beide begrippen (Van der Krogt & Vroom 1995:23).

Om tussen beide begrippen een evenwicht te creëren kan een planning & control cyclus als besturingsstelsel binnen de zorgsector uitkomst bieden.

Er wordt hierbij gekeken naar het bedrijfsmatige (bijvoorbeeld het beleid en financiële aspecten) maar ook wordt gewerkt aan het objectiveren van het zorgproces en is er aandacht voor de professionele betrokkenheid (praktijk) (van Dorsten, 2005). Door de planning & control cyclus worden op opmerkelijke resultaten uit audits, of lage scores op indicatoren, direct actie ondernomen. Er ontstaat dan een directe interface tussen de strategie van de organisatie (beleid) en realisatie van zorg (praktijk en cultuur) zodat het kan leiden tot verbetering van zorg, kwaliteit en efficiëntie (van Dorsten, 2005).

Ondanks de interface die ontstaat binnen een goed planning & control systeem is in de literatuur terug te vinden dat het vaak niet voldoende is voor het behoud van structurele kwaliteitsverbetering. Volgens Verheggen (2005) sluiten kwaliteitssystemen vaak niet goed aan bij waar de professional in de dagelijkse praktijk mee bezig is. De samenhang tussen beleid en praktijk wordt niet altijd bereikt. Door Geelhoed (2005) wordt dit niet verweten aan de planning & control cyclus of het kwaliteitssysteem maar aan de communicatie tussen de verschillende organisatieonderdelen.

2.4.2 Communicatie

Als een passende toetsingsmethode, -model of -instrument gevonden is om de effectiviteit van het kwaliteitssysteem te waarborgen is het belangrijk om deze op een zodanige manier te borgen dat structurele kwaliteitsverbetering ontstaat. De borging is erop gericht de bereikte prestaties op een bepaald minimaal niveau vast te houden, ervan uitgaande dat de huidige prestaties acceptabel zijn. Om de prestaties op een bepaald niveau vast te houden of zelfs te verbeteren zullen afspraken met elkaar gemaakt moeten worden en zal de communicatie tussen alle onderdelen binnen de organisatie goed moeten verlopen. Elfferich (2008) beschrijft in zijn boek dat er voor interne communicatie een zo goed mogelijk open communicatieklimaat moet zijn. Het communicatieklimaat hangt sterk samen met de cultuur die eerder beschreven is. Elfferich (2008) beschrijft het ideale communicatieklimaat als volgt:

Professionals moeten ongestraft hun zegje kunnen doen naar elkaar in een sfeer van wederzijds respect. Er moet een bepaalde veiligheid worden gecreëerd hiervoor. Wanneer professionals elkaar aanspreken moet er geen wegduikgedrag of schuilgedrag heersen. De sfeer is informeel, weinig hiërarchie en men kan van elkaar op aan. De top-down, bottom-up en diagonale communicatie is met elkaar in balans.

Er is vertrouwen in elkaar, informatie is beschikbaar en er is geen sprake van manipulatie (Elfferich, 2008).

Het streven van een organisatie moet constant gericht zijn op een zo ideaal mogelijk communicatieklimaat. Omdat er dan ruimte is voor professionals om resultaten, afkomstig van audits en indicatoren, met elkaar te bespreken.

Wanneer resultaten met elkaar gedeeld worden door middel van positieve feedback, kunnen uitkomsten (output) van het proces worden verhoogd en kan geleerd worden van eventuele fouten. Ingevoerde verbeteringen kunnen dan uiteindelijk leiden tot kwaliteitsverbetering.

2.4.3 Leren van fouten

Naast de controlerende rol die het kwaliteitssysteem met de audits, dan wel indicatoren heeft, is het ook belangrijk dat onder medewerkers niet alleen het controlerende aspect zal overheersen. Het is belangrijk dat de professionals zich verantwoordelijk voelen voor kwaliteitsbehoud en verbetering. Volgens de literatuur moet er een omgeving gecreëerd worden waarin leren mogelijk wordt. Volgens Peter Senge (1999) kan een lerende organisatie pas ontstaan onder de volgende condities:

- 1) Het verantwoordelijk maken van mensen voor hun eigen werk.
Professionals betrekken bij creëren en implementeren van 'kwaliteit' op de werkvloer.
- 2) Het delen van een visie binnen een organisatie.
Communiceren van doelstellingen omtrent kwaliteitsverbetering.
- 3) Het versterken van vaardigheden en mogelijkheden tot reflectie en onderzoek.
Daar waar nodig zorgen voor scholing of uitleg.
- 4) Het denken in systemen en niet in gefragmentariseerde onderdelen van dat systeem.
Zorg dragen voor het geheel. De Plan-Do-Check-Act cyclus speelt hierbij een rol.
- 5) Het georiënteerd zijn op een langetermijnvisie.
Inspelen op veranderingen binnen de gezondheidszorg die komen gaan.
(Senge, 1999)

Het lerende aspect van behaalde resultaten en uitkomsten is tevens een aspect wat zou moeten worden meegenomen in het kwaliteitssysteem en de planning & control cyclus, als gestreefd wordt naar kwaliteitsbehoud en verbetering.

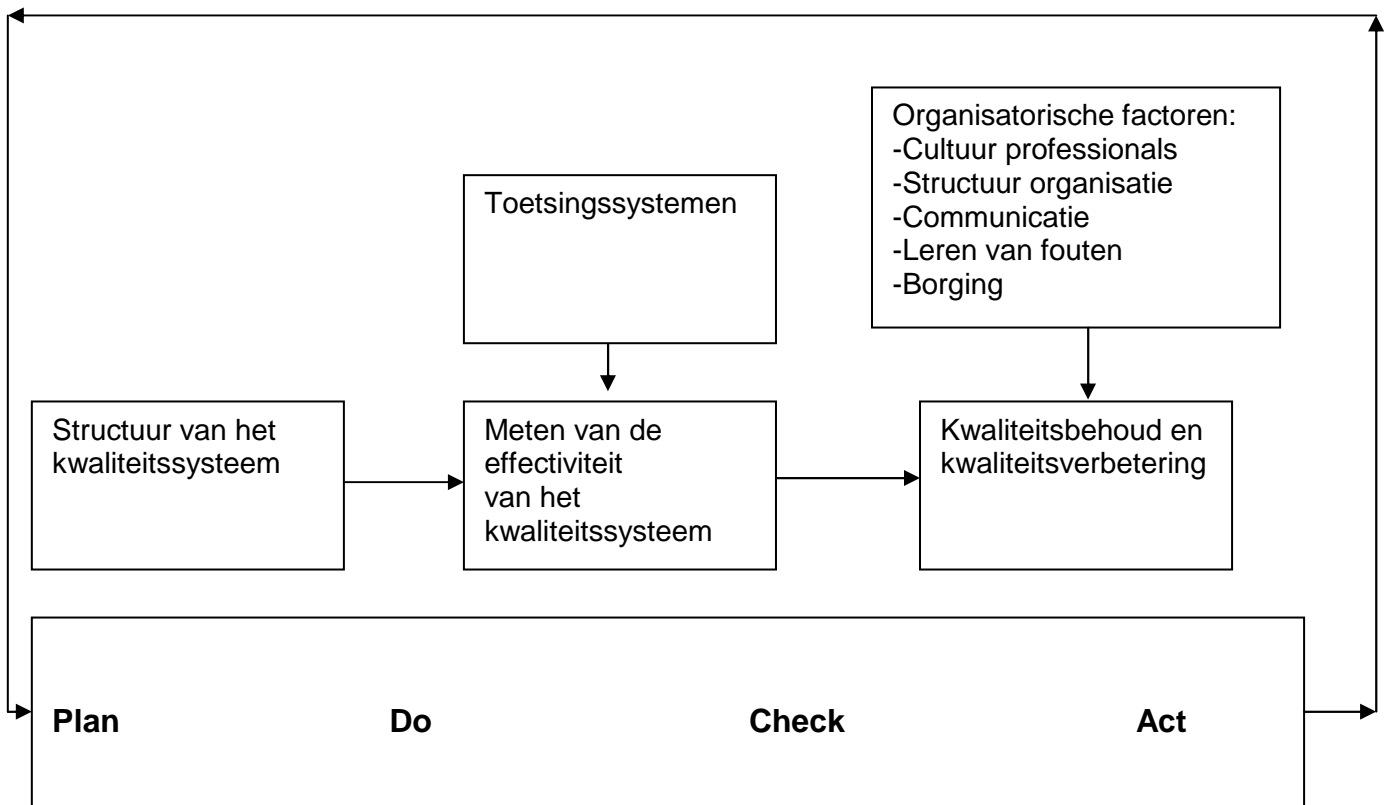
2.4.4 Borging

Van borging kan pas sprake zijn als de verbeterde manier van werken een geïntegreerd onderdeel van het normale handelen is geworden. Daarnaast blijft informeren, communiceren, aandacht voor de cultuur, aandacht voor het lerende aspect en (periodiek) blijven meten voor het behouden van een juiste werking van het kwaliteitssysteem essentieel. Als hier geen aandacht voor is dan wordt over een wat langere tijd de essentie van de verandering vergeten en zal men mogelijk vervallen in oude gewoontes

(Kotter, 1998). Schouten (2004) geeft aan dat er diverse factoren zijn die invloed hebben op terugval van verbeteringen. Zo worden personele wisselingen, ontbreken van goede randvoorwaarden, gebrek aan eenduidigheid omtrent doelen en visie, onvoldoende discipline en verslapping van de aandacht benoemd. De factoren die hier samenvattend worden beschreven zijn in de alinea's 'structuur en cultuur', 'communicatie' en 'leren van fouten' uitgebreid toegelicht.

2.5 Conceptueel model

Kwaliteitscyclus



2.5.1 Toelichting conceptueel model

Het conceptueel model geeft de kwaliteitscyclus van een organisatie weer. De kwaliteitscyclus is meestal als onderdeel opgenomen in de beleidscyclus van een organisatie. Binnen de gehele kwaliteitscyclus speelt de Plan-Do-Check-Act cyclus van Edwards Deming een grote rol. Deze cyclus wordt voortdurend gevolgd binnen de kwaliteitscyclus van de organisatie. De effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen een organisatie kan op verschillende manieren zichtbaar gemaakt worden.

Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar toetsingsmethoden, -modellen en -instrumenten uit de gezondheidszorg maar ook wordt gekeken naar mogelijke bruikbaarheden uit het bedrijfsleven of dienstensector.

Wanneer de effectiviteit van het kwaliteitssysteem inzichtelijk is gemaakt kunnen de resultaten die op kwaliteitsgebied behaald zijn, worden behouden of zelfs verbeterd. De organisatorische factoren zijn van invloed op kwaliteitbehoud en verbetering. Bij organisatorische factoren wordt gesproken over cultuur (op de werkvloer), structuur van de organisatie, communicatie onderling, het vermogen van een organisatie om te leren van fouten en borging. De organisatorische factoren spelen een rol binnen elke organisatie maar kunnen op een verschillende manieren vorm krijgen.

Hoofdstuk 3 Methoden van Onderzoek

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek besproken. In de eerste paragraaf wordt ingegaan op het onderzoeksontwerp. In de tweede paragraaf wordt ingegaan op de respondenten die benaderd zijn. In paragraaf drie wordt ingegaan op welke wijze de data verzameld is. In paragraaf vier wordt ingegaan op de data analyse die heeft plaatsgevonden. Tenslotte zal in paragraaf vijf de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek worden besproken.

3.1 Onderzoeksontwerp

Om de onderzoeksvraag en daarbij behorende deelvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Het toepassen van triangulatie is bedoeld om aan te tonen dat een bevinding ondersteund wordt door meerdere, onafhankelijk van elkaar verkregen, waarnemingen (Baarda e.a. 2001:127). Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek. Bij dergelijk onderzoek speelt de context waarin een onderzoek plaats vindt een belangrijke rol. In het onderzoek wordt vanuit de empirie gekeken naar efficiënte manieren om de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuisen te kunnen toetsen. De keuze voor kwalitatief onderzoek is gebaseerd op de mate van flexibiliteit die nodig is binnen deze onderzoekssituatie. Het onderzoek heeft een explorerend karakter. Onderzocht is wat een goed toetsingssysteem is en er is gekeken naar de mogelijke bijdrage van methoden, modellen en instrumenten uit het bedrijfsleven dan wel de dienstensector. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde face-to-face interviews. Daarnaast is gebruik gemaakt van een observatie en documentenanalyse.

3.2 Respondenten

Voor de ontwikkeling van het theoretische kader is een verkennend gesprek gevoerd met de directeur van een organisatieadviesbureau binnen de gezondheidszorg. Doel van dit gesprek was ervaringen binnen de gezondheidszorg op het gebied van 'toetsen van de kwaliteit binnen de Nederlandse gezondheidszorg' in kaart te krijgen. Op basis van het verkennende gesprek en het theoretische kader is een passende topic lijst voor de interviews gecreëerd en is bepaald welke organisaties (uit de gezondheidszorg, de dienstensector en het bedrijfsleven) benaderd konden worden.

De instellingen die benaderd zijn werken met kwaliteitssystemen en toetsen de effectiviteit van deze systemen geregeld. De respondenten die voor het onderzoek benaderd zijn, zijn voornamelijk kwaliteitsmedewerkers en staffunctionarissen werkend op Kwaliteitsafdelingen.

Voor het onderzoek zijn 11 respondenten geïnterviewd. De geïnterviewden (*zie bijlage 1*) zijn afkomstig uit diverse sectoren. Zo zijn er respondenten benaderd die werkzaam zijn binnen de gezondheidszorg (ouderenzorg, perifeer/academisch ziekenhuis en gehandicaptenzorg), de dienstensector, het bedrijfsleven en de laboratoriumomgeving.

3.3 Dataverzameling

Voor het ontwikkelen van het theoretische kader heeft een literatuurstudie plaatsgevonden. Hiervoor is gebruik gemaakt van de collectie aan artikelen, studieboeken en vaktijdschriften van de Erasmus Universiteit. Tevens zijn enkele digitale databanken gebruikt, te weten Pubmed, Medline, Google Scholar en de Online vakbibliotheek voor de gezondheidszorg.

In dit kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van bronnen- en methodentriangulatie. Omdat het onderzoek in een kort tijdsbestek van vier maanden gedaan wordt, is bewust gekozen om verschillende methoden en bronnen te gebruiken zodat de validiteit behouden blijft en de betrouwbaarheid vergroot wordt (Bergsma, 2003).

Gedurende het onderzoek zijn de volgende bronnen gebruikt:

- Documenten zijn gebruikt voor de beeldvorming tijdens het onderzoek. Een document dat gebruikt wordt voor het onderzoek is onder andere het *Organisatiehandboek 2008* van Stichting Groenhuysen en *Draaiboek Kwaliteitsonderzoeken* van Stichting Groenhuysen.
- Individuele interviews zijn in kwalitatief onderzoek een belangrijke bron van informatie. Te meer omdat middels interview achterliggende informatie, bepaalde beweegredenen en visies van individuen achterhaald kunnen worden (Creswell, 2003). De interviews zijn als semi-gestructureerde face-tot-face interviews afgenomen. De geïnterviewden hebben voorafgaand aan het interview een korte introductie gekregen en er is gevraagd, zonder verdere voorbereiding, de interviewvragen te beantwoorden. Door deze summiere uitleg over de onderzoekrichting is voorkomen dat de respondenten de antwoorden aanpassen en eventueel gewenste antwoorden geven. Tevens zijn alle interviews op tape opgenomen en vervolgens woord-voor-woord uitgetypt.
- Observatie gaat om de registratie van het feitelijke gedrag wat geregeld voorkomt (Baarda, e.a., 2001). Ter observatie is in het onderzoek een tussentijdse evaluatie bijgewoond betreffende interne audits binnen Groenhuysen. Daar zijn een vijftiental auditoren, uit diverse functies, bij betrokken geweest.

3.4 Data analyse

De data, die verzameld is door middel van de diverse onderzoeksmethoden, is geschift en geordend middels transcriptie. De zorgvuldig uitgewerkte data zijn herlezen en vervolgens zijn de belangrijkste aspecten per relevant thema op schrift gezet (Baarda, e.a. 2001:162). Codering naar thema's die tijdens het onderzoek aangehaald worden, wordt ook wel een verdeling op deductieve wijze genoemd. De thema's zijn ingedeeld naar aanleiding van de deelvragen die eerder benoemd zijn. Door deze manier van coderen konden verbanden worden gelegd tussen de verschillende ervaringen en/of belevingen. Gedurende de analyse is aan een enkele respondent een terugkoppeling weggelegd of verdieping gevraagd omtrent een bepaalde vraag uit het interview.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Gedurende het onderzoek zijn betrouwbaarheid en validiteit belangrijke aandachtspunten geweest. Bij het aantal geïnterviewden is rekening gehouden met de hoeveelheid (aantal) en de diversiteit (functies en verschillende organisaties werkzaam) van de respondenten. Hierdoor kan eventuele bias geen invloed hebben op de uitkomsten van het onderzoek. Om de betrouwbaarheid verder te vergroten zijn enkele 'member checks' uitgevoerd. Dit houdt in dat onderdelen van de uitgeschreven versie van het interview zijn teruggekoppeld naar de respondent en na is gegaan of wat beschreven staat kloppend is (Wester, 1995). De betrouwbaarheid is vergroot doordat er bewust gekozen is welke organisaties zijn benaderd voor het onderzoek. Enkele instellingen die benaderd zijn, zijn aangedragen in het verkennend gesprek met de algemeen directeur van een organisatieadviesbureau. Doordat door deze organisatie al enig vooronderzoek is gedaan binnen verschillende organisaties binnen de gezondheidszorg kon deze persoon gericht organisaties aanwijzen die bruikbaar waren voor het onderzoek.

De validiteit geeft aan of er gemeten wordt wat je daadwerkelijk beoogd te meten en dus vrij is van eventuele bias (Baarda & de Goede, 2001). De data die uit het onderzoek verworven is moet een juiste weerspiegeling weergeven van de gebeurtenissen in de praktijk. Binnen het onderzoek zijn diverse organisaties benaderd waarbinnen respondenten met diverse functies zijn geïnterviewd. Hierdoor is een vollediger beeld van de werkelijkheid geschetst.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de algemene resultaten beschreven van het onderzoek op basis van de thema's. De geformuleerde deelvragen zijn als leidraad aangehouden bij het opstellen van de thema's. Er komt aan de orde wat een kwaliteitssysteem inhoudt, hoe de efficiëntie van een kwaliteitssysteem inzichtelijk gemaakt kan worden, welke verschillen benoemd kunnen worden tussen de gezondheidszorg en overige sectoren, hoe Groenhuysen inzichtelijk heeft hoe effectief het kwaliteitssysteem werkt en tot slot hoe structureel kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering kan worden opgezet.

4.1 Het kwaliteitssysteem

Gedurende de interviews is naar voren gekomen dat een kwaliteitssysteem als een levend systeem wordt gezien. Een systeem dat een solide basis nodig heeft maar zeker onderhouden moet worden. Respondent H benadrukt dat *'als de basis van het kwaliteitssysteem staat, staat het voor jaren. Dan pas kan je beginnen aan verdere ontwikkeling en verdieping'*. Een kwaliteitssysteem moet systematisch worden verbeterd en volgens het merendeel van de geïnterviewden kan *systematisch verbeteren* goed plaatsvinden als het systeem cyclisch wordt doorlopen. Het cyclisch doorlopen van het systeem zorgt voor borging en behoud. Door gebruik te maken van het kwaliteitssysteem worden oplossingen minder ad hoc benaderd maar wordt gekeken naar de oorzaak van een probleem zodat verbeteringen vandaar uit procesmatig kunnen worden opgezet. Het stap-voor-stap terug beredeneren waarom iets gedaan wordt is een kenmerk van een kwaliteitssysteem. Niet voor niets wordt gedurende de interviews dan ook geregeld de Plan-Do-Check-Act cyclus van Deming aangehaald.

Door de geïnterviewden binnen en buiten de gezondheidszorg, wordt als belangrijk aspect van een kwaliteitssysteem genoemd dat het overdraagbaar maakt wat de beste werkafspraken zijn. Hierdoor kan je binnen een organisatie (intern) eerder signaleren waar dingen fout gaan zodat points-of-no-return in het werkproces vermeden worden wanneer hierop wordt ingespeeld. Door Respondent E wordt gezegd: *'Een goed kwaliteitssysteem bevat een aantal tools waarmee je kan kijken hoe je er voor staat als organisatie en waar het bestuur zich op kan richten betreffende de besturing. Met tools bedoel ik een normenkader, prestatie-indicatoren en het uitzetten van audits'*. Je kan tevens aan stakeholders en andere partijen (extern) laten zien dat je bezig bent met verbeteringen op kwaliteitsniveau. Dit wordt benoemd als een aspect van een kwaliteitssysteem binnen de gezondheidszorg maar ook in het bedrijfsleven en de dienstensector.

De kwaliteitsfunctionarissen uit de ziekenhuizen hanteren allemaal de eisen van het NIAZ kwaliteitssysteem en het overkoepelend INK-Model. De overige functionarissen uit de gezondheidszorg, maar ook de respondenten H, K en L hanteren de eisen van de HKZ. In de interviews waar ter sprake is gekomen waarom juist voor het aanhouden van de adviezen van het NIAZ of HKZ is gekozen, wordt door allen aangegeven dat de overheid verschillende wetten en verplichtingen heeft opgelegd aan organisaties die het NIAZ en HKZ weer in hun eisen hebben opgenomen. Door twee geïnterviewden wordt aangegeven dat het NIAZ en HKZ ook afspraken hebben gemaakt met de Inspectie voor Volksgezondheid betreffende de monitoring van deze wetten en verplichtingen. Je bent als organisatie niet verplicht om voor NIAZ of HKZ te kiezen maar als je je aan deze eisen houdt, zit je als organisatie in de lijn van wat de overheid wenst. Er werd door een tweetal geïnterviewden aangegeven *‘je moet dus wel heel sterk in je schoenen staan als organisatie om nog wat anders te willen doen!’*.

Gedurende de interviews is duidelijk geworden dat er respondenten zijn die voornamelijk voordelen ervaren, of voornamelijk nadelen, van het werken met een kwaliteitssysteem. Respondent F heeft aangegeven dat het invoeren van een kwaliteitssysteem, om hiermee uiteindelijk een HKZ-certificaat te behalen, veel bureaucratie met zich meebrengt voor een organisatie. Zij zegt: *‘Al het vastleggen van resultaten levert niet altijd kwaliteitsverbetering op. Je moet dus altijd goed de kosten tegen de baten afwegen’*. Respondent H vindt dat het kwaliteitssysteem zeker meerwaarde heeft voor een organisatie en geeft aan dat er altijd voordelen mee behaald worden. Hij geeft aan: *‘Het wordt vaak als kritische noot benoemd dat kwaliteitssystemen meer werk opleveren maar wanneer je een goed werkend kwaliteitssysteem hebt binnen je organisatie kan je juist de zin van de onzin scheiden waardoor gegarandeerd winst zal worden behaald’*.

4.2 Monitoren van kwaliteitssystemen

Het inzichtelijk maken van de efficiëntie van kwaliteitssystemen kan op diverse manieren plaatsvinden. Gedurende de interviews worden methoden en instrumenten benoemd als: clienttevredenheidsonderzoeken, medewerkertevredenheidsonderzoeken, klacht en complimenten registraties, verbeterplannen, indicatoren, procesanalyses en interne en externe audits. Uit de interviews komt naar voren dat het uitvoeren van *audits* door de kwaliteitsfunctionarissen binnen en buiten de gezondheidszorg, als belangrijkste methoden wordt gezien om de efficiëntie van een kwaliteitssysteem zichtbaar te maken. Daar audits een objectief en gedetailleerd beeld weergeven van hoe het gesteld is met de kwaliteit op bijvoorbeeld een afdeling, op een bepaald moment in de tijd. Op de tweede plaats worden clienttevredenheidsonderzoeken genoemd.

Door de resultaten vanuit monitoring kan je kwaliteit vergelijken en verbeteren en het draagt bij om mensen warm en scherp te houden op kwaliteit.

Door het merendeel van de geïnterviewden worden verschillen tussen interne en externe audits benoemd. Zo worden interne audits omschreven als *gedetailleerd*, een klein onderdeel van een taak binnen een afdeling wordt geaudit door veelal eigen opgeleide medewerkers. Externe audits worden omschreven als *minder gedetailleerd* omdat gekeken wordt naar het gehele bedrijf. Voor een externe auditor zijn feitelijke resultaten niet belangrijk. Voor deze auditoren is het belangrijk te weten of dat audits worden uitgevoerd, hoe je als organisatie resultaten noteert en welke vervolgstappen worden ondernomen ter verbetering. De respondenten geven aan dat in- en externe audits niet te vergelijken zijn met elkaar en dus naast elkaar gebruikt moeten worden. *‘Met een interne audit kijk je naar ‘doen we de juiste dingen?’. Met een externe audit wordt gekeken of je je als organisatie aan je eigen afspraken houdt’*, werd aangegeven door respondent K. Daarnaast werd door enkele geïnterviewden benoemd dat medewerkers binnen een organisatie naar interne auditoren vaak opener zijn dan naar externen. Dit omdat vaak geaudit wordt door ‘eigen mensen’ en vertrouwen speelt hierin een belangrijke rol. Tevens staan de medewerkers meer onder psychologische druk wanneer men van een externe organisatie komt auditten. Het voelt voor medewerkers vaak alsof er meer van af hangt. Ook uit de auditevaluatie die binnen Groenhuysen gehouden is blijkt dat door medewerkers anders tegen een interne- en externe audit wordt aangekeken. De auditoren ervaren dat een geplande audit eerder wordt afgezegd bij interne audits ten opzichte van externe audits. *‘Externe audits worden vrijwel nooit afgezegd omdat organisaties bang zijn dat ze hier later op worden afgerekend’* wordt door een auditor aangegeven gedurende de evaluatie.

Betreffende externe audits wordt voornamelijk door een tweetal geïnterviewden benadrukt dat deze resultaten gebaseerd zijn op een momentopname en organisaties de uitkomsten zo positief mogelijk proberen te beïnvloeden. *‘Je weet als organisatie precies waar je eigen knelpunten liggen en deze probeer je dan ook zoveel mogelijk te omzeilen’* wordt door respondent K aangegeven. Door de geïnterviewde wordt aangegeven dat dit bij andere organisaties, binnen en buiten de gezondheidszorg, ook zo gebeurt. De geïnterviewde auditor heeft hier vanuit een zichtbaar andere rol, tegengesteld op gereageerd. *‘Als goede auditor weet je hier doorheen te prikken. Je bevraagt een organisatie op makkelijk aan te tonen dingen. Als ze het aan kunnen tonen is het in orde. Door dieper door te vragen en op non-verbale communicatie te letten, prik je altijd door de knelpunten heen’*.

Ook bij het houden van interne audits worden kritische noten geplaatst door de geïnterviewden. Een drietal geïnterviewden benoemden dat *'interne audits ook gebruikt worden door medewerkers om te spuien over zaken waar ze zich niet in kunnen vinden'*. Medewerkers zijn ervan op de hoogte dat op de resultaten uit de interne audits altijd acties worden uitgezet en hopen dat er op deze manier iets aan gedaan wordt. Een belangrijke eigenschap van een auditor is dan ook om door te kunnen vragen, om te kunnen achterhalen of het iets is van een individu of van bijvoorbeeld een afdeling in zijn totaliteit.

Daarnaast wordt door een tweetal geïnterviewden met ervaringen binnen de ziekenhuiswereld, benoemd dat interne audits niet altijd objectief verlopen binnen ziekenhuizen. *'Er is tussen specialisten en soms bij afdelingen onderling wel degelijk een bepaalde vorm van concurrentie. Een onderlinge strijd waarbij echt gekeken wordt naar inhoud van de resultaten'*. Dit is tegenstrijdig met de regel dat interne audits objectief en onafhankelijk moeten worden gehouden.

Een derde kritische noot die wordt aangehaald door een viertal geïnterviewden zit hem in het lastig kunnen inzetten van de medische specialisten bij een audit. Het is lastig ze van hun werkplek te krijgen om een audit uit te voeren maar dit is wel een vereiste omdat collega specialisten voornamelijk door hun eigen specialisme geaudit willen worden. Er moet dus een balans gezocht worden in het laten deelnemen van medische specialisten als auditor.

4.3 Verschillen tussen de gezondheidszorg en overige sectoren

Organisaties binnen de gezondheidszorg zijn altijd vrij intern gericht bezig geweest bij het opzetten van kwaliteitssystemen. Niet vaak werd gekeken naar hoe voorgangers dit hebben aangepakt. In tegenstelling tot het bedrijfsleven heeft de gezondheidszorg een kortere kwaliteitstraditie; diverse geïnterviewden geven aan het daarom opmerkelijk te vinden dat er zo weinig in elkaars keuken gekeken is.

De intrede van economische prikkels en het effectiever en kostenefficiëntere zorg moeten leveren maakt dat de laatste jaren adviezen uit andere sectoren bij de hand worden genomen. Diverse respondenten uit de gezondheidszorg beamen ook samenwerkingsverbanden te hebben met kwaliteitsfunctionarissen uit het bedrijfsleven. Zo werkt respondent C samen met Toyota om *'lean thinking'* te introduceren binnen het ziekenhuis en respondent E met de petrochemie. Door deze respondenten wordt aangegeven dat op het gebied van procesmanagement en risicomangement veel te leren is van het bedrijfsleven. Binnen de gezondheidszorg is het nodig om processen efficiënter in te richten en volgens de respondenten C en E zijn medewerkers binnen de gezondheidszorg zich hier van bewust.

Door de vele regels en afspraken die met elkaar gemaakt zijn is het alleen lastig om overkoepelend te kijken waar nu efficiënter gewerkt kan worden. Respondent C benoemd: *'Bedrijfskundige benaderingen en visies kunnen ondersteunend zijn om kwaliteit te optimaliseren binnen de gezondheidszorg'*. Verschillende respondenten benadrukken dat de integratie van verschillende sectoren dan ook meer in opkomst is.

Uit de interviews blijkt dat de toetsingsinstrumenten uit de verschillende sectoren in grote lijnen niet veel van elkaar verschillen. Er wordt veel gebruik gemaakt van in- en externe audits, clienttevredenheidsonderzoeken en medewerkertevredenheidsonderzoeken. Door alle respondenten wordt dan ook aangehaald dat andere sectoren op het gebied van kwaliteit een bijdrage kunnen leveren binnen de gezondheidszorg maar nooit direct gekopieerd kunnen worden. Diverse respondenten benoemen dat op het gebied van *structuur, cultuur* en *proces* een eigen invulling aan het geheel gegeven moet worden zodat het passend wordt binnen de eigen organisatie. Een aantal opmerkelijke aspecten worden aangehaald waar rekening mee gehouden moet worden als onderdelen uit andere sectoren worden geïntroduceerd binnen de gezondheidszorg.

- Wanneer fouten gemaakt worden in de productie binnen een bedrijf kunnen de onderdelen vaak gerecycled worden. Binnen de gezondheidszorg heb je met een fout in de productie te maken met een beschadigde, ontevreden cliënt (respondent D).
- Binnen productie is geen inefficiëntie gewenst, daar binnen de gezondheidszorg een marge van inefficiëntie behouden moet blijven om continuïteit te kunnen waarborgen (respondent H).
- Binnen gezondheidszorg worden door overheid en inspectie doelstellingen en taken in razend tempo vernieuwd en bijgesteld. Hier moet je op inspringen als organisatie. Het is binnen de gezondheidszorg lastiger om op zaken vooruit te lopen (respondent E en H).
- In het bedrijfsleven bepaald de medewerker wat voor product er uiteindelijk gemaakt wordt. Geen input wordt geleverd vanuit het product zelf. Binnen de gezondheidszorg heb je altijd met personen te maken. Iedere patiënt is anders en werkzaamheden moeten daar op worden afgestemd. Binnen gezondheidszorg is kwaliteit niet alleen uniformiteit maar moet ook een zekere mate van maatwerk worden geleverd (respondent E en J).
- Binnen de gezondheidszorg hebben autonome professionals vaak een eigen visie naast de organisatorische visie van de Raad van Bestuur en zijn hierdoor lastiger aan te sturen. Het is moeilijk om in het beleid strak één lijn aan te houden, zonder hierin de stem van deze professionals mee te laten wegen.

In het bedrijfsleven is dit gemakkelijker en wordt vaker binnen de gehele organisatie één visie nagestreefd (respondent D, H en K).

Door diverse respondenten binnen en buiten de gezondheidszorg, wordt aangegeven dat een softere *cultuur* heerst binnen de gezondheidszorg in tegenstelling tot het bedrijfsleven. Binnen de gezondheidszorg worden personen niet afgerekend als het minder gaat. In het bedrijfsleven is dit wel het geval. Door respondent H wordt aangegeven dat er vaak ook geen reden voor is om op bijvoorbeeld economisch vlak touwtjes kort te houden. Door meer toezicht van de overheid gaat nu ook binnen de gezondheidszorg dit aspect een belangrijkere rol spelen. Positieve bekrachtiging (in de vorm van beloning) speelt tevens minder binnen de gezondheidszorg. De respondent A, H en I benoemen dat positieve en negatieve bekrachtiging invloed kunnen uitoefenen op motivatie en betrokkenheid van medewerkers. Tegelijkertijd wordt benoemd dat binnen de gezondheidszorg beloning in de vorm van geld maar in een beperkte mate zal motiveren. Mensen doen het werk vaak zo optimaal mogelijk uit een bepaalde overtuiging en voor medewerkers binnen de gezondheidszorg is vaak waardering in de vorm van een compliment of een schouderklopje al veel waard. Door de respondenten wordt wel beaamd dat een verandering gaande is binnen de gezondheidszorgcultuur maar dat het nog niet op gelijkwaardig niveau is met het bedrijfsleven.

Naast de verschillende aspecten op *structuur*, *cultuur* en *proces* niveau is aan te halen dat het basisprobleem op het gebied van kwaliteit binnen de gezondheidszorg toe te wijden is aan tekorten in **tijd**, **budget** en **resources** om bepaalde projecten en trajecten ter verbetering en behoud van kwaliteit grootschalig in te zetten. Hierdoor is het lastig te streven naar een optimaal resultaat. Binnen de gezondheidszorg hebben de academische ziekenhuizen in sommige gevallen betreffende geld en middelen wat te besteden maar de perifere ziekenhuizen (respondent C en D), ouderenzorg (respondent A) en gehandicapten zorg (respondent F) geven aan dat ze weinig in te zetten hebben om kwaliteit binnen de organisatie naar een hogere prioriteit te kunnen krijgen. Duidelijk maakt het gegeven dat de afdeling Kwaliteit, volgens de respondenten, uit één à twee medewerkers bestaat die hun handen vol hebben aan de dagelijkse dingen en er dus grote kans is dat er door het vele werk geen verbetertrajecten kunnen worden uitgezet.

Als er gekeken wordt naar het belangrijkste toetsingsinstrument om kwaliteit binnen en buiten de gezondheidszorg te meten dan worden interne audits door de respondenten benoemd. Door het merendeel van de respondenten binnen de gezondheidszorg worden procesaudits genoemd als de meest voorkomende binnen hun organisatie.

De procesaudits worden gehouden op afdelingsniveau waarbij diverse processen nader bekeken worden door een auditteam. *'De procesaudits geven zicht op verbanden die gelegd kunnen worden tussen verschillende activiteiten die worden uitgevoerd op een afdeling. Activiteiten die eigenlijk op zichzelf staan maar elkaar wel degelijk beïnvloeden'* geeft respondent D aan. Enkele organisaties benoemen naast de procesaudits op afdelingen ook audits uit te voeren die diverse afdelingen doorsnijden (integrale audits). Deze audits worden voornamelijk uitgevoerd om te signaleren waar een knelpunt binnen een proces te signaleren is (op technisch of communicatief niveau bijvoorbeeld). De respondenten die integrale audits uitvoeren binnen hun organisatie geven aan integrale audits niet standaard uit te voeren daar ze er meer tijd aan kwijt zijn en er meer auditoren voor moeten worden opgeleid. Verder wordt door respondent C benoemd dat door het alleen uitvoeren van integrale audits informatie te oppervlakkig zal zijn dan wanneer je er gedetailleerder op in gaat gedurende een procesaudit op een specifieke afdeling.

Binnen de dienstverlening en commerciële sector blijkt uit de interviews vaker de keuze te zijn gemaakt voor integrale procesaudits. Hierbij wordt naar processen gekeken die meerdere afdelingen doorlopen. Als reden wordt door de respondenten uit deze sectoren aangehaald dat processen niet op afdelingen apart moeten werken maar dat de aansluiting kloppend moet zijn. Wanneer er op een bepaalde afdeling een knelpunt wordt gevonden dan kan ervoor gekozen worden op die specifieke afdeling een procesaudit uit te voeren om gedetailleerdere informatie te verkrijgen en van hieruit de afdeling én het totale proces te verbeteren.

4.4 Het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen

Binnen Groenhuysen heeft per 1 januari 2007 een structuromslag plaatsgevonden. Volgens respondent A is bewust gekozen het kwaliteitssysteem na deze verandering opnieuw in te richten. Dit omdat een reorganisatie, volgens respondent A, invloed heeft op de inrichting van een systeem daar verantwoordelijkheden elders komen te liggen en bepaalde procedures en processen hierdoor moeten worden aangepast. De beredenering van respondent A werd door twee respondenten uit de commerciële sector beaamd. Zij spraken uit ervaring daar hun organisatie op het moment van interview tevens aan het reorganiseren was.

Door beide geïnterviewden van Groenhuysen wordt benoemd dat kwaliteitsbeleid verwerkt is binnen het organisatiebeleid en hierdoor tevens is opgenomen in de planning & control cyclus van de organisatie. Hier is bewust voor gekozen daar kwaliteit, de jaren voor de reorganisatie, verder af stond van besturing van de organisatie.

Door de verbetering van het kwaliteitssysteem zijn *kwaliteit* en *besturen* dichter naar elkaar toegegroeid en is kwaliteit nu meer verweven in het dagelijks handelen van de Raad van Bestuur en hierdoor ook bij de medewerkers. Ondanks de aantoonbare verbeteringen wordt door de geïnterviewden aangehaald dat er nog geen optimaal zicht is op hoe het kwaliteitssysteem echt is ingeburgerd op de afdelingen.

Binnen Groenhuysen wordt naast clienttevredenheidsonderzoeken, medewerkertevredenheidsonderzoeken en indicatoren voornamelijk gemonitord door het uitvoeren van in- en externe audits. Door te monitoren is er goed zicht op de huidige situatie van een afdeling. Respondent A benoemt als voordeel van het naast elkaar gebruiken van diverse toetsingsinstrumenten en methoden dat resultaten elkaar kunnen aanvullen. Een nadeel vindt ze dat een bepaalde overlap ontstaat tussen de resultaten waardoor ervaren wordt dat zaken dubbel gedaan worden.

Op basis van de resultaten uit de audit wordt in verbeterplannen door een manager aangegeven wat hij op een afdeling wil introduceren om te werken aan kwaliteitsverbetering. Gedurende voortgangsgesprekken tussen bestuursleden en managers wordt besproken hoever het staat met de uitvoering van het verbeterplan en tijdens de volgende auditronde wordt op de onderdelen uit het verbeterplan geaudit of daadwerkelijk een verbetering merkbaar is op de werkvloer. Respondent A geeft aan dat de huidige audits zicht geven op kwaliteitsbehoud of verbetering maar het zicht ontbreekt haar nog in hoe *kwaliteitsverbetering dan daadwerkelijk ingezet wordt door een manager op de afdeling.*

Het auditteam binnen Groenhuysen bestaat uit medewerkers uit de organisatie die zich vrijwillig hebben opgegeven als auditor. De huidige auditoren hebben niet hoeven voldoen aan bepaalde criteria of profieleisen. Verder blijkt uit de auditevaluatie dat er geen artsen zijn opgenomen binnen het auditteam. Door de respondenten van Groenhuysen is aangegeven dat artsen niet expliciet zijn benaderd om zich op te geven als auditor, anderzijds hebben artsen zich niet belangstellend opgesteld. Kijkend naar de andere gezondheidszorgorganisaties blijken zij allen een functieprofiel te hebben gemaakt waaraan een auditor moet voldoen. Er heeft dus selectie plaatsgevonden. Tevens is verplicht gesteld dat een minimaal aantal artsen in het auditteam opgenomen dient te worden. Als reden wordt hiervoor door respondent E benoemd dat je uit ieder niveau auditoren moet hebben daar het handig is per specialisme een auditor te laten monitoren die verstand van zaken heeft en je anderzijds je eigen werk ook niet kan toetsen.

Verder blijkt uit het *draaiboek kwaliteitsonderzoeken* van Groenhuysen dat de afdeling Kwaliteit vaak de start maakt met verbeterplannen voor diverse afdelingen, naar aanleiding van resultaten voortgekomen uit monitoring.

Het is aan desbetreffende manager om de verbetervoorstellen verder uit te werken en eventueel aan te vullen. Respondent A benoemt dat door de afdeling Kwaliteit '*al voorzichtig een conclusie wordt beschreven*'. Uit de interviews met andere respondenten binnen de gezondheidszorg blijkt dit bij de organisatie van respondent C ook op deze wijze te gaan. Bij de andere organisaties ligt de verantwoordelijkheid van het opstellen van verbeterplannen bij de afdelingen zelf. Respondent D geeft aan dat de motivatie groter is om te verbeteren als door een afdeling zelf verbeterplannen en doelen zijn geformuleerd dan wanneer het wordt opgelegd. Op deze wijze wordt het werken aan kwaliteitsverbetering meer eigen.

Uit de interviews kan worden opgemaakt dat de basis van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen aanwezig is. Er is zicht op de onderdelen die goed en minder goed verlopen binnen de afdelingen van de organisatie maar ook is duidelijk geworden waar men geen zicht op heeft of waar Groenhuysen in verschilt van andere gezondheidszorgorganisaties. Respondent A geeft aan dat Groenhuysen klaar is om een volgende verdiepingsslag te maken om de kwaliteit van de organisatie optimaal inzichtelijk te kunnen maken.

4.5 Kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering

Uit de diverse interviews komt naar voren dat organisatorische factoren van invloed zijn op de wijze dat gewerkt wordt aan kwaliteitsbehoud en verbetering binnen een organisatie. Betreffende het *cultuuraspect* binnen organisaties wordt door de respondenten aangegeven dat er een cultuur moet heersen waarbij fouten gemaakt durven te worden, waar betrokkenheid heerst en personen verantwoordelijkheid moeten mogen en kunnen nemen. Uit een aantal interviews blijkt dat deze ideale cultuur niet heerst binnen gezondheidszorgorganisaties. Respondent E geeft aan: '*In ons ziekenhuis heerst geen blame free culture. In het veilig melden is absoluut nog een slag te slaan*'. Als oorzaak wordt veelal genoemd dat voornamelijk binnen ziekenhuizen diverse culturen met en naast elkaar werken met allemaal hun eigen niveau, drijfveren en werkwijzen. Daardoor is het lastig ook op kwaliteitsgebied één visie strikt te volgen. Daarnaast is men binnen de gezondheidszorg minder gewend om gemonitord te worden. Als men kijkt binnen de commerciële sector of naar laboratoria wordt vaak vanuit de opleiding al meegegeven dat resultaten worden bekeken en vergeleken.

Kijkend naar wat de *structuur* van een organisatie voor invloed heeft op kwaliteitsbehoud en verbetering wordt door de meeste respondenten aangehaald dat het van groot belang is dat de Raad van Bestuur betrokken is bij kwaliteit. De top van een organisatie bepaald hoeveel tijd, budget en resources beschikbaar worden gemaakt ten behoeve van kwaliteitsbehoud en verbetering. Daar wordt bepaald welke prioriteit gegeven wordt aan kwaliteitsbeleid binnen de gehele organisatie. Respondent L benadrukt dit door aan te geven dat *'als de top niet stuurt op kwaliteit dan zal de uitvoering er zeker geen aandacht aan besteden'*.

Respondent D en J benoemen dat binnen een organisatie voornamelijk de top en de werkvloer betrokken is bij kwaliteit. Het middenkader is minder in beeld. Beide respondenten geven aan het te kunnen verklaren doordat ze in het beleid vaak niet nadrukkelijk worden meegenomen als het om kwaliteit gaat. En bij het uitvoeren van kwaliteit wordt vaker gekeken naar de werkvloer; daar moet je het kunnen laten zien. Het middenkader lijkt hierin wat vergeten te worden.

Voor kwaliteitsmedewerkers wordt door respondent K en L het advies gegeven om veel aan te sluiten bij directieoverleg. Enerzijds kan je benadrukken welke prioriteit kwaliteit binnen de organisatie behoeft. Anderzijds kan vanuit de informatie die door de top gegeven wordt, bekend worden waar afdelingen op kwaliteitsniveau mee bezig zijn en kunnen bijzondere bevindingen verder doorgezet worden naar andere afdelingen, zodat kwaliteitsverbetering doorgezet wordt in de gehele organisatie (lerend vermogen).

Enkele respondenten hebben aangegeven dat een aspect wat vaak als knelpunt zichtbaar wordt de *communicatie* is. Voornamelijk bij overdrachtsmomenten tussen afdelingen of personen lijken problemen te ontstaan. Door diverse respondenten wordt aangegeven dat dit kan liggen aan onduidelijkheid tussen diverse specialismen (arts - verpleegkundige bijvoorbeeld). Of omdat afdelingen binnen de organisatie afspraken volgens eigen visies interpreteren. Om kwaliteitsbehoud en verbetering te willen bewerkstelligen wordt geadviseerd om overdrachtsmomenten te optimaliseren.

Daarnaast wordt door respondent F, G en H aangegeven dat het aanzienlijk gemakkelijker is om afstemming te realiseren wanneer het om een kleine organisatie gaat dan om een grote waarbij mogelijk ook meerdere locaties met elkaar communiceren.

Volgens de respondenten wordt aan kwaliteitsbehoud en verbetering, door het houden van audits en het opstellen van verbeterplannen, zeker gewerkt. Door audits wordt gekeken hoe anderen hun werkprocessen uitvoeren en kunnen positieve aspecten worden overgenomen door anderen en negatieve aspecten kunnen worden geanalyseerd en verbeterd. Tevens geeft respondent H aan dat door audits medewerkers bewuster worden van dingen en hierdoor vaker preventief actie kunnen ondernemen wanneer problemen lijken te ontstaan.

Het monitoren van kwaliteit draagt bij aan het *lerende vermogen* van de organisatie. Door de respondenten werkend bij Groenhuysen, maar ook door respondent C, D en E, wordt aangegeven dat de organisaties absoluut bewust bezig zijn om het lerende vermogen van de organisatie op de voorgrond zetten. Zij geven wel aan nog geen *lerende organisatie* te zijn. De afgelopen jaren is gewerkt aan het creëren van voorwaarden binnen de organisatie om een lerende organisatie te kunnen worden. In tegenstelling tot de gezondheidszorg geeft respondent I aan zijn organisatie wel als een lerende organisatie te kunnen omschrijven. Er is onder andere gerealiseerd dat fouten worden opgelost binnen een vaststaande analyse. De beredenering (oorzaak - gevolg) wordt kenbaar gemaakt aan andere afdelingen zodat het van elkaar leren onder andere op deze manier wordt gestimuleerd.

Door middel van het kwaliteitssysteem wordt op een cyclische wijze het totale proces doorlopen en het aspect *borging* is hierin een onderdeel. Diverse respondenten binnen en buiten de gezondheidszorg benoemen dat de toetsing van het onderdeel borging vaak gebeurt op het uitvoerende niveau. Maar om borging, voornamelijk op de langere termijn, te kunnen garanderen wordt gesteld dat de Raad van Bestuur resultaten uit de 'check' fase (resultaten van monitoren van de kwaliteit) mee overneemt in het meerjarenbeleid zodat de 'act' (aangepaste uitvoering) ook gestalte krijgt. Respondent D benoemd dan ook: *'Kwaliteit moet omarmd worden op het hoogste niveau, de directie. Je kan pas spreken van verankering als het is ingebed in de verantwoordelijkheden en beleidsuitvoering. Kwaliteit kan dan pas een hoge prioriteit krijgen binnen de organisatie'*.

Als we spreken van borging op het uitvoerende niveau wil dit alleen lukken als medewerkers betrokken zijn bij het creëren en opstellen van nieuwe protocollen of richtlijnen gerelateerd aan kwaliteit. Diverse respondenten uit de verschillende sectoren benoemen dit aspect. *'Kwaliteit is een onpopulair woord'* geeft respondent E aan. Dit begrip brengt, vanuit het verleden, voor medewerkers extra werk, onwerkbaarheid en verandering mee. Doordat dit weerstand kan oproepen is het belangrijk medewerkers in een vroeg stadium te betrekken zodat er uiteindelijk een werkbaar kwaliteitsprotocol wordt gemaakt wat niet alleen in de kast blijft liggen maar ook ten uitvoer wordt gebracht. Alleen als daadwerkelijk ten uitvoer wordt gebracht wat je beschrijft dat je doet als organisatie, kun je stellen dat kwaliteit op het uitvoerende onderdeel is geborgd.

4.6 Analyse van resultaten

In deze paragraaf worden vergelijkingen gemaakt en verbanden gelegd tussen de resultaten en de literatuur uit het theoretische kader.

4.6.1 Kwaliteitssysteem

Binnen de literatuur staat vermeld dat een goed werkend kwaliteitssysteem een structuur biedt voor een organisatie hoe deze dient om te gaan met kwaliteit (Walburg, 1997).

Groenhuysen heeft in 2007 het kwaliteitssysteem opnieuw vormgegeven om te kunnen voldoen aan het normenkader van de HKZ. Groenhuysen vraagt zich met momenten af of de keuze voor HKZ en het bijbehorende normenkader de juiste keuze is geweest. Naar aanleiding van het onderzoek mag gesteld worden dat voor een zorgaanbieder als Groenhuysen de HKZ een goede houvast biedt. Binnen de literatuur wordt aangehaald dat de HKZ een goede structuur biedt voor zorgaanbieders binnen de ouderenzorg, zoals Groenhuysen (Janssen-Steenberg, 2004). Tevens beamen diverse respondenten dat de keuze voor HKZ een goede keuze is daar het kiezen voor een ander normenkader betreffende kwaliteit meer werkzaamheden met zich meebrengt. Ook loopt de organisatie het risico dat meer transparantie en meer verantwoording zal moeten worden afgelegd richting overheid en inspectie dan een organisatie die de HKZ normen aanhoudt.

Groenhuysen heeft als organisatie de intentie om het kwaliteitssysteem levend te houden en zoals door een kwaliteitsfunctionaris binnen de stichting ook aangegeven wordt:

‘Groenhuysen is klaar voor een verdiepingsslag’. Volgens Ahaus (2008) zit het levend houden van een kwaliteitssysteem hem in het hebben van een onderhoudsmechanisme waarbij structureel metingen plaatsvinden die kunnen aantonen dat het systeem werkt. De respondenten zijn het erover eens dat als er een stabiele basis staat voor het kwaliteitssysteem -Groenhuysen heeft hiervoor het HKZ-certificaat behaald- het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld en verdiept kan worden, maar gaan een stap verder dan dat Ahaus (2008) in de literatuur aanhaalt. Door de respondenten is ervaren dat tevens voldaan moet worden aan het gebruik van toetsingsinstrumenten en methoden die zo optimaal mogelijke resultaten weergeven en moeten vervolgacties ondernomen worden op behaalde resultaten. Groenhuysen heeft een onderhoudsmechanisme opgezet waarbij structureel metingen plaatsvinden maar voornamelijk op het gebied van interne audits (toetsingsinstrument) kan een verdiepingsslag gemaakt worden, volgens de respondenten werkend binnen Groenhuysen.

Kwaliteitssystemen worden binnen de literatuur vaak beschreven als cyclische systemen waarbinnen de Plan-Do-Check-Act cyclus van Deming niet kan ontbreken (Harteloh, 2001). De respondenten benoemen gedurende de interviews veelvuldig dat deze kwaliteitskringloop helpt om stap-voor-stap terug te beredeneren hoe ontwikkelingen zijn verlopen om van hieruit aanpassingen te doen die verbeteringen kunnen opleveren.

Binnen Groenhuysen is de kwaliteitskringloop ingebouwd in het kwaliteitssysteem maar kan binnen het onderhoudsmechanisme, wat een onderdeel is van het kwaliteitssysteem, een verfijning van de Plan-Do-Check-Act cyclus plaatsvinden. Volgens een respondent uit de organisatie ontbreekt zicht op hoe managers kwaliteitsverbeteringen daadwerkelijk inzetten op een afdeling. Hiermee wordt aangegeven dat meer monitoring gewenst is op het aspect *uitvoering na verbetering*. Vanuit de literatuur wordt aangegeven dat hierdoor over de grenzen van één afdeling heen gekeken kan worden (Berenschot, 2008), daar het mogelijkheden biedt om positieve bevindingen tevens in te zetten op andere afdelingen binnen de organisatie. Respondenten binnen en buiten de gezondheidszorg hebben bevestigd dat als je verbetering op meerdere plaatsen binnen de organisatie kan bewerkstelligen, de kwaliteit van de organisatie in zijn totaliteit kan verbeteren.

4.6.2 Zichtbaar maken van efficiëntie

In de literatuur is terug te vinden dat kwaliteitssystemen structureel beoordeeld moeten worden op doelmatigheid en efficiëntie (Nivel onderzoek, 2008). Het hebben van een planning & control cyclus kan hierbij een handig hulpmiddel zijn. Groenhuysen heeft bewust gekozen om het kwaliteitsbeleid te integreren in het organisatiebeleid en op deze manier wordt kwaliteit meegenomen in de planning & control cyclus. Hierin is Groenhuysen geen voorloper. Uit de interviews blijkt dat de meeste organisaties die met een kwaliteitssysteem werken dit in het organisatiebeleid hebben geïntegreerd.

Groenhuysen gebruikt diverse toetsingsinstrumenten om de effectiviteit van het kwaliteitssysteem inzichtelijk te maken. Door Wagner et al. (1999) wordt dit als positief ervaren. Hij geeft aan dat de data, die met de verschillende instrumenten verworven wordt, elkaar kan aanvullen. Ook binnen andere organisaties blijkt het gebruik van meerdere toetsingsinstrumenten naast elkaar gangbaar te zijn, zowel binnen de gezondheidszorg als in de overige sectoren. Naast de positieve kant die Wagner et al. (1999) aanhaalt in de literatuur wordt door Groenhuysen ervaren dat het gebruik van verschillende toetsingsinstrumenten ook nadelen heeft, zoals het veroorzaken van overlap van resultaten.

Interne audits worden, door alle organisaties waar interviews zijn gehouden, als belangrijkste instrument benoemd. Tegelijkertijd worden ook diverse nadelen aangehaald over interne audits. In de literatuur wordt door Lemmens (2009) aangehaald dat vaak het management nauwelijks wordt geaudit bij het houden van interne audits. Door diverse respondenten wordt benoemd dat interne audits gebruikt worden door medewerkers om te spuien, door auditoren niet altijd objectief uitgevoerd worden en ze soms lastig te organiseren zijn.

Binnen Groenhuysen worden door de afdeling Kwaliteit en door diverse auditoren (blijkt uit de onlangs gehouden evaluatie) vraagtekens geplaatst bij de huidige uitvoering van interne audits binnen de organisatie. Groenhuysen voert audits, voornamelijk op deelgebieden van diverse processen op een afdeling uit. In tegenstelling tot Groenhuysen blijkt uit de interviews dat de overige gezondheidszorgorganisaties veelal procesaudits houden. In de literatuur is weinig geschreven over de voor- en nadelen van diverse audits (Ouwens, 2008) maar door respondenten wordt aangehaald dat door procesaudits meer verbanden gelegd kunnen worden tussen diverse deelgebieden op een afdeling.

Externe audits worden door de diverse respondenten binnen de gezondheidszorg ervaren als een bijzondere manier van monitoring. Enkele respondenten hebben aangegeven dat organisaties bij deze manier van monitoring zich bewust inzetten om eventuele knelpunten binnen de organisatie te doen omzeilen. Ondanks dat door de geïnterviewde auditor wordt aangegeven dat echte knelpunten niet te verdoezelen zijn, wordt in de literatuur over externe indicatoren (waar middels externe audits op gemonitord kan worden) wel degelijk aangegeven dat het een momentopname is en niet hard gemaakt kan worden of de resultaten de werkelijkheid weergeven (Berg, 2005). Gedurende het onderzoek is met de respondenten binnen Groenhuysen niet gesproken over 'gaming' dus kunnen hierover geen uitspraken worden gedaan.

4.6.3 Bijdrage vanuit het bedrijfsleven / dienstensector

Kijkend naar toetsingsmethoden en instrumenten uit andere sectoren dan de gezondheidszorg blijkt uit de interviews dat binnen de dienstverlening en commerciële sector vaker integrale interne procesaudits worden gehouden. Uit de literatuur blijkt dat integrale audits een verdieping hebben ten opzichte van interne audits (Ouwens, 2008) maar door respondenten uit de gezondheidszorg wordt ervaren dat bij het voornamelijk willen monitoren middels integrale interne audits veel tijd gemoeid is en er vele auditoren voor moeten worden opgeleid. Binnen Groenhuysen worden geen integrale audits gehouden maar door de afdeling kwaliteit is wel uitgesproken dat deze manier van auditten een voorkeur heeft. Uit de interviews blijkt dat er binnen de gezondheidszorg enkele integrale audits worden gedaan welke meer gebruikt worden om organisatiebrede processen te auditten. De voordelen van integrale audits die Ouwens (2008) in de literatuur aanhaalt, worden door de geïnterviewde respondenten uit de gezondheidszorg anders ervaren.

Het bedrijfsleven en de dienstensector zijn op het gebied van kwaliteit vele stappen vooruit (Sluijs et al., 1992). Vanuit dit gegeven is het niet vreemd dat enkele geïnterviewde gezondheidszorgorganisaties contacten hebben met het bedrijfsleven om processen op orde

te krijgen. Molendijk (2004) beschrijft in de literatuur dat diverse sectoren van elkaar kunnen leren en het wiel niet opnieuw uitgevonden hoeft te worden. Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat er grote verschillen zijn tussen de gezondheidszorg en de overige sectoren op het gebied van *structuur*, *cultuur* en *proces* dat zeker enkele aanpassingen gedaan moeten worden om systemen vanuit bijvoorbeeld het bedrijfsleven te kunnen integreren binnen de gezondheidszorg.

In de literatuur werden de verschillen tussen de diverse sectoren door Walburg (1997) aangehaald. Een opmerkelijk verschil tussen de gezondheidszorg en het bedrijfsleven wat niet besproken is in de literatuur, is dat binnen de gezondheidszorg vaker geen *tijd*, *budget* en *resources* zijn om grootschalige projecten, trainingen of verbeteringen aan te brengen op het gebied van kwaliteit. Binnen de artikelen van TPG Topman Peter Bakker (2004) en Shell directeur Rein Willems (2004) wordt geadviseerd wat de gezondheidszorg kan overnemen vanuit het bedrijfsleven, maar wordt niet gesproken over de begrippen *tijd*, *budget* en *resources* die nu juist de voorwaarden scheppen om eventuele veranderingen te kunnen laten slagen.

4.6.4 Inzicht in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen

Binnen Groenhuysen is het zicht op de effectiviteit van het kwaliteitssysteem aanzienlijk verbeterd door de nieuwe inrichting van het systeem. Kwaliteit binnen Groenhuysen heeft meer aansluiting gevonden bij de besturing van de organisatie waardoor het ook daadwerkelijk vervlochten wordt in de organisatie en merkbaar is in de uitvoering. In de literatuur beschrijft Klootwijk (2005) dat wanneer kwaliteit verweven is met het management en juiste managementinformatie structureel verkregen wordt, dit ervoor kan zorgen dat een kwaliteitssysteem levend gehouden wordt. Desondanks merken de bij Groenhuysen werkzame respondenten op, dat er inzicht ontbreekt op het gebied van kwaliteit. Met name hoe op de afdeling ingezet wordt om kwaliteit te behouden, dan wel te verbeteren. Informatie over hoe implementaties zijn gedaan en verlopen op afdelingen is te verkrijgen door middel van interne audits (CBO, 2008).

Met dit gegeven en met het gegeven dat er minder inzicht is in hoe kwaliteit op een afdeling wordt behouden dan wel verbeterd, kan gekeken worden hoe interne audits in algemene zin kunnen worden verbeterd om deze informatie mogelijk wel te verkrijgen.

Binnen Groenhuysen worden onder andere interne audits gehouden waarbij gefocust wordt op bepaalde deelgebieden op een afdeling. Door diverse respondenten van organisaties binnen en buiten de gezondheidszorg wordt aangegeven dat het auditten op processen meer inzicht geeft over hoe het met de kwaliteit van een afdeling gesteld is.

Een tweede aspect waar Groenhuysen mogelijk winst op kan behalen is te kijken naar de groep auditoren. Omdat iedereen binnen de organisatie zich hiervoor heeft kunnen aanmelden, kan afgevraagd worden of dat alle auditoren beschikken over de juiste capaciteiten. Wanneer dit niet het geval is zullen de resultaten van de audits hier onder lijden, waardoor mogelijk niet voldoende informatie inzichtelijk wordt gemaakt. Door respondenten uit overige gezondheidszorgorganisaties wordt het advies gegeven om een goed evenwicht in het auditteam aan te brengen betreffende niveaus en functies van medewerkers en tevens een profiel op te stellen waaraan een auditor moet voldoen. De respondenten geven advies over ervaringen die zij hebben ondervonden. Hoe volgens de theorie het uitvoeren van audits en de aanpak ervan moet worden ingericht is, op basis van resultaten die uit diverse onderzoeken naar voren zijn gekomen, niet beschreven (Ouwens, 2008).

Tot slot kan worden afgevraagd of dat de afdeling Kwaliteit al voorzichtige conclusies kan stellen voor een afdeling naar aanleiding van resultaten uit onder andere interne audits. Op dit moment wordt dat wel gedaan door dat de aanzet voor verbeterplannen gemaakt wordt door de afdeling Kwaliteit. Door een respondent wordt gewaarschuwd dat als de verantwoordelijkheid wordt weggehaald bij de afdelingen, de motivatie voor verbetering ook kan verminderen. Er is niet bekend of dat binnen Groenhuysen een minder verantwoordelijkheidsgevoel en vermindering van motivatie een rol speelt doordat verbeteringen min of meer worden aangedragen. Dit is te onderzoeken wanneer managers hierop bevraagd worden. Mogelijk dat de inzichtelijkheid voor de afdeling Kwaliteit, over wat daadwerkelijk gebeurt op een afdeling, hierdoor wel enigszins wordt beïnvloed.

4.6.5 Structureel kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering met de bijdrage vanuit de niet-gezondheidszorggerelateerde sectoren

Om het niveau van kwaliteit te kunnen behouden dan wel te verbeteren, is het van belang dat samenhang gecreëerd wordt tussen enerzijds de organisatie van zorg (beleid) en anderzijds de inhoud van de zorg (praktijk) (Wagner, 1995). Om deze samenhang te kunnen creëren worden in de literatuur diverse organisatorische factoren zoals *cultuur*, *structuur*, *communicatie*, *leren van fouten* en *borging*, aangehaald waarbinnen een evenwicht gevonden moet worden om uiteindelijk tot kwaliteitsbehoud dan wel verbetering te komen. Onder andere door Molendijk (2004) wordt gepleit voor het bundelen van initiatieven uit diverse sectoren, op het gebied van kwaliteit, om te voorkomen dat het wiel opnieuw uitgevonden wordt. Gedurende de interviews is met de respondenten gesproken over een vervlechting van diverse sectoren op het gebied van kwaliteit en is gesproken over hoe ingespeeld moet worden op diverse organisatorische factoren om kwaliteitsbehoud of verbetering, tot stand te krijgen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat over kwaliteit en kwaliteitssystemen in algemene zin hetzelfde wordt gedacht in de diverse sectoren. Ook worden dezelfde toetsingsinstrumenten gebruikt voor het monitoren van kwaliteit in de diverse sectoren. De respondenten hebben wel aangegeven dat het monitoren van kwaliteit binnen de gezondheidszorg nog in een beginstadium staat vergeleken met het bedrijfsleven. Deze uitspraak bevestigt wat Sluijs et al. (1992) beschrijft over het al decennia lang bekend zijn van kwaliteitssystemen binnen het bedrijfsleven. De respondenten verklaren vanuit dit gegeven waarom medewerkers binnen de gezondheidszorg over het algemeen meer moeite hebben om geaudit te worden dan medewerkers in laboratoria of het bedrijfsleven. Door de respondenten wordt gesteld dat binnen de gezondheidszorgorganisaties geleerd moet worden hoe een cultuur gecreëerd wordt waar fouten gemaakt mogen worden. Diverse respondenten uit de overige sectoren benoemen dat deze cultuur bij hun herkenbaar is daar zij dit vaak vanuit de opleiding al hebben meegekregen. Respondenten adviseren dan ook gedurende de zorgopleidingen aandacht te geven aan het mogen maken van fouten en personen moeten leren omgaan met monitoring van hun eigen handelen. Vanuit de literatuur wordt deze optie bevestigd daar medewerkers aan begin van hun loopbaan al geconfronteerd worden met een directe interface tussen latere beleidsuitvoering (monitoring) en praktijkuitvoering (blame free culture) zodat het kan leiden tot verbetering van zorg, kwaliteit en efficiëntie (van Dorsten, 2005). Door respondent A wordt aangegeven dat binnen Groenhuysen niet wordt afgerekend op fouten maken, maar dat er van geleerd wordt hoe dingen beter gedaan kunnen worden. Ze benoemt dat een blame free culture door het management ook zeker wordt uitgedragen de organisatie in.

Betreffende *structuur* wordt aangegeven dat er een vervlechting van bedrijfskundige aspecten kan plaatsvinden binnen de gezondheidszorg, die kwaliteitsbehoud of verbetering kunnen bewerkstelligen, wanneer de top van gezondheidszorgorganisaties zich meer betrokken voelt met kwaliteitsaspecten. Door respondenten uit de overige sectoren wordt benoemd dat hun Raad van Bestuur kwaliteit op een hogere prioriteit heeft staan dan binnen de gezondheidszorg. Het is belangrijk dat de Raad van Bestuur prioriteit aan kwaliteit toekent aangezien zij de enige personen binnen de organisatie zijn die tijd, budget en resources beschikbaar kunnen stellen om kwaliteitsbehoud of kwaliteitsverbetering te kunnen behalen. Door respondenten van Groenhuysen wordt ervaren dat door de Raad van Bestuur een mate van betrokkenheid wordt getoond bij kwaliteit en ook budget beschikbaar wordt gemaakt om verbeteringen te kunnen doen maar er heerst geen continue prioriteit voor de Raad van Bestuur om op het gebied van kwaliteit te innoveren. Van Dorsten (2005) geeft aan dat alleen kwaliteitsverbetering kan plaatsvinden als er een continu evenwicht heerst tussen het bedrijfsmatige, het objectiveren van het zorgproces (kwaliteit) en er aandacht is

voor de professionele betrokkenheid. Van hieruit kan gesteld worden de Raad van Bestuur van Groenhuysen de prioriteit op het gebied van kwaliteit continue moet kunnen waarborgen op aanzienlijk niveau.

De lerende organisatie die door Senge (1999) geschetst wordt is binnen de niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties vaker gecreëerd dan binnen de gezondheidszorg. Dit kan verklaard worden doordat de niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties langer bezig zijn om op het gebied van kwaliteit te ontwikkelen. Binnen Groenhuysen is, net als in veel gezondheidszorgorganisaties, nog geen lerende organisatie gecreëerd. Door respondent A wordt wel aangegeven dat binnen Groenhuysen de afgelopen jaren de voorwaarden gecreëerd zijn om een lerende organisatie te kunnen worden. Wanneer Groenhuysen zich een lerende organisatie kan noemen en hiermee op een vergelijkend niveau zit als vele niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties op dit moment, zal dit volgens Senge (1999) bijdragen aan kwaliteitsbehoud en verbetering. Daar medewerkers zichzelf verantwoordelijk zullen voelen voor kwaliteit in de breedste zin van het woord.

Hoofdstuk 5 Conclusies

In de laatste paragraaf van hoofdstuk 4 zijn de resultaten gekoppeld aan de literatuur uit het theoretisch kader en zijn verbanden hiertussen aangehaald. In dit hoofdstuk zullen conclusies worden gepresenteerd doordat antwoorden worden geformuleerd naar aanleiding van de deelvragen en de algemene probleemstelling. Verder worden aan het eind van het hoofdstuk de sterke en zwakke punten van het onderzoek bediscussieerd.

5.1 Kwaliteitssysteem

Groenhuysen is met de huidige inrichting van het kwaliteitssysteem de goede weg ingeslagen. Het kwaliteitssysteem zal de komende tijd verder ontwikkeld moeten worden om daadwerkelijk kwaliteitsverbetering tot stand te kunnen brengen. Het knelpunt van het kwaliteitssysteem ligt bij het monitoren van kwaliteit. Met name het inzichtelijk krijgen van ingezette verbeteracties op de werkvloer ten aanzien van kwaliteitsbehoud en verbetering. Uit het onderzoek blijkt dat een verfijning van de Plan-Do-Check-Act cyclus meer inzicht geeft op ingezette verbeteracties en dit biedt voor Groenhuysen mogelijkheden om verbeteringen tevens op andere afdeling in te zetten. Hierdoor zal de kwaliteit binnen de organisatie in zijn totaliteit verbeteren.

Terugkomend op het *monitoren van kwaliteit* blijkt uit het onderzoek dat de inhoud en uitvoering van de interne audits binnen de organisatie anders moet worden ingericht. Procesaudits per afdeling kunnen uitkomst bieden. Verwacht mag worden dat hierdoor de inzichtelijkheid betreffende ingezette verbeteracties aanzienlijk verbeterd wordt. In de volgende paragraaf wordt het advies verder toegelicht.

5.2 Zichtbaar maken van efficiëntie

Groenhuysen hanteert meerdere toetsingssystemen naast elkaar om zo uitgebreid mogelijk resultaten te doen verzamelen. Uit het onderzoek blijkt dat de toetsingssystemen naast elkaar behouden moeten blijven. Kijkend naar een van de toetsingssystemen, te weten de interne audits, kan Groenhuysen een verbeterslag maken wanneer de inrichting en uitvoering van de audits vergeleken wordt met andere gezondheidszorgorganisaties.

Groenhuysen wordt geadviseerd interne audits anders in te gaan richten zodat processen geaudit worden, in plaats van de huidige deelgebieden. Uit het onderzoek blijkt dat door de uitvoering van procesaudits beter inzichtelijk wordt gemaakt hoe het met de totale kwaliteit op een afdeling gesteld is. Hierdoor wordt teruggepakt naar de aanleiding voor het onderzoek: *'Het belang dat voor de manager inzichtelijk wordt hoe het gesteld is met de kwaliteit binnen zijn afdeling, in algehele zin. Zodat de manager zijn medewerkers aan kan sturen op kwaliteit'*.

Voor de manager wordt inzichtelijk welke verbanden kunnen worden gelegd tussen activiteiten op een afdeling zodat de medewerkers hierop kunnen worden aangestuurd.

5.3 Bijdrage vanuit het bedrijfsleven / dienstensector

Daar binnen het bedrijfsleven al jarenlange ervaringen bestaan op het gebied van kwaliteit en kwaliteitssystemen is voor gezondheidsorganisaties in het algemeen aan te raden te leren van deze ervaringen. Aspecten uit de overige sectoren dan de gezondheidszorg kunnen overgenomen worden binnen Groenhuysen maar deze moeten worden aangepast aan de eigen sector, alsmede aan de eigen organisatie op het gebied van *structuur, cultuur* en *proces*. Met aspecten worden toetsingsinstrumenten bedoeld maar tevens meer organisatorische processen als '*Lean Thinking*'.

Aangezien Groenhuysen een non-profit organisatie is mag verwacht worden dat ook deze organisatie beperkt is in de *tijd, budget* en *resources* die ter beschikking gesteld worden door de Raad van Bestuur om te investeren in kwaliteit binnen de organisatie. Met dit gegeven moet rekening gehouden worden als eventuele plannen gemaakt worden om projecten, trainingen of veranderingen op te zetten.

Terugkomend op de audits kan naar aanleiding van het onderzoek gesteld worden dat integrale interne audits, die veelal in niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties gebruikt worden, naast de geadviseerde procesaudits gehouden moeten worden. Op deze manier worden binnen Groenhuysen ook diverse afdelingsdoorsnijdende processen, die organisatiebreed zijn ingevoerd, gemonitord.

5.4 Inzicht in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen

Op basis van het onderzoek kan gesteld worden dat de inzichtelijkheid van het kwaliteitssysteem binnen Groenhuysen moet verbeteren. Deze inzichtelijkheid kan vergroot worden door een andere opzet en uitvoering van de interne audits. Zowel de afdeling Kwaliteit als het interne auditteam hebben aangegeven dat binnen de interne audits verbeterlagen te behalen zijn. Door middel van de bestudeerde literatuur en ervaringen van respondenten binnen en buiten de gezondheidszorg kan de kwaliteit van interne audits worden verbeterd door in te spelen op: processen in plaats van op deelgebieden, auditoren aan te nemen met bijbehorende capaciteiten, een goede verdeling te hebben van het auditteam naar niveau en functie en tot slot een wijziging aan te brengen in de terugkoppeling van de resultaten richting de afdelingen.

5.5 Structureel kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering met de bijdrage vanuit de niet gezondheidszorggerelateerde sectoren

Groenhuysen is zich bewust van organisatorische aspecten die van invloed kunnen zijn op kwaliteitsbehoud en verbetering. Binnen de planning & control cyclus wordt zonder meer aandacht besteed aan behoud en verbetering. Gedurende het onderzoek is duidelijk geworden dat bijdragen geleverd kunnen worden vanuit het bedrijfsleven of dienstensector. Desondanks betekent dit niet dat Groenhuysen deze aspecten direct kan implementeren. Als Groenhuysen aspecten wil integreren moeten aanpassingen gedaan worden op *structuur*, *cultuur* en *proces* niveau. En sommige aspecten moeten eerder binnen de sector gezondheidszorg al aangepast worden. Bijvoorbeeld dat het meegenomen moet worden in de scholing van medewerkers gezondheidszorg. Het kan ook zijn dat Groenhuysen, om bijvoorbeeld een lerende organisatie te creëren, soms jarenlange voorbereidingen moet treffen om de organisatie hiervoor gereed te krijgen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat binnen niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties de top van de organisatie continu attent gemaakt wordt op het belang van kwaliteitsbehoud en verbetering. De afdeling Kwaliteit van Groenhuysen wordt geadviseerd hier binnen de eigen organisatie de Raad van Bestuur ook attent op te maken. Alleen wanneer de top aan kwaliteit een hoge prioriteit zal toekennen, zal de werkvloer zich hier tevens voor inzetten. Kortom: bijdragen kunnen de niet-gezondheidszorggerelateerde organisaties zeker bieden maar het vereist 'op maat maken' voor de sector gezondheidszorg.

5.6 Terugkomend op probleemstelling

Gedurende de voorgaande paragrafen zijn conclusies getrokken, per deelvraag, die relevant zijn voor Groenhuysen naar aanleiding van het onderzoek. In deze paragraaf zal een conclusie geformuleerd worden naar aanleiding van de eerder geformuleerde centrale vraag *'Op welke manier kan inzicht worden verkregen in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem dat binnen Stichting Groenhuysen wordt gehanteerd en op welke manier kan het geborgd worden zodat het structureel kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering?'*

Concluderend kan gesteld worden dat Groenhuysen middels de huidige toetsingsystemen en methoden (interne audits, externe audits, indicatoren, clienttevredenheidsonderzoeken, medewerkertevredenheidsonderzoeken, enzovoort) inzicht heeft in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem binnen de organisatie. De kwaliteitskringloop is ingebouwd binnen de organisatie waardoor op een cyclische manier resultaten zichtbaar worden gemaakt die bijdragen aan kwaliteitsbehoud en verbetering. Wanneer gedetailleerder wordt gekeken heeft Groenhuysen op bepaalde onderdelen minder zicht op de effectiviteit van het

kwaliteitssysteem. Om kwaliteitsbehoud en verbetering na te kunnen streven is het een vereiste om ook op gedetailleerd niveau inzicht te hebben op het effect van het kwaliteitssysteem. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat het opnieuw inrichten van de interne audits hieraan een bijdrage kan leveren. Het inzetten op procesaudits en daarnaast het houden van enkele integrale procesaudits kunnen de inzichtelijkheid vergroten. De verwachting is dat meer inzicht wordt gecreëerd in de kwaliteit op een afdeling in zijn totaliteit en vandaar uit ook vertalingen gemaakt kunnen worden die bijdragen aan kwaliteitsverbetering voor de gehele organisatie door inzichten ook in te zetten op andere afdelingen. Om kwaliteitsbehoud en verbetering structureel te borgen moet als organisatie rekening worden gehouden met verschillende organisatorische factoren die van invloed zijn op het wel of niet slagen van kwaliteitsbehoud of verbetering. Factoren als *cultuur*, *structuur*, *communicatie*, *leren van fouten* en *borging* zijn van invloed.

5.7 Discussie

De methoden die voor het onderzoek zijn gebruikt hebben er toe geresulteerd dat het conceptuele model getoetst is aan de meningen en ervaringen van diverse respondenten uit diverse takken van de gezondheidszorg, de dienstensector en de bedrijvensector. Doordat gekeken is hoe zaken verlopen in diverse sectoren en daar op veel aspecten vergelijkbare uitspraken gedaan zijn over dezelfde onderwerpen kan gesteld worden dat de uitkomsten van het onderzoek waardevol zijn. Voor dit onderzoek zijn 11 respondenten geïnterviewd en heeft een verkennend gesprek plaatsgevonden. Eén van de interviews heeft onvoldoende informatie opgeleverd waardoor de data uit het interview minder bruikbaar was. Naar dit interview is dan ook minimaal verwezen.

Door de respondenten zijn openhartige uitspraken gedaan maar gedurende dit onderzoek is niet onderzocht of dat de uitspraken overeenkomen met de werkelijkheid binnen die organisatie. Dit kan als hiaat genoemd worden bij dit onderzoek.

Veel uitspraken van respondenten waren berust op ervaringen uit de praktijk. Opmerkelijk was dat diverse ervaringen vergeleken konden worden met andere respondenten uit dezelfde sector of andere sectoren. Hierdoor zijn bevindingen uit het onderzoek waargemaakt en hebben ze op diverse onderwerpen een toevoeging opgeleverd ten opzichte van de literatuur.

Voor een volledigheid van ervaringen binnen Groenhuysen, hadden interviews met managers binnen de organisatie een bijdrage kunnen leveren om gedetailleerde uitspraken te kunnen doen omtrent de organisatorische factoren *cultuur* en *leren van fouten*. Dan hadden de uitspraken van de huidige respondenten van Groenhuysen gemonitord kunnen

worden en worden gekeken of dat ze overeenkomen met de werkelijkheid op de afdelingen binnen de organisatie.

Interne en externe indicatoren als toetsingsmethode zijn in het theoretische kader uitgebreid beschreven. Gedurende de interviews is het gebruik van indicatoren zijdelings aangehaald. Alle organisaties hebben indicatoren opgesteld die gebruikt worden naast de vele andere toetsingsmethoden en instrumenten. Er zijn geen bijzondere uitspraken gedaan die relevant zijn om binnen dit onderzoek op te nemen. Hierdoor wordt gedurende het onderzoek minimaal teruggereflecteerd naar indicatoren.

Terugkijkend naar het conceptuele model kan geconcludeerd worden dat het model bruikbaar is om binnen een organisatie te onderzoeken hoe het gesteld is met de effectiviteit van het kwaliteitssysteem en op welke wijze kwaliteitsbehoud en verbetering positief of negatief beïnvloed wordt. Het verdient aanbeveling om binnen het model de organisatorische factoren niet uit te schrijven, daar de vijf die in het conceptueel model van dit onderzoek beschreven staan niet volledig zijn. Zo is gedurende het onderzoek aangedragen dat ook factoren *als tijd, budget en resources* van invloed zijn op kwaliteitsbehoud en verbetering.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek zijn er enkele aanbevelingen te doen. Deze aanbevelingen zijn in eerste instantie opgesteld voor Groenhuysen maar kunnen ook als leidraad worden aangehouden voor andere gezondheidszorgorganisaties. Tot slot wordt een suggestie gedaan voor een vervolgonderzoek.

6.1 Leren van bedrijfsleven / dienstensector

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er raakvlakken zijn tussen de gezondheidszorg en het bedrijfsleven / dienstensector op het gebied van kwaliteit. Groenhuysen heeft de vraag gesteld of binnen de gezondheidszorg te leren is van het bedrijfsleven / dienstensector, die al jaren vooruit zijn op het gebied van kwaliteit en monitoring. Aan te bevelen is dat Groenhuysen kan leren van andere sectoren met in achtneming dat er een vertaalslag wordt gemaakt naar de eigen sector en organisatie. Uit het onderzoek blijkt dat de vertaalslag een vereiste is omdat de invloed van organisatorische factoren in de diverse sectoren uiteenlopen. Zonder dat hier een evenwicht in bereikt wordt zal kwaliteitsbehoud en verbetering binnen een organisatie niet kunnen plaatsvinden.

6.2 Interne audits

Uit het onderzoek blijkt dat binnen Groenhuysen het uitvoeren en organiseren van interne audits anders geregeld is dan bij de organisaties van de andere respondenten. Groenhuysen heeft aangegeven inzichtelijkheid te missen in de effectiviteit van het kwaliteitssysteem. Aan te bevelen is om de organisatie en uitvoering van de interne audits te verbeteren daar uit het onderzoek blijkt dat mogelijk de resultaten specifiekere zullen zijn en hierdoor de inzichtelijkheid op de effectiviteit vergroot wordt. Vanuit het onderzoek is aan te bevelen de audits niet te richten op enkel deelgebieden op een afdeling maar procesaudits te houden. Tevens is aan te bevelen naast procesaudits enkele integrale procesaudits te houden daar deze inzichtelijkheid verschaffen over de kwaliteit binnen de totale organisatie. Verder is aan te bevelen om een profiel te ontwikkelen waaraan auditoren moeten voldoen. Op deze manier zullen de geselecteerde auditoren over voldoende capaciteiten beschikken om interne audits uit te voeren. Tot slot is aan te bevelen een evenwicht aan diverse niveaus en functies aan te brengen in het totale auditteam. Gezien de samenstelling van het huidige auditteam kan aanbevolen worden enkele artsen als auditor op te leiden.

6.3 Betrokkenheid Raad van Bestuur

Gedurende het onderzoek is geregeld naar voren gekomen dat de betrokkenheid van de Raad van Bestuur van een organisatie invloed kan hebben op kwaliteitsbehoud en kwaliteitsverbetering binnen een organisatie. Niet alleen blijkt dat de prioriteit die zij stellen aan kwaliteit vaak wordt overgenomen door de medewerkers binnen de organisatie. Ook zijn zij de enige die bepalen of tijd, budget en resources beschikbaar worden gesteld ten behoeve van kwaliteitsbehoud en verbetering. Uit het onderzoek blijkt dat binnen Groenhuysen de Raad van Bestuur betrokken is bij het kwaliteitsbeleid maar hier kan verbetering optreden wanneer door de afdeling Kwaliteit structureel kenbaar gemaakt wordt welke positieve invloed kwaliteitsbehoud en verbetering kan hebben voor de organisatie. Aanbevolen kan worden om structureel aan te sluiten bij directieoverleg, het continu zichtbaar maken van kwaliteitsinzichten binnen de organisatie en inzicht geven in de noodzaak van scholingen en trainingen van medewerkers op het gebied van kwaliteit.

6.4 Vervolgonderzoek

Het onderzoek geeft een globaal beeld weer over hoe de effectiviteit van kwaliteitssystemen zichtbaar gemaakt wordt binnen de gezondheidszorg, bedrijfsleven en dienstensector. Overeenkomsten en verschillen zijn aangehaald betreffende het monitoren van kwaliteit en welke organisatorische factoren kwaliteitsbehoud en verbetering positief of negatief kunnen beïnvloeden. Een onderwerp wat als rode draad gedurende het onderzoek terugkomt is het gegeven dat kwaliteitssystemen binnen de gezondheidszorg nog niet zo lang geïntroduceerd zijn in vergelijking tot het bedrijfsleven. Hierdoor is nog geen onderzoek gedaan naar het wel of niet behalen van betere resultaten door gezondheidszorgorganisaties die een kwaliteitssysteem hebben. Een dergelijk onderzoek is aan te bevelen om de meerwaarde van kwaliteitssystemen voor gezondheidszorgorganisaties aan te kunnen tonen.

Literatuurlijst en referenties

Ahaus, K., 2008. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Ontwikkelingen, werkzaamheid en paradigma's*. ZorgManagement Magazine nr:3, maart 2008

Baarda, D.B. & Goede, M., de, & Teunissen, J. 2001. *Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Wolters-Noordhoff

Bakker, P. 2004. *Het kan écht. Beter zorg voor minder geld. Sneller Beter – De logistiek in de zorg*. Eindrapportage TPG 7 juni 2004

Berenschot, Interim Management & Management Search, 2008. *Interne Auditor Training. Leren en motiveren door te luisteren*. Utrecht; Juni 2008

Berg, M., e.a., 2005. *Feasibility First: Developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch Hospitals*. Elsevier Ireland Ltd.

Bergsma, M. 2003. *Betrouwbaarheid en Validiteit van Kwalitatief georiënteerde Operational Audits: Methoden en technieken die de betrouwbaarheid en validiteit van kwalitatief georiënteerde audits waarborgen*. [Internet]. Erasmus Universiteit Rotterdam, 30-01-2009 [aangehaald op 30-01-2009]. Bereikbaar op: <http://www.ia.nl/Sitefiles/PDF/betrouwbaarheden%20Validiteit.pdf>

Casparie AF, Legemaate J, Rijkschroeff RAL, Brugman MJE, Buijsen MAJM, De Gruijter MJ, Hulst EH, Oudenampsen DG, Van 't Riet A. *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag, ZonMw, 2001.

CBO, Kwaliteitsinstituut, 2008. *Audit en Visitatie*. [Internet]. [Aangehaald op 16-02-2009]. Bereikbaar op: http://www.cbo.nl/product/audit_visitatie/default_view

Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. California etc.: Sage Publications

De Dreu, P.H., 2006. *Onbeheerste processen zijn de oorzaak van verlies. Kwaliteit in bedrijf*. 2006; 22: 10-13.

Dorsten, van, T. 2005. *De zorg als bedrijf*. Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum; 2005

Elfferich, P. 2008. *Baas boven baas (M/V). Scoren met excellente interne communicatie*. Uitgeverij van Schouten en Nelissen THEMA

Geelhoed, J., *Control deficiencies in the Dutch health care sector*. Tilburg: Universiteit van Tilburg; 2005.

Harteloh, P.P.M., Casparie, A.F. (2001). *Kwaliteit van zorg: Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Janssen-Steenberg, Drs. Ing. K., 2004. *De veelheid van kwaliteitssystemen in de zorg: Wie baant zich een weg in dit doolhof?* [Internet]. [Aangehaald op: 06-02-2009]. Bereikbaar op: http://www.q-consult.nl/media/med_view.asp?med_id=369

Joldersma, F., e.a., 2003. *Strategisch management voor non-profitorganisaties Koersbepaling, procesregie en metabesturing*, Assen; Koninklijke Van Gorcum B.V.

Klootwijk, M.J., 2005. *Structurering van de FM-kwaliteitsdocumenten en kwaliteitsmethodieken*. Handboek Facility Management. Maart 2005

Kotter, J.P. 1998. *Leading change: Why transformation efforts fail*. In Harvard Business Review on Change. Boston: Harvard Business School

Krogt, van der, Th.P.W.M. & Vroom, C.W. 1995. *Organisatie is beweging*. Utrecht: Uitgeverij Lemma BV

Lemmens, K., 2009. *Procesverbetering & Performance management*. College Performance Management. College IBMG. 06 februari 2009

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 2005. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Stand van zaken*. [Internet]. [Aangehaald op: 12-02-2009]. Bereikbaar op: <http://www.nivel.nl/pdf/Kwaliteitssystemen-in-zorginstellingen-stand-van-zaken-2005.pdf>

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 2008. *Oorzaken van incidenten en onbedoelde schade in ziekenhuizen*. [Internet]. [Aangehaald op: 16-02-2009]. Bereikbaar op: <http://www.nivel.nl/pdf/Oorzaken-van-incidenten-en-onbedoelde-schade-in-ziekenhuizen-2008.pdf>

Ouwens, M., 2008. *Eigen vinger aan de pols. Intern auditsysteem om veiligheid en kwaliteit van de zorg te bewaken*. Medisch Contact. Nr 38:pp. 1554-1558.

Schouten, Drs., L.M.T., 2004. *De achilleshiel van de doorbraakprojecten*. Medisch contact Nr. 42- 15 oktober 2004. Pagina 1642-1644.

Senge, P., 1999. *It's learning: The real lesson of the quality learning to the learning organization*. Management learning. 29 (1):5-20

Sluijs EM, De Bakker DH., 1992. *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg*. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV

Stichting Groenhuysen, 2008. *Organisatiehandboek*, versie 21 april 2008.

Stichting Groenhuysen, 2008. *Draaiboek Kwaliteitsonderzoeken*, versie 13 februari 2008.

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), 2008. *HKZ normen en ondersteuning bij certificering*. [Internet]. [Aangehaald op: 20-02-2009]. Bereikbaar op: <http://www.hkz.nl/index.php?Itemid=1303>

Verheggen, F.W.S.M., 1998. *Integrale kwaliteitszorg: op weg naar een goed geregelde patiëntenzorg*. Kwaliteit en Zorg nr 4: pp. 155-165.

Verheggen, F.W.S.M., 2005. *Kwaliteitszorg en integrerend kwaliteitsmanagement in zorginstellingen*. ZorgManagement nr. 3

Walburg, J.A., 1997. *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Uitgeverij Kluwer; Quality handboeken.

Walburg, J.A., 1999. *Kwaliteit en gezondheidszorg*. Wetenschappelijk tijdschrift Natuurkunde, thema: Kwaliteitsmanagement: Jaargang 8, nr. 6, pagina: 268-280

Walburg, J.A., 2009. *Prestatie verbetering gezondheidszorg*. College Performance Management. Openingscollege IBMG. 23 januari 2009

Wagner C, DH de Bakker, PP Groenewegen. *A measuring instrument for evaluation of quality systems*. International Journal for Quality in Health Care 1999; 11:119-130.

Wester, F. 1995. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Bussum: Uitgeverij Dick Coutinho.

Willems, R., 2004. *Hier werk je veilig, of je werkt hier niet*. Eindrapportage Shell Nederland voor Sneller Beter. Den Haag, 2004.

Bijlage 1 Respondentenoverzicht

<i>Organisatie</i>	<i>Functie geïnterviewde</i>	<i>Respondent</i>
Groenhuysen	Kwaliteitsfunctionaris	Respondent A
	Interim kwaliteitsfunctionaris (extern)	Respondent B
Perifeer ziekenhuis	Kwaliteitsfunctionaris/ adviseur zorg	Respondent C
	Kwaliteitsfunctionaris	Respondent D
Academisch ziekenhuis	Secretaris kwaliteit RvB	Respondent E
Gehandicaptenzorg	Staffunctionaris competentiemanagement/ kwaliteitsfunctionaris	Respondent F
Politie	Kwaliteitsfunctionaris en voormalig rechercheur	Respondent G
GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen)	Kwaliteitsfunctionaris	Respondent H
Industrie	Global Quality manager	Respondent I
Laboratorium	Chemisch analist/ auditor ISO-OHSAS-VCA	Respondent J
Vliegtuigmaatschappij	Kwaliteitsfunctionaris Health services	Respondent K Respondent L

Bijlage 2 Topiclijst interview

Vooraf vermelden:

- Voorstellen (BMG)
- Kwalitatief onderzoek gericht op het inzichtelijk maken van de effectiviteit van kwaliteitssystemen.
- Anoniem blijven
- Membercheck
- Vastleggen interview op tape

1. Introductie geïnterviewde

- Welke functie heeft u binnen de organisatie?
- Hoe lang bekleedt u deze functie?
- Evt. eerdere ervaringen op werkgebied gerelateerd aan deze functie?

2. Hoe ziet het kwaliteitssysteem binnen de organisatie er uit?

- Wanneer is het geïntroduceerd?
- Wat zijn de belangrijkste aspecten?
- Kunt u aangeven hoe het kwaliteitssysteem is opgenomen binnen de PenC cyclus?

3. Op welke wijze worden medewerkers betrokken bij het werken aan *kwaliteit* en *kwaliteitsverbetering*?

- Zijn medewerkers betrokken geweest bij het opstellen van het kwaliteitssysteem?
- Leeft *kwaliteit* onder de medewerkers? Waaruit blijkt dat?
- Hoe worden medewerkers binnen de organisatie ondersteund of geïnformeerd om gericht bezig te zijn met kwaliteit?
- Is de structuur van de organisatie van invloed op het doorvoeren van kwaliteitsverbetering?

4. Hoe wordt het kwaliteitssysteem binnen de organisatie getoetst?

- Welke instrumenten worden daarvoor gebruikt?
- Op welke manier worden de gegevens, afkomstig van deze instrumenten, gebruikt?
- Heeft u het idee dat er middels deze gegevens gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering binnen de organisatie?

-Geven de instrumenten die jullie gebruiken om het kwaliteitssysteem te toetsen voldoende inzicht in de effectiviteit van het systeem?

5. Kunt u aangeven wat u als sterke kant ziet aan het monitoren van de kwaliteit binnen de organisatie en wat zou u mogelijk anders willen aanpakken?

6. Kunt u aangeven welke lessen / ervaringen / methoden uit het bedrijfsleven interessant kunnen zijn binnen de gezondheidszorg?

-Wat is uw visie op het integreren van bedrijfskundige aspecten binnen de gezondheidszorg?