

Met de stroming mee

Een onderzoek naar de ontwikkeling van het beroep kwaliteitsfunctionaris

Auteur	Jasmijn Lammerse – van Kemenade
Studentnummer	297290
Opleiding	Gezondheidswetenschappen - Master Zorgmanagement Erasmus Universiteit Rotterdam - Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
In opdracht van	Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg
Begeleiders	Drs. K.M.M. Lemmens & Drs. C. van den Berg
Meelezer	Dr. A.P. Nieboer

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie met de titel 'met de stroming mee: de ontwikkeling van het beroep kwaliteitsfunctionaris'. Ter afsluiting van de Master Zorgmanagement van de studie Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit.

Breda, augustus 2007

Jasmijn Lammerse

Samenvatting

In dit onderzoek is de rol van de kwaliteitsfunctionaris in de sector Verpleging en Verzorging onderzocht. De sector is onderhevig aan verschillende externe eisen vanuit de zorgverzekeraar en overheid. Om hieraan te kunnen voldoen is een kwaliteitsslag in de sector gaande waarbij een omslag plaats vindt naar het verlenen van verantwoorde zorg. Hierbij staat het sturen op basis van zorguitkomsten centraal, waardoor de focus verschuift van het proces naar het resultaat. De kwaliteitsfunctionaris heeft in de organisatie specifiek het aandachtsgebied kwaliteit en speelt hierdoor een belangrijke rol ten aanzien van het te voeren kwaliteitsbeleid in de organisatie.

Om een beeld te kunnen schetsen van de rol van de kwaliteitsfunctionaris is dit onderzoek van beschrijvende aard. Hierbij is de *'mixed methods'* onderzoeksmethode gehanteerd, waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve data zijn verzameld en geanalyseerd. Na literatuuronderzoek zijn twee exploratieve interviews gehouden met experts om een beter begrip te verkrijgen van de onderzochte begrippen. De tweede stap in de dataverzameling was een kwantitatieve enquête onder de leden van de Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, gevolgd door kwalitatieve interviews om de opvattingen van de respondenten te achterhalen en in het perspectief van dit onderzoek te plaatsen. De data-analyse is gebaseerd op 24 enquêtes en 11 kwalitatieve interviews. Er zijn zeven interviews gehouden met kwaliteitsfunctionarissen uit de V&V sector, en vier interviews met leden van verschillende Raden van Bestuur.

Uit dit onderzoek blijkt dat de rol van de kwaliteitsfunctionaris bij de overgang van procesgericht denken naar resultaatgericht handelen verandert. In de procesgerichte fase heeft de functionaris een sterke koppeling naar de werkvloer wat noodzakelijk is om de medewerkers in een zorginstelling te motiveren en betrokken te houden. Er worden vele uitvoerende taken verricht door de kwaliteitsfunctionaris ter ondersteuning. In de resultaatgerichte fase heeft de kwaliteitsfunctionaris een positie op strategisch niveau. Enerzijds is de functionaris gericht op beleidsmatige taken om de voorwaarden te scheppen voor de inzet van uitkomstenmanagement. Anderzijds richt de functionaris zich op het kwaliteitsbeleid wat gekoppeld wordt aan het strategische beleid van de organisatie.

Doordat vele organisaties nog erg de focus hebben op het proces, gericht op het behalen van een kwaliteitscertificaat, is er nog een grote slag te maken ten aanzien van het zichtbaar maken van de uitkomsten van zorg in de organisatie en op basis hiervan de processen aan te sturen. De verwachting is dan ook dat dit in de toekomst een zeer belangrijk aandachtsgebied van de kwaliteitsfunctionaris zal worden, en de functie in de toekomst voortgezet wordt.

Summary

In this study I have investigated the function of the 'kwaliteitsfunctionaris' in the sector 'Verpleging en Verzorging'. The sector is under pressure from the Dutch government and health insurers to provide care that is efficient, effective and patient centered. Due to these external demands the sector is making an effort which is aimed at the delivery of 'Verantwoorde Zorg'. In this concept outcome of care has a central position, while in the past there was mainly a focus at the control of care delivery processes. The 'kwaliteitsfunctionaris' has the specific task area 'quality' in the organisation, and contributes to the used quality policy.

To come to an understanding of the role that the 'kwaliteitsfunctionaris' possesses this study is of descriptive nature. With the use of the mixed method investigation both quantitative and qualitative data were collected and analyzed. After literature investigation there have been two explorative interviews with experts on the topic of quality and the function of 'kwaliteitsfunctionaris'. The second step in this investigation was a quantitative questionnaire held under the members of the NVKZ (the Dutch Society for Quality and Care), followed by qualitative interviews to gather the opinions respondents. The data analysis is based on 24 questionnaires and eleven qualitative interviews. Seven interviews were held with 'kwaliteitsfunctionarissen' and four with different board members.

This investigation presents that the function of the 'kwaliteitsfunctionaris' is indeed changing by the change of focus from purely the process to outcomes of care. In the first phase the functionary has a strong connection with employees and offers them assistance to keep them motivated and interested. The 'kwaliteitsfunctionaris' performs many 'uitvoerende' tasks to support the employees. In the phase where outcomes are central the functionary has a position at strategic level where policy is made and the structure that is needed to start with the principles of performance management are formed. The functionary also has tasks by matching the quality policy with the strategic policy of the organisation.

Due to the fact that many organisations still keep their focus on processes to insure their organisation gets a quality certificate, there is much work to be done in terms of making the outcomes of care visible and steering processes based on these outcomes. The expectation is that the 'kwaliteitsfunctionaris' will have an important role in the future in relation to this aspect, and that the function will keep on existing without loss of significance.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding	1
1.2	Relevantie	2
1.3	Probleemstelling en deelvragen	3
2	Theoretisch kader	4
2.1	Kwaliteit	4
2.2	Kwaliteitsverbetering	5
2.3	Kwaliteitsbeleid	6
2.3.1	Kwaliteitswetgeving	7
2.3.2	Kwaliteitssystemen	8
2.3.3	Resultaten kwaliteitsbeleid	9
2.4	Kwaliteit van zorg V&V sector	10
2.4.1	IGZ	11
2.4.2	Verantwoorde zorg	11
2.4.3	Certificering	12
2.5	De kwaliteitsfunctionaris	12
2.5.1	Positie en functie	13
2.5.2	Werkzaamheden	14
2.5.3	Verwachtingen toekomst	15
2.6	Conceptueel model	15
3	Methoden van onderzoek	17
3.1	Onderzoeksontwerp	17
3.2	Literatuurstudie	17
3.3	Dataverzameling	18
3.4	Data analyse	19
3.5	Betrouwbaarheid en validiteit	20
4	Resultaten en analyse	21
4.1	Kenmerken deelnemende organisaties	21
4.2	De kwaliteitsfunctionaris	22
4.3	Aandachtsgebieden en werkzaamheden	25
4.4	Veranderende functie	30
4.5	Verwachtingen voor de toekomst	33
4.6	Professionalisering	35
5	Conclusies	37
5.1	Deelconclusies	37
5.2	Conclusie	41
6	Discussie en aanbevelingen	43
6.1	Discussie	43
6.2	Aanbevelingen	44
	Literatuurlijst	45
	Bijlagen	48

1 Inleiding

Kwaliteit is een aspect wat onlosmakelijk verbonden is met de gezondheidszorg. Iedere patiënt heeft het recht op doeltreffende, doelmatige en patiëntgerichte zorg. Het is zelfs een fundamenteel recht van ieder individu om zorg te ontvangen van hoge kwaliteit (Council.of.Europe 2002). Zorginstellingen zijn volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht verantwoorde zorg te leveren, en zo aan deze rechten tegemoet te komen.

De afgelopen jaren is een stevige impuls gegeven aan het kwaliteitsbeleid in de langdurige zorg: verpleeg- en verzorgingshuizen. De sector is onderhevig aan verschillende externe ontwikkelingen. Naast eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de minimale kwaliteitsgrens aan zorg, moeten organisaties gecertificeerd raken en moeten de normen voor verantwoorde zorg een plaats krijgen binnen de bedrijfsvoering. Er is hierdoor een verschuiving te zien in de focus van het kwaliteitsbeleid; deze richt zich steeds meer op de uitkomsten van zorg in plaats van enkel op het proces.

Om aan deze eisen te kunnen voldoen moeten zorginstellingen kwaliteit van zorg expliciet managen. Dat wil zeggen; kwaliteit van zorg aantoonbaar maken en verantwoording afleggen over het gevoerde beleid. Kwaliteit krijgt een steeds nadrukkelijker plaats binnen de zorginstelling en daarom is het voor de organisatie essentieel om een effectief kwaliteitsbeleid te voeren. In het licht van de toegenomen transparantie en verantwoording is kwaliteit een aspect waarmee een organisatie zich kan onderscheiden op de markt.

De kwaliteitsfunctionaris heeft in een organisatie specifiek het aandachtsgebied kwaliteit en vervult de rol 'trekker van kwaliteitszorg' in de zorginstelling. De functionaris heeft grote invloed op het te voeren kwaliteitsbeleid in de organisatie en heeft een taak bij het inspelen op de externe eisen en actuele kwaliteitsontwikkelingen. Doordat de sector onderhevig is aan veranderingen die in de zorginstelling een plaats moet krijgen is het aannemelijk dat ook de functie van de kwaliteitsfunctionaris aan het veranderen is. De vraag is echter wat deze veranderingen inhouden en hoe er door de directie en de beroepsgroep zelf tegen de rol van de kwaliteitsfunctionaris wordt aangekeken.

1.1 Aanleiding

Dit onderzoek vindt plaats in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg (NVKZ). De NVKZ is opgericht in 1995 en telt een achterban van ruim 600 leden. De vereniging richt zich met name op de kwaliteitsfunctionarissen in de zorgsector. De missie van de vereniging voor de jaren 2005-2010 luidt: *"Het bevorderen van de kwaliteit van zorg in Nederland, door de ontwikkeling en implementatie van beleid en instrumentarium op dit gebied"* (NVKZ 2004). Om uitvoering te geven aan deze missie zijn vier kernfuncties

opgesteld, waarvan één de vakinhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep betreft. Professionele ontwikkeling van de kwaliteitsfunctionaris en de kwaliteit van het vak zijn hierbij de belangrijkste aandachtspunten.

Om invulling te geven aan deze kernfunctie is door de NVKZ de Commissie Professionalisering Kwaliteitsfunctionarissen (CPK) in het leven geroepen. De commissie heeft de taak om tot een opstelling te komen van een actueel profiel voor het beroep kwaliteitsfunctionaris, en een opleidingscurriculum te formuleren dat aansluit op het beoogde profiel. Daarnaast ontwikkelen zij een standpunt over het komen tot een post-HBO of Masteropleiding voor de kwaliteitsfunctionaris (NVKZ 2005).

Naast het instellen van deze commissie heeft de vereniging drie studenten aangetrokken van de studie gezondheidswetenschappen. Zij hebben de opdracht vanuit verschillende invalshoeken de functie en rol van de kwaliteitsfunctionaris te onderzoeken en mogelijke scenario's voor de toekomst te schetsen. Het onderzoek resulteert in een rapport dat onderdeel uitmaakt van het NVKZ-thema 'professionalisering van het beroep kwaliteitsfunctionaris', en voorziet de vereniging en de CPK van advies ten aanzien van de ontwikkeling van het beroep.

1.2 Relevantie

De relevantie van dit onderzoek is gelegen in de bestaande kennislancune ten aanzien van de ontwikkeling van het beroep van de kwaliteitsfunctionaris. Het laatste stuk dat is geschreven over dit onderwerp, 'Van beroep kwaliteitsfunctionaris' door Renee Bering, dateert uit het jaar 1997. In de tussentijd zijn de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in het beroep van de kwaliteitsfunctionaris doorgegaan. Onderzoek en documentatie ten aanzien van dit vraagstuk ontbreekt vooralsnog.

Dit onderzoek richt zich specifiek op de rol van de kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector. In de sector is een kwaliteitsslag gaande waarbij een omslag plaats moet vinden naar het verlenen van verantwoorde zorg. Hierbij staat het sturen op basis van zorguitkomsten centraal. Dit in tegenstelling tot voorgaande jaren waarbij sturing enkel plaatsvond op basis van het kwaliteitsaspect proces. De sector neemt hierdoor een vooruitstrevende positie in de care sector in ten aanzien van het kwaliteitsbeleid: er is zowel een visiedocument als een toetsingskader aanwezig met betrekking tot het leveren van verantwoorde zorg. Het is dan ook noodzakelijk dat er op een professionele wijze inhoud wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid en dat deze ontwikkelingen in de zorginstellingen worden ingevoerd. De kwaliteitsfunctionaris speelt hier een belangrijke rol in, vooralsnog is het onduidelijk wat deze rol precies inhoudt.

1.3 Probleemstelling en deelvragen

Dit onderzoek richt op de ontwikkeling van het beroep kwaliteitsfunctionaris onder invloed van actuele kwaliteitsontwikkelingen en de visie hierop van de beroepsgroep en directie. Er is sprake van een kennislacune met betrekking tot dit onderwerp. Er is dan ook gekozen voor een beschrijvende onderzoeksopzet, waardoor inzicht wordt verkregen in de huidige situatie.

De volgende probleemstelling staat centraal in dit onderzoek:

Wat is de rol van de kwaliteitsfunctionaris in een zorginstelling in de V&V sector bij de overgang van procesgericht denken naar resultaatgericht handelen?

Deelvragen die hierbij worden onderzocht om antwoord te geven op de probleemstelling zijn:

- Wat is de positie van de kwaliteitsfunctionaris in de zorginstelling?
- Op welke wijze draagt de kwaliteitsfunctionaris bij aan procesgericht denken in de zorginstelling?
- Welke rol speelt de kwaliteitsfunctionaris bij het inzichtelijk maken van de uitkomsten van zorg?
- Welke veranderingen doen zich onder invloed van de huidige kwaliteitsontwikkelingen voor in de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris?
- Wat zijn de verwachtingen hierover in de toekomst?

1.4 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk van deze scriptie wordt eerst een theoretische analyse met betrekking tot kwaliteit en de functie van de kwaliteitsfunctionaris gegeven. Hieruit voortkomend wordt het conceptueel model geschetst. In hoofdstuk drie worden de gehanteerde methoden van onderzoek besproken. In hoofdstuk vier komen de resultaten van het onderzoek aan de orde, gevolgd door de conclusies in hoofdstuk vijf. Deze scriptie wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen in hoofdstuk zes.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt eerst stilgestaan bij kwaliteit in brede zin. Vervolgens wordt ingezoomd op de onderwerpen kwaliteitsverbetering, kwaliteitsbeleid, kwaliteitswetgeving en kwaliteitssystemen. Daarna wordt een beeld geschets van kwaliteit en de ontwikkelingen in de V&V sector, waardoor de werkomgeving van de kwaliteitsfunctionaris duidelijk wordt. Ten slotte wordt ingegaan op de functie van de kwaliteitsfunctionaris. Afsluitend aan dit hoofdstuk zullen deze concepten met elkaar in verband worden gebracht in het conceptueel model.

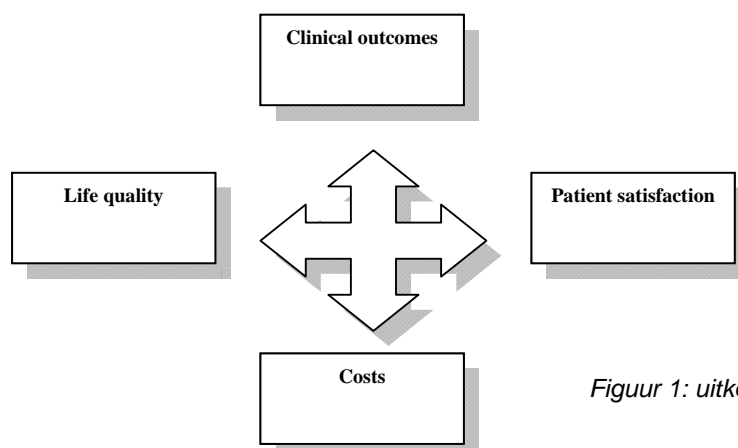
2.1 Kwaliteit

Het begrip kwaliteit is primair en heeft in de loop van de tijd verschillende definities gekend. Het Institute Of Medicine (IOM, 2001) omschrijft kwaliteit van zorg als volgt:

'The degree to which health care services for individuals and populations increase the likelihood of desired outcomes and are consistent with current professional knowledge'.

In deze definitie zijn verschillende componenten te onderscheiden, hieraan kunnen perspectieven worden gekoppeld van waaruit kwaliteit van zorg wordt bekeken. Vanuit het perspectief van de patiënt is het van belang dat voldaan wordt aan bestaande verwachtingen, gerelateerd aan gewenste zorguitkomsten. Het perspectief van medische disciplines richt zich op de overeenstemming van zorgverlening met actuele medische kennis. Ten slotte is het perspectief van de maatschappij gericht op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor de gehele Nederlandse bevolking (Walburg 1997).

Deze verwachtingen van kwaliteit komen ook terug in het uitkomstenkwadrant van Walburg (2006), waarmee het resultaat en de kwaliteit van een zorgproces kan worden geëvalueerd (figuur 1).



Figuur 1: uitkomstenkwadrant Walburg(2006)

Klinische uitkomsten worden afgezet tegenover de beoordeling van de patiënt en de verandering in kwaliteit van leven, evenals de benodigde kosten om dit te bereiken. Wanneer deze factoren met elkaar in evenwicht zijn wordt gesproken van een optimaal kwaliteitsniveau. Om dit niveau te bereiken, en optimale uitkomsten van zorg te realiseren, is het een voorwaarde dat invulling wordt gegeven aan de onderliggende kwaliteitsaspecten structuur en proces.

Donabedian (2003) maakt als eerste het onderscheid tussen deze drie kwaliteitsaspecten, waardoor hij diepte aanbracht in het begrip kwaliteit. Tot het aspect structuur behoren de attributen van de setting waarin zorg wordt verleend, evenals de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten en gestelde wettelijke kaders (VWS 2005). Het aspect proces richt zich op de feitelijke hulpverlening, zoals de diagnose, behandeling en de interactie tussen zorgverlener en patiënt. Op dit niveau bevindt zich ook de implementatie en toepassing van kwaliteitsinstrumenten en wetgeving (ibid). Ten slotte staat bij de uitkomst verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt centraal (Mainz 2003), evenals het resultaat van het gevoerde kwaliteitsbeleid.

2.2 Kwaliteitsverbetering

Kwaliteit en kwaliteitsverbetering zijn leidende thema's in de gezondheidszorg waarbij voor elk zorgproces zes doelstellingen worden nagestreefd. Geleverde zorg moet veilig, effectief, efficiënt, tijdig, voor een ieder gelijk en patiëntgericht zijn (IOM 2001). Om deze doelstellingen na te streven en het kwaliteitsniveau van de zorgverlening te optimaliseren wordt gebruik gemaakt van kwaliteitsmanagement, wat gedefinieerd wordt als *'De gecoördineerde activiteiten om een organisatie bij te sturen en te beheersen met betrekking tot kwaliteit'* (Tan 2006). In de gezondheidszorg is kwaliteitsmanagement primair gericht op de beheersing en verbetering van zorg voor de patiënt door het reduceren van risico's, het terugdringen van fouten en het verhogen van de veiligheid (Bering 1997).

Verbetering van kwaliteit is volgens Deming de taak van iedere medewerker in een organisatie, waarbij het initiatief moet worden genomen door het management (Tan 2006). Kwaliteitsverbetering wordt in een organisatie systematisch ingezet door het gebruik van de Deming-cyclus die bestaat uit de stappen; planning (Plan), uitvoering (Do), toetsing (Check) en evaluatie (Act). De cyclus wordt doorlopen tot het gewenste resultaat is behaald, en betreft zowel kwaliteitsbewaking (een bepaald niveau van kwaliteit handhaven) als kwaliteitsbevordering (niveau van kwaliteit verhogen) (Harteloh 2001).

De wijze waarop aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt is mede afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin een organisatie zich bevindt (Buiting 2001; Vervoort 2002). Er zijn drie ontwikkelingsfasen te onderscheiden waarin steeds een veranderende behoefte op het terrein van kwaliteitsmanagement te onderscheiden is. In de eerste ontwikkelingsfase van

een organisatie staan processen centraal. Er wordt in deze fase gestreefd de (totstandkomings) processen onder controle te krijgen. De tweede ontwikkelingsfase kenmerkt zich door het denken in resultaatverbetering voor de patiënt. De behoefte van de klant wordt in deze gebruikt als input ter verbetering van de processen. In de laatste ontwikkelingsfase van de organisatie wordt gestreefd naar maatschappelijke verantwoording. Niet alleen het resultaat voor de patiënt, maar ook de zorg voor medewerkers en de ontwikkeling van de maatschappelijke omgeving krijgen aandacht.

Aan deze ontwikkelingsfasen kunnen drie generaties in kwaliteitsdenken verbonden worden, evenals de wijze waarop aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt (ibid). In de 1^e generatie kwaliteitsdenken, 'Het huis op orde', wordt conformiteit en het voldoen aan specificaties nagestreefd. Procedures, protocollen en richtlijnen worden vastgelegd, en in projectmatige vorm worden kleinschalige verbeterprojecten opgezet ter verbetering van bestaande processen. In de 2^e generatie van kwaliteitsdenken, 'Verbouwing', staat de realisatie van grote verbeteringen centraal waarbij wordt uitgegaan van het perspectief van de patiënt. Processen worden door middel van doorbraakprojecten op progressieve wijze herontworpen, waarbij kwaliteitsverbetering zich richt op continue resultaatverbetering. In de laatste fase van kwaliteitsdenken, 'Afbraak en vernieuwing', wordt gericht op maatschappelijke doelstellingen en het continu anticiperen op veranderingen in de omgeving. Men streeft significante en langdurige verbeterprojecten na, waarbij kwaliteitsverbetering door continue vernieuwing ten aanzien van organisatie- en product centraal staat.

2.3 Kwaliteitsbeleid

De wijze waarop kwaliteitsverbetering ingezet wordt in een organisatie is afhankelijk van het aanwezige kwaliteitsbeleid. Dit beleid omvat kwaliteitsdoelen en uitgangspunten, randvoorwaarden en richtlijnen om vorm te geven aan kwaliteitsmanagement (Tan 2006). Om tot een kwaliteitsbeleid te komen is afstemming met het landelijke beleid noodzakelijk. Tot 1990 was hier echter nog geen sprake van. Er waren vele initiatieven op dit gebied, maar het ontbrak aan een samenhangend landelijk kwaliteitsbeleid.

Om hiertoe te komen vond in 1989 de eerste Leidschendamconferentie plaats. Verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties spraken over de uitgangspunten en voorwaarden die nodig werden geacht voor het te ontwikkelen landelijke kwaliteitsbeleid (Boot 2005). Daarnaast werden afspraken gemaakt omtrent ieders verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit van zorg (Sluijs 2000). Nadat deze eerste aanzet was gegeven vond in 1990 de tweede Leidschendamconferentie plaats waarin het verder te ontwikkelen beleid centraal stond. Bijzondere aandacht ging uit naar de totstandkoming van kwaliteitscriteria en kwaliteitssystemen. Uitgangspunten hierbij waren dat zorgaanbieders de primaire

verantwoordelijkheid voor zorgverlening dragen; de verzekeraars het leveren van kwaliteit moeten ondersteunen; de patiënt meer verantwoordelijkheid krijgt en dat de overheid een zodanig beleid voert dat de partijen de verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitszorg waar kunnen maken (Boot 2005).

Om de stand van zaken ten aanzien van de gemaakte afspraken te bespreken werd in 1995 de derde Leidschendamconferentie belegd. In deze conferentie werd geconcludeerd dat er van een samenhangend landelijk kwaliteitsbeleid nog geen sprake was, en dat afstemming van kwaliteitscriteria- en systemen op beleidsniveau nauwelijks plaatsvond. Er werden vervolgspraken gemaakt ter voortzetting van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, waarbij na het jaar 2000 het meten en beoordelen van uitkomsten van zorg als essentieel werd gesteld (ibid). In de laatste Leidschendamconferentie vond om deze reden een verschuiving plaats in aandacht van de technische kwaliteitssystemen naar de concrete resultaten van zorg.

De conferenties hebben geleid tot een tweetal initiatieven: vanuit de Rijksoverheid ontstond de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) en in het werkveld werd de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht (HKZ 1996).

2.3.1 Kwaliteitswetgeving (structuur)

In de Nederlandse wetgeving zijn verschillende wetten opgenomen om het kwaliteitsniveau van de gezondheidszorg te bevorderen. Hiermee wordt invulling gegeven aan het kwaliteitsaspect structuur. De wetten met de meeste relevantie voor kwaliteit zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ), de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

De KWZ is een kaderstellende wet die de verantwoordelijkheid voor kwaliteit bij de instelling legt; de directie, het management en de professionals (Walburg 1997). Zorginstellingen worden door deze wet verplicht de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot het leveren van verantwoorde zorg. De wet stelt dat een zorginstelling beleid moet voeren dat specifiek gericht is op kwaliteit, en hier jaarlijks verantwoording over aflegt door het opstellen van een jaarverslag. Daarnaast wordt verwacht dat er sprake is van een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg door het invoeren van kwaliteitssystemen (Legemaate 2004).

Naast de KWZ is de Wet BIG ingevoerd die de kwaliteit van beroepsuitoefening moet bevorderen en de patiënt beschermt tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van de professional (ibid.). De wet omvat drie elementen: voorbehouden handelingen, titelbescherming voor acht medische beroepen en het tuchtrecht. Om de positie van de patiënt te versterken is ten slotte de WGBO in werking gesteld waarbij onder andere het recht op informatie, verplichte toestemmingsvereiste, bescherming van de persoonlijke

levenssfeer en de aansprakelijkheid van zorginstellingen bij een tekortkoming in zorgverlening is vastgelegd (Stolker 1998).

2.3.2 Kwaliteitssystemen (proces)

Tijdens de Leidschendamconferenties is besloten dat zorgaanbieders kwaliteitssystemen een vaste plaats in de bedrijfsvoering moeten geven, wat is vastgelegd in de KWZ. Er wordt hierdoor invulling gegeven aan het kwaliteitsaspect proces. Walburg (1997) omschrijft een kwaliteitssysteem als *'Het samenspel van maatregelen die worden genomen om kwaliteit te kunnen leveren, de voorwaarden waaronder dat gebeurt en de organisatie van het kwaliteitsbeleid'*. Het betreft een systeem dat de kwaliteit van zorg moet waarborgen en een manier om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken (Casparie 1993). Zorginstellingen moeten aantonen dat zij kwalitatief goede zorg leveren en verbeteringen binnen de organisatie op systematische wijze borgen (Schellekens 2001). Dit gebeurt door het opstellen van een kwaliteitsbeleidsplan, het initiëren van verbeteringen en een schriftelijke verslaglegging van de gehanteerde werkwijze in een kwaliteitshandboek en in het jaarverslag.

Voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem maakt een zorginstelling gebruik van een kwaliteitsmodel. Kwaliteitsmodellen zijn een vereenvoudigde weergave van de organisatie en de aanwezige zorgverleningsprocessen. Door de aandacht op deze aspecten te richten is het mogelijk de kwaliteit van het gehele proces te beïnvloeden (NVKZ 1999). Een veel gebruikt model is het *'International Standards Organization (ISO) 9000/9001'*, wat bedoeld is om organisaties te ondersteunen bij de implementatie en hantering van een doeltreffend kwaliteitssysteem. ISO geeft geen aanpak voor het opstellen van een systeem, maar bevat eisen waaraan deze moet voldoen.

In de V&V sector wordt veelal gebruik gemaakt van het kwaliteitsmodel HKZ om een vastgesteld kwaliteitsniveau in de zorgverlening te behalen. In het HKZ liggen tevens de normen van het ISO besloten. Het betreft een certificatie op grond waarvan er een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat dat een duidelijk omschreven onderwerp in overeenstemming is met een bepaalde norm (Harteloh). HKZ biedt een raamwerk met normen waaraan een zorginstelling moet voldoen voor het verkrijgen van een kwaliteitssysteemcertificaat, waarbij het primaire proces centraal staat. Door middel van externe toetsing (audit) wordt vastgesteld of door een zorginstelling aan de normen wordt voldaan. De normen moeten 'aantoonbaar geregeld' zijn en 'effectief operationeel' zijn binnen de zorgverlening (HKZ 1996). Het certificaat en de bijbehorende externe audit wordt als sluitstuk gezien van het kwaliteitssysteem in de instelling (Casparie 1993).

2.3.3 Resultaten kwaliteitsbeleid (uitkomst)

De meeste organisaties proberen de kwaliteit van zorgverlening te verhogen door middel van certificatie (Walburg 2006). De wettelijke verplichting voor een organisatie om te beschikken over een kwaliteitssysteem is in de jaren 2000 en 2005 onderzocht. In het jaar 2000 bleek dat bij 95% van de zorginstellingen (n=472) nog geen compleet kwaliteitssysteem aanwezig was (Sluijs 2000). Naar aanleiding van de Leidschendamconferenties is het systeem veelal wel op schrift gesteld, maar is onvoldoende aandacht geschonken aan de implementatie hiervan, of is het gebruik van het systeem 'verzand' (ibid). Hierdoor waren de kwaliteitssystemen niet operationeel. In de daaropvolgende jaren is ten aanzien van het kwaliteitsbeleid een vooruitgang geboekt. Er zijn in dit jaar echter nog weinig instellingen die een gecertificeerd kwaliteitssysteem hebben ingevoerd, waaruit blijkt dat de algehele ontwikkeling van kwaliteitssystemen traag gaat (Sluijs 2007). De meerderheid van de zorginstellingen is wel van plan het kwaliteitssysteem te certificeren en werkt daaraan. In 2000 had dit nog geen prioriteit (ibid).

Uit onderzoek is gebleken dat certificatie positieve effecten heeft op de zorgprocessen en structuuraspecten van zorginstellingen. In de gezondheidszorg is echter nog weinig onderzoek verricht naar de effecten van kwaliteitssystemen op de uitkomsten van zorg (Lemmens 2003). Er kan worden gesteld dat wanneer de zorgprocessen op orde zijn dit niet automatisch betekent dat ook de zorguitkomsten gewenst zijn. Het sturen op uitkomsten van zorg is nog onvoldoende in gebruik, wat samenhangt met het feit dat de meeste kwaliteitssystemen sterk proces- en structuurgeoriënteerd zijn (Lemmens 2003; Walburg 2006; Wagner 2001). Daarnaast lijkt het kwaliteitsstreven door wetgeving en kwaliteitssystemen te vrijblijvend te zijn om substantiële verbeteringen in te voeren en deze blijvend binnen de organisatie te borgen (Wollersheim 2006). Om deze reden vindt een overgang plaats van denken in processen naar het handelen in resultaten.

Sinds enkele jaren is in het overheidsbeleid steeds meer nadruk komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de uitkomsten van zorg door het gebruik van prestatie-indicatoren. Het doel hiervan is tweeledig: het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van zorgprofessionals tot het verbeteren van kwaliteit (Wollersheim 2006). Men streeft ernaar om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van zorgresultaten waarna vergelijking plaats vindt met eerder gemeten resultaten of resultaten van andere zorginstellingen. Door gebruik van uitkomstenmanagement worden de resultaten teruggekoppeld naar zorgteams en kan op basis hiervan verbetering van zorgprocessen plaats vinden (Walburg 2006).

Om te sturen op uitkomsten van zorg kan een organisatie gebruik maken van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) managementmodel. Het model bestaat uit negen aandachtsgebieden, overeenkomend met het *'European Foundation for Quality*

Management' (EFQM) model, die samen bepalend zijn voor het succes van een organisatie (Walburg 1997). Het INK model is verbetergericht en geeft een organisatie de mogelijkheid inzicht te krijgen in relatief sterke en zwakke punten. In vijf ontwikkelingsfasen kan de organisatie groeien naar het leveren van excellente zorg.

2.4 Kwaliteit van zorg in de V&V sector

De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is internationaal gezien op meerdere onderdelen bovengemiddeld (Westert 2004), maar van een optimaal kwaliteitsniveau is geen sprake. Het Institute Of Medicine (2001) stelt dat er een kloof bestaat tussen de huidige en potentiële kwaliteit van zorg. Gegeven de beschikbare middelen en de kwalificaties van de werkzame professionals in de zorg is er een verschil tussen geleverde kwaliteit, en wat de mogelijkheden zijn (Berg 2005; Walburg 2006). In de gezondheidszorg is nog steeds sprake van overgebruik, ondergebruik en misbruik van zorg (Chassin 1998). Uit recent onderzoek is gebleken dat jaarlijks 1735 mensen overlijden aan een medische fout die voorkomen had kunnen worden (Bruijne 2007). Het gros aan medische fouten is niet te wijten aan roekeloos gedrag van een individuele werknemer of een groep. Fouten worden veelal veroorzaakt door niet goed functionerende systemen en processen. Ook zijn er omstandigheden waardoor medewerkers fouten maken of niet in staat zijn om deze te voorkomen (Chassin 1998; Institute.of.Medicine 2000).

Bovenstaande gegevens zijn gericht op de cure sector. Het waarborgen van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg is ook in de care sector een grote opgave. De kwaliteit van langdurige zorg is 'werk in uitvoering' (Westert 2004), waarbij op veel onderdelen van zorg nog grote winst kan worden geboekt. Tevens is er een toenemende druk vanuit de samenleving op instellingen en zorgverleners om goede kwaliteit van zorg te leveren. Dit wordt versterkt door de algemene tendens van de samenleving waarin de patiënt een steeds belangrijkere positie inneemt. De patiënt is mondiger en verwacht vraaggerichte, transparante zorg. Ook is er steeds meer informatie beschikbaar, waardoor patiënten zelf de kwaliteit van zorginstellingen op basale punten kunnen vergelijken.

Naast de toenemende druk tot kwaliteitsverbetering moeten zorginstellingen in de V&V sector inspelen op verschillende ontwikkelingen, zoals de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de invoering van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO) en een nieuwe bekostigingssystematiek op basis van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Daarnaast zijn er verschillende externe eisen gesteld vanuit overheid, IGZ en zorgkantoor. Gesteld kan worden dat de V&V sector een kwaliteitsslag in heeft gezet om te voldoen aan gestelde eisen en nieuwe ontwikkelingen.

2.4.1 IGZ (structuur)

De aanleiding voor deze kwaliteitsslag was een onderzoek van de IGZ in 2004, waarbij de stand van zaken met betrekking tot kwaliteit in de V&V sector in kaart is gebracht. Dit werd noodzakelijk geacht door de aanhoudende negatieve berichtgeving in de media over de geleverde zorg in de sector. De IGZ maakte hierbij gebruik van de tien indicatoren ('alarmbellen') van de minimaal noodzakelijke zorg in verpleeghuizen. De indicatoren hebben voornamelijk betrekking op het kwaliteitsaspect structuur, zoals de bereikbaarheid van verpleeghuisartsen, de aanwezigheid van medewerkers en het plaatsvinden van multidisciplinair cliëntenoverleg.

Uit het onderzoek van de IGZ naar de minimale kwaliteitsgrens van zorgverlening (n=60) bleek dat slechts 22 % van de zorginstellingen voldeed aan alle tien de getoetste criteria; in de overige gevallen werd aan een of meerdere criteria niet voldaan (IGZ 2004). In navolging van dit onderzoek zijn door de toenmalige staatssecretaris van VWS maatregelen genomen, waaronder een verscherpt toezicht van de IGZ en de verplichting voor zorginstellingen om de minimale basiszorg te verbeteren.

De IGZ heeft in 2005 en 2006 alle instellingen voor verpleeghuiszorg nogmaals beoordeeld en heeft vastgesteld dat er 'een kwaliteitsslag gaande is'. Het risico op onverantwoorde zorg is gedaald ten opzichte van 2004 (IGZ 2006). De ondergrens van zorg in verpleeghuizen wordt beter bewaakt, maar dit laat onverlet dat er nog een grote slag ten aanzien van de kwaliteit van zorg te maken is om de kloof te overbruggen (ibid).

2.4.2 Verantwoorde Zorg (uitkomst)

Het rapport van de IGZ 'Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet' dat in 2004 verscheen was aanleiding voor de sector om de zorg voor de cliënten te verbeteren. De kwaliteitsslag die gaande is in de V&V sector is mede door een samenwerkingsverband tussen landelijke verenigingen van cliënten, professionals, zorgaanbieders en brancheorganisaties geïnitieerd. In juni 2005 is het visiedocument 'Op weg naar Normen voor Verantwoorde zorg' vastgesteld. Met dit document ontstond een gedeeld beeld van verantwoorde zorg in de intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Verantwoorde zorg wordt gedefinieerd als *"Zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig, veilig en patiëntgericht verleend wordt en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt"* (Norm Verantwoorde Zorg 2005). Naast het visiedocument is ook een toetsingskader opgesteld, waarmee de normen voor verantwoorde zorg zijn geoperationaliseerd. Uitgangspunt van het toetsingskader is dat zoveel mogelijk op uitkomsten wordt gemeten en dat het nieuwe sturingmodel zo spoedig mogelijk operationeel moet worden. 2006 is hierbij beschouwd als een overgangsjaar, in 2007 moet het nieuwe instrumentarium ten volle worden geïmplementeerd in de sector (Sting 2005).

Om zorguitkomsten volgens het uitgangspunt van het toetsingskader te meten wordt een scheiding gemaakt in een zorginhoudelijk gedeelte (*'clinical outcomes'*) en de waardering door de cliënt (*'patient satisfaction'*). Zorginhoudelijke aspecten worden gemeten door een set van prestatie-indicatoren voortkomend uit het toetsingskader Verantwoorde Zorg. Daarnaast vindt toetsing plaats door de IGZ middels 'Gelaagd en Gefaseerd toezicht' waarin de prestatievelen van het toetsingskader zijn geïntegreerd in het inspectieformulier. Om inzicht te verkrijgen in de cliëntwaardering is het streven dat in 2009 iedere zorgaanbieder met de *'Consumer Quality'* (CQ) index een meting heeft gehouden, en dat deze resultaten openbaar worden gemaakt. Een aantal zorgverzekeraars stellen dit tevens als eis aan zorginstellingen (Zorgkantoren 2007). Door het meten van de zorguitkomsten door zorginhoudelijke indicatoren en de CQ-index wordt de onderlinge vergelijkbaarheid van resultaten vergroot.

2.4.3 Certificering (proces)

Naast de meting middels de CQ-index zijn zorginstellingen in de V&V sector door zorgverzekeraars verplicht gesteld tot het certificeren van de organisatie. De focus van het kwaliteitsbeleid ligt op het hebben van een werkend kwaliteitssysteem dat getoetst is via een externe certificerende instantie (ibid). Wanneer de organisatie erin slaagt het certificaat te behalen stijgt de instellingspositie naar voorkeursaanbieder. Wanneer er extra productie te verdelen is zullen deze voorkeursaanbieders hier eerder aanspraak op hebben. Op dit moment heeft het niet gecertificeerd zijn nog geen financiële gevolgen voor het instellingsbudget. De mogelijkheid bestaat dat dit in de toekomst wel gevolgen kan hebben voor het budget, zeker gezien de ontwikkelingen in de GGZ waar deze maatregel vanaf 1 januari 2008 van kracht wordt.

Door de beschreven ontwikkelingen en externe eisen moeten organisaties in de V&V sector kwaliteit een vaste en vooraanstaande plaats in de bedrijfsvoering geven. Kwaliteit wordt een aspect waarmee een organisatie zich kan onderscheiden, en waarmee de concurrentie aan kan worden gegaan met andere zorginstellingen. Dit betekent voor de kwaliteitsfunctionaris dat de afgelopen jaren verschillende aandachtsgebieden aan het bestaande takenpakket zijn toegevoegd.

2.5 De kwaliteitsfunctionaris

Een kwaliteitsfunctionaris is *'Iemand met taken en verantwoordelijkheden op het gebied van het kwaliteitsmanagement'* (Bering 1997). Een goede kwaliteitsorganisatie en een goed kwaliteitsbeleid staat of valt met een kwaliteitsfunctionaris die ervoor zorgt dat organisatiebreed iedereen met werken aan kwaliteit bezig is. Elke organisatie regelt de zorg voor kwaliteit op een eigen manier. Hierdoor kan een kwaliteitsfunctionaris per sector van de

gezondheidszorg en per organisatie een andere positie innemen en andere taken op het gebied van kwaliteit vervullen (ibid). Een gegeven wat ook terug te zien is aan de diversiteit in functiebenamingen.

De kwaliteitsfunctionaris vervult in de zorginstelling, naast de directie en het management, de rol 'trekker van kwaliteitszorg' (Sluijs 2007). In 1997 is onderzoek gedaan naar het aantal werkzame kwaliteitsfunctionarissen in de V&V sector. Hieruit bleek dat 27% van de verzorgingshuizen (n=86) een kwaliteitsfunctionaris in dienst had. In de verpleeghuizen (n=120) lag dit percentage op 43% (Bering 1997). Uit recent onderzoek blijkt dat instellingen in de gehele zorgsector extra voorzieningen hebben getroffen ten aanzien van het kwaliteitsbeleid. 85% van de onderzochte zorginstellingen (n=543) heeft een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld (Sluijs 2007). Dit groeiende aantal kwaliteitsfunctionarissen is ook terug te zien in het groeiende ledenaantal van de NVKZ.

De functie en het profiel van de kwaliteitsfunctionaris is sinds het ontstaan van het beroep volop in beweging. Dit wordt onder andere aangedreven door de verschillende ontwikkelingen in kwaliteitswetgeving, het toegenomen inzicht in het belang van kwaliteitszorg en de veranderende behoefte van zorginstellingen op het gebied van kwaliteitszorg. Hiernaast verandert de functie van een reactief proces naar een proactief proces. Er wordt geanticipeerd op de komende knelpunten binnen de organisatie in plaats van de reeds bestaande knelpunten op te lossen (Buiting 2001).

Er worden dan ook steeds hogere eisen gesteld aan de kwaliteitsfunctionaris. Het beroep van de functionaris is aan het professionaliseren, en om hieraan tegemoet te komen is er een specifiek scholingsaanbod te weten de 'Opleiding Kwaliteitsfunctionaris' (OKF). Vanuit de NVKZ is er ruime aandacht voor het onderwerp in de vorm van bijbehorende thema's en workshops. Volgens experts is er sprake van emancipering onder de kwaliteitsfunctionaris. De beroepsgroep ziet in dat zij een passende positie in de organisatie moeten hebben om hun functie effectief te kunnen vervullen. Daarnaast groeit het besef in organisaties dat wanneer zij profijt willen hebben van de kwaliteitsfunctionaris, zij deze goed moeten equiperen en de functie in de organisatie moeten inbedden.

2.5.1 Positie en functie

De kwaliteitsfunctionaris kan verschillende posities bekleden binnen een organisatie. Bij het invullen van een stafpositie bestaat de hoofdtaak uit beleidsontwikkeling en strategiebepaling. Hiernaast kan ook sprake zijn van een positie in de lijn, waarbij de lijnverantwoordelijkheid samenvalt met taken van het kwaliteitsmanagement (Bering 1997). Afhankelijk van de positie in de organisatie wordt de kwaliteitsfunctionaris aangestuurd door de Raad van Bestuur, het lijnmanagement of het hoofd stafbureau.

Tien jaar geleden was er sprake van een start in kwaliteitswerken waarbij de functie invulling van de kwaliteitsfunctionaris geheel nieuw was. Volgens experts had de kwaliteitsfunctionaris niet altijd een duidelijke positie, en bij het uitvoeren van projecten was er niet altijd voldoende ondersteuning van de directie. Hierdoor was de mate waarin de kwaliteitsfunctionaris werd gefaciliteerd veelal onvoldoende om kwaliteitsmanagement organisatiebreed in te zetten. Deze positie lijkt nu versterkt te zijn, wat mede te danken is aan de professionalisering van de functionaris en de noodzaak voor de organisatie tot het voeren van een effectief kwaliteitsbeleid.

Ook de inzet van de kwaliteitsfunctionaris is volgens experts veranderd. Tien jaar geleden werd de functionaris vooral ingezet op beheersmatig vlak, waarbij de certificering van een organisatie en het werken aan kwaliteitsprojecten zoals het invoeren van protocollen en procedures voorop stond. Tegenwoordig lijkt het zo te zijn dat de kwaliteitsfunctionaris naast het beheersmatige vlak ook werkzaamheden heeft op het strategisch niveau, en nauw betrokken is bij de ontwikkelingen die in gang worden gezet door de directie. Dit is mede te verklaren door de ontwikkeling dat het kwaliteitsbeleid geïntegreerd wordt in het strategische beleid van de organisatie.

2.5.2 Werkzaamheden

De uit te voeren werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris verschillen per organisatie. De invulling van de functie is van verschillende factoren afhankelijk, zoals de gekozen strategie van de organisatie, de verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteitsmanagement en de capaciteiten van de desbetreffende kwaliteitsfunctionaris (Bering 1997). Daarnaast is er een verband te leggen met de eerder beschreven ontwikkelingsfase van de organisatie en de drie generaties in kwaliteitsdenken. In elke fase zal de kwaliteitsfunctionaris andere werkzaamheden verrichten en zo een andere invulling aan de functie geven. De functionaris moet meegroeien met de ontwikkelingsfase en de generatie kwaliteitsdenken waarin de organisatie zich bevindt (Buiting 2001; Vervoort 2002).

In grote lijnen kunnen de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris worden onderverdeeld in beleidsmatige taken en uitvoerende taken. Beleidsmatige taken zijn verbonden met visie, beleid en strategie. Het betreft het denken en sturen, hetgeen inhoudelijk vorm krijgt in de strategiebepaling, het maken van concrete werkplannen, het neerzetten van een kwaliteitsstructuur in de organisatie en het verdelen van de verantwoordelijkheden. Daarnaast wordt de voortgang van de uitvoering van de strategiebepaling bewaakt en zo nodig bijgestuurd. De uitvoerende taken zijn verbonden met het denken en doen, en hebben te maken met de feitelijke invoering en ontwikkeling van bijvoorbeeld een kwaliteitssysteem. De kwaliteitsfunctionaris begeleidt en coördineert

kwaliteitsactiviteiten. Daarnaast geeft de functionaris voorlichting, training en instructies aan medewerkers (Bering 1997).

De kwaliteitsfunctionaris moet hierdoor technisch gezien van veel zaken verstand hebben. Ook is het van belang dat de kwaliteitsfunctionaris goed ontwikkelde relationele vaardigheden bezit. Er moet zowel contact worden gehouden met de directie en het management, evenals met de medewerkers in verschillende lagen van de organisatie. Dit verklaard waarom er vaak over een 'duizendpoot' wordt gesproken in relatie tot de kwaliteitsfunctionaris.

2.6 Verwachtingen voor de toekomst

Doordat de functie van de kwaliteitsfunctionaris in beweging is door actuele kwaliteitsontwikkelingen en doordat het beroep aan het professionaliseren is zal de functie zich in de toekomst verder ontwikkelen. In verschillende organisaties leeft de gedachte dat de kwaliteitsfunctionaris over een aantal jaren overbodig kan zijn, doordat de verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg bij de medewerkers zelf komt te liggen (NVKZ 2005). Hierbij wordt verondersteld dat de rol van de kwaliteitsfunctionaris minder significant zal worden hoe langer de organisatie met kwaliteit bezig is (Berg 2002). Dit is te verklaren doordat kwaliteitsborging in de lijn wordt verankerd, en aangestuurd wordt door het management in samenwerking met de directie.

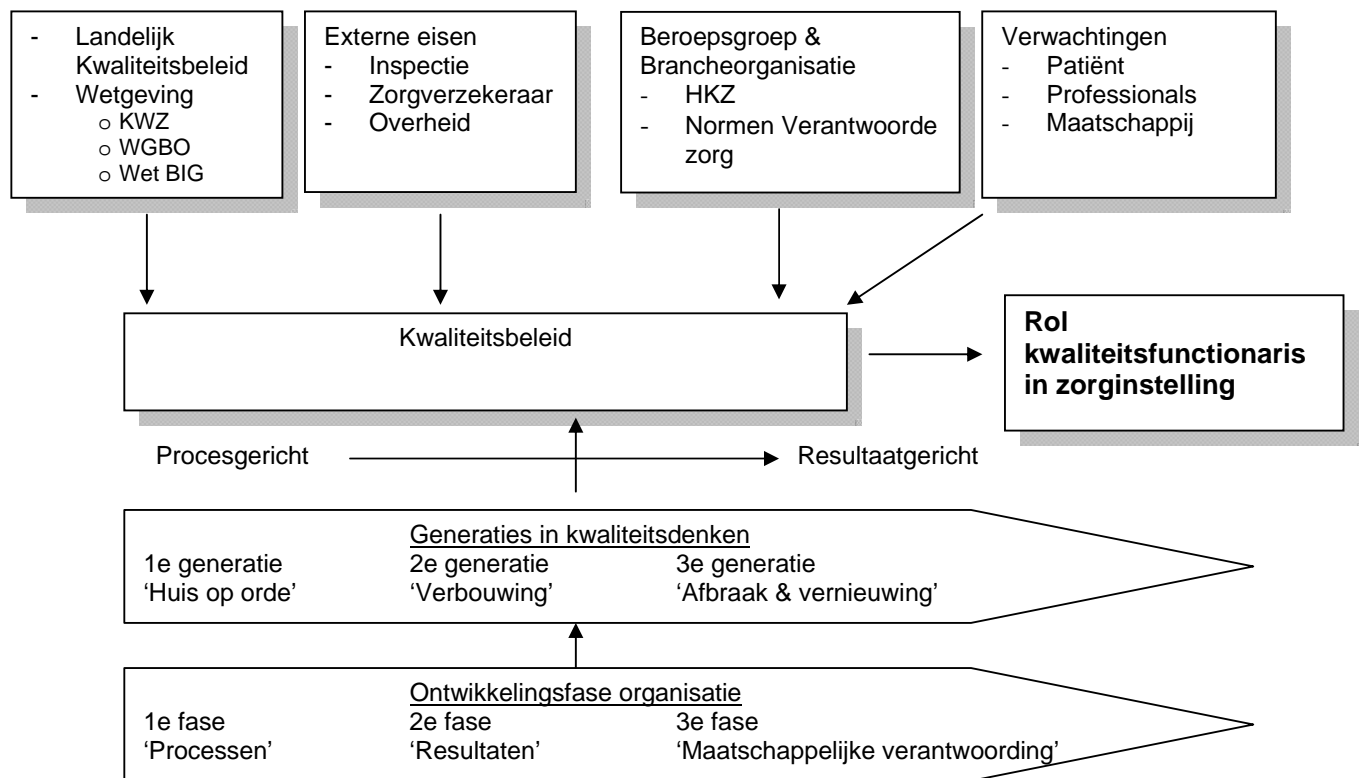
Dit toekomstscenario behoeft volgens experts verdere uitwerking, en is niet de enige optie waarin het beroep zich zal ontwikkelen. In dit verband worden twee andere toekomstscenario's geschetst; de ontwikkeling van het beroep via de strategische invalshoek en de ontwikkeling van het beroep vanuit de veiligheidsinvalshoek. Bij de ontwikkeling vanuit de strategische invalshoek zal de kwaliteitsfunctionaris nauw samenwerken met de directie en onderdeel worden van het sturende team in de organisatie. De kwaliteitsfunctionaris heeft meer taken op het beleidsmatige vlak, en de functie wordt breder. De ontwikkeling richting de veiligheidsinvalshoek wordt aangestuurd doordat de patiëntveiligheid een steeds belangrijker speerpunt in zorgorganisaties wordt. Het aandachtsgebied van de kwaliteitsfunctionaris zal verschuiven van het kwaliteitsbeleid naar patiëntveiligheid, en werkzaamheden zijn gericht op het bevorderen van dit aspect.

2.7 Conceptueel model

Vanuit het geschetste theoretische kader is gekomen tot een conceptueel model, gebaseerd op de conclusie over de factoren die van invloed zijn op de rol en functie van de kwaliteitsfunctionaris in een zorginstelling. Het uitgangspunt wordt hierbij gevormd door het kwaliteitsbeleid van een organisatie, wat van invloed is op de wijze waarop kwaliteitsmanagement en daarmee kwaliteitsverbetering ingezet wordt. Het kwaliteitsbeleid

van een organisatie wordt beïnvloed door het landelijke kwaliteitsbeleid, waarbij een verschuiving in aandacht te zien is van processen naar uitkomsten van zorg, en verschillende soorten wetgeving op het gebied van kwaliteit. Daarnaast is het kwaliteitsbeleid onderhevig aan verwachtingen van de patiënt, werkzame professionals in de organisatie en de maatschappij.

Het gevoerde kwaliteitsbeleid in de organisatie wordt mede bepaald door extern gestelde eisen, zoals eisen van de IGZ en zorgverzekeraars. Daarnaast vindt beïnvloeding plaats door gestelde normen vanuit de beroepsgroep en brancheorganisaties, zoals de ontwikkeling van HKZ en het visiedocument en toetsingskader normen voor verantwoorde zorg. Ten slotte wordt de invulling van de functie met bijbehorende werkzaamheden aangedreven door de ontwikkelingsfase waarin de organisatie zich bevindt en hieraan verbonden de generatie in kwaliteitsdenken. Al deze ontwikkelingen en factoren hebben invloed op de rol van de kwaliteitsfunctionaris binnen de organisatie (figuur 2).



Figuur 2: conceptueel model

3 Methoden van onderzoek

Dit hoofdstuk behandelt de gehanteerde onderzoeksmethoden. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op het onderzoeksontwerp. Hierna wordt in paragraaf 3.2 de aanpak van de literatuurstudie weergegeven. In de opvolgende paragraaf wordt de wijze waarop de data is verzameld besproken. Vervolgens wordt de manier van data-analyse toegelicht. In de laatste paragraaf wordt de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek nader toegelicht.

3.1 Onderzoeksontwerp

Dit afstudeeronderzoek kan getypeerd worden al een onderzoek van beschrijvende aard. Beschrijvend onderzoek richt zich op een nauwkeurige beschrijving en categorisering van kenmerken van het onderzochte object (Baarda 1990).

Om de probleemstelling en deelvragen te beantwoorden is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de *'mixed methods'* onderzoeksmethode; zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens zijn verzameld en geanalyseerd. Er is gekozen voor dit type onderzoek zodat het vraagstuk vanuit verschillende invalshoeken onderzocht kan worden. Hierdoor is het mogelijk een volledig beeld en een beter begrip te verkrijgen van de ontwikkeling van het beroep kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector (Creswell 2003).

3.2 Literatuurstudie

Voorafgaande aan de dataverzameling heeft een literatuuronderzoek plaatsgevonden om te komen tot het theoretisch kader en conceptueel model. Het beginpunt voor de literatuurstudie is volgens Creswell (2003) de probleemstelling waarin verschillende trefwoorden zijn geïdentificeerd. De probleemstelling van dit onderzoek is uitgesplitst in verschillende zoektermen waaronder "kwaliteitsfunctionaris", "kwaliteit", "kwaliteitsverbetering", "kwaliteitssysteem", "certificatie" en "V&V sector". Bronnen zijn relevant wanneer aan een van de zoektermen wordt voldaan. Daarnaast kan een combinatie van zoektermen leiden tot relevante bronnen.

Vervolgens is in databanken zoals PubMed en PiCarta, bibliotheekcatalogi van de Erasmus Universiteit en wetenschappelijke tijdschriften zoals 'The Journal of the American Medical Association' (JAMA) en 'British Medical Journal (BMJ)' gezocht op deze zoektermen. Daarnaast is informatie verkregen van de website van de IGZ, brancheorganisatie Actiz, stichting HKZ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Voor literatuur over de kwaliteitsfunctionaris is tevens gezocht in het tijdschrift 'Kwaliteit in Beeld' en 'Zorgvisie', evenals de websites van de NVKZ en het CBO. Ten slotte is gebruik gemaakt van 'de sneeuwbalmethode' waarbij de referenties van relevante literatuur gebruikt zijn voor de verdere literatuurstudie.

3.3 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode. Er is sprake van een *'concurrent nested strategy'* waarbij het kwalitatieve onderzoeksgedeelte dominant is en het kwantitatieve onderzoeksgedeelte wordt gebruikt ter ondersteuning en verheldering van de onderzoeksresultaten (Creswell 2003).

3.3.1 Exploratief interview

In de eerste fase van de dataverzameling is met twee experts op het gebied van kwaliteit een exploratief interview gehouden om een beter beeld te vormen van de functie van de kwaliteitsfunctionaris. Met behulp hiervan is meer inzicht verworven in de verwachtingen over de inhoud van dit beroep in de toekomst en in de huidige situatie rondom kwaliteit van zorg in de V&V sector. Deze inzichten zijn verwerkt in het theoretisch kader en in het conceptueel model.

Het eerste exploratieve interview is gehouden met een kwaliteitsfunctionaris uit de V&V sector en tevens lid van de Commissie Professionalisering Kwaliteitsfunctionarissen. Het tweede exploratieve interview is gehouden met een expert op het gebied van de functie van kwaliteitsfunctionaris. Omdat het hierbij om een beperkt aantal respondenten gaat is gekozen voor een diepte interview op de werkplek van de respondent, waarbij in korte tijd een meer volledig beeld is gevormd over de uitgangspunten van dit onderzoek (Emans 2002).

3.3.2 Enquêtes

De literatuurstudie en de twee exploratieve interviews hebben als uitgangspunt gediend voor de inhoud van een kwantitatieve enquête. Het doel van deze enquête is inzicht te verkrijgen in de ervaringen en kennis van de respondenten. Hierbij is gekozen voor een sociale survey om de informatie zo accuraat mogelijk te verzamelen (Bowling 2002). Het betreft een *'cross-sectionele'* survey waarbij slechts een meetmoment plaatsvindt. Er is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst ter afbakening van het onderwerp met overwegend gesloten vragen.

De enquête is per mail uitgezet bij het gehele ledenbestand van de NVKZ omdat het niet mogelijk was de enquête enkel aan de functionarissen in de V&V sector te verzenden. Het gehanteerde inclusiecriteria is dat de respondent als kwaliteitsfunctionaris werkzaam is binnen een zorginstelling in de V&V sector. De kracht van de gekozen populatie, het ledenbestand van de NVKZ, ligt in de rijkheid aan informatie die deze te bieden hebben met betrekking tot dit onderzoek (Billiet 2001). Het uiteindelijke aantal respondenten die de enquête zullen invullen, is een steekproef uit deze populatie. De enquête is verzonden met een aankondigingsbrief om enerzijds de legitimiteit van het onderzoek te benadrukken en

anderzijds om meer informatie te verschaffen (ibid.). Daarnaast is expliciet weergegeven dat de enquête enkel voor de kwaliteitsfunctionarissen in de V&V sector bestemd is.

Na uitzet van de enquête is tweemaal een herinnering verzonden vanwege een lage respons. Het betrof een vermelding in de nieuwsbrief van de NVKZ, en een digitale herinnering met de enquête toegevoegd. Daarnaast is aan de respondenten gevraagd de enquête door te zenden naar leden uit hun netwerk.

3.3.3 Interviews

Het laatste onderdeel van de dataverzameling bestaat uit het afnemen van kwalitatieve interviews om de ideeën, opvattingen en meningen van de geïnterviewden te achterhalen en deze in perspectief van het onderzoek te plaatsen. Er zijn zeven interviews gehouden met leden van de NVKZ en tevens kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector. Daarnaast zijn vier interviews gehouden met leden van de Raad van Bestuur van verschillende zorginstellingen om meer inzicht te verkrijgen in de visie op de functie en rol van de kwaliteitsfunctionaris binnen de betreffende organisaties. Op basis van kenmerken van de kwaliteitsfunctionaris en kenmerken van de organisatie zijn respondenten geselecteerd en vervolgens benaderd voor deelname. Kenmerken van de geselecteerde respondenten waren het aantal jaren genoten werkervaring, mate van certificatie van de organisatie waarbinnen gewerkt wordt en in sommige gevallen de genoten opleiding.

Volgens Creswell (2003) kan kwalitatief onderzoek het beste plaatsvinden in de natuurlijke situatie. De interviews zijn voornamelijk afgenomen op de werkplek van de respondenten. Bij uitzondering zijn twee interviews, wegens tijdsgebrek bij de respondent, telefonisch afgenomen. De interviews zijn semi-gestructureerd gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (Baarda, de Goede en Theunissen, 2005). Deze topiclijst is tot stand gekomen naar aanleiding van de literatuurstudie en de twee exploratieve interviews.

3.4 Data analyse

Omdat in dit onderzoek een kwalitatief en een kwantitatief onderzoeksgedeelte wordt gehanteerd zijn verschillende wijzen van gegevensanalyse vereist.

De kwantitatieve data verkregen uit de enquêtes is geanalyseerd door het gebruik van het data-analyseprogramma SPSS, waarbij voor de data-analyse een frequentieverdeling is gebruikt. De frequenties en percentages voortkomend uit de analyse worden met gebruik van grafische methoden zoals een staafdiagram of taartdiagram worden weergegeven (Baarda 1990). Er is hierdoor sprake van een descriptieve analyse.

De kwalitatieve data voortkomend uit de interviews zijn voornamelijk opgenomen op band. Bij uitzondering werden tijdens de telefonische interviews de reacties direct uitgebreid genoteerd. Vervolgens werden zowel de bandopnamen als de notities uitgewerkt tot een

transcript. Deze transcripten zijn in het geheel kwalitatief geanalyseerd, waarbij aan de hand van de gebruikte topiclist verschillende onderwerpen te onderscheiden waren. Deze onderwerpen zijn in een breed opengelaten marge van het papier gecodeerd. De gebruikte thema's die zijn gecodeerd waren onder andere "procesgericht", "uitkomstgericht", "ontwikkeling beroep" en "verwachtingen voor toekomst". Daarna is per thema ('topic') een samenvatting gemaakt van maximaal een A4. Deze samenvattingen dienen als belangrijkste basis voor de eindbeschouwing, waarbij antwoord gegeven wordt op de deelvragen. Dit zal dienen als basis voor de beantwoording van de probleemstelling (Maso 1998).

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek zijn op verschillende wijzen gewaarborgd. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen waardoor er sprake is van triangulatie wat ten goede komt aan de validiteit. Door het gebruik van verschillende methoden neemt de kans op vertekening van data af (Bowling 2002). Ook is er gebruik gemaakt van een '*member check*' betreffende de literatuurstudie op basis waarvan de enquêtes zijn opgesteld. Hiernaast is het onderzoek in verschillende fasen beoordeeld door docenten van de Erasmus universiteit en de ambtelijk secretaris van de NVKZ waardoor er sprake is van '*peer debriefing*'. Door het regelmatige overleg met betrokken deskundige begeleiders wordt zowel de validiteit als de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Segers 1999). Ten slotte is door het werken met meerdere respondenten van verschillende zorginstellingen een afzonderlijke vergelijking van cases mogelijk waardoor meer zicht is op de plausibiliteit van de afzonderlijke cases (ibid).

Om de validiteit te vergroten van de kwalitatieve interviews is gebruik gemaakt van een topiclist die is opgesteld op basis van de kwantitatieve enquêtes en de literatuurstudie. De validiteit is tevens vergroot door gebruik te maken van samenvattingen tijdens het interview, om hiermee te controleren of de interpretatie juist was. De interviews, met uitzondering van de twee telefonische interviews, zijn op band opgenomen waarna deze tot transcript zijn uitgewerkt. Hierdoor kan over letterlijke citaten beschikt worden wat de betrouwbaarheid vergroot en verhelderend kan werken bij de resultatenweergave. Daarnaast is de betrouwbaarheid en validiteit verhoogd door de uitgewerkte transcripten aan de respondenten voor te leggen om na te gaan of de interpretatie de juist is geweest. Er is hierbij sprake van '*member validation*' (Baarda 1990).

In het kader van privacy is met de verzamelde data uiterst betrouwbaar omgegaan. Alleen de onderzoeker heeft toegang gehad tot de data en door de wijze van verslaglegging is niet mogelijk gegevens te herleiden tot derden.

4 Resultaten en analyse

Dit hoofdstuk behandelt de resultaten die voortgekomen zijn uit dit onderzoek. Het hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van het kwalitatieve onderzoek, waarbij ondersteuning wordt geboden door de waargenomen trends uit het kwantitatieve onderzoeksgedeelte. In het kwantitatieve onderzoeksgedeelte zijn in totaal 36 enquêtes verzameld. De uiteindelijke kwantitatieve analyse is gebaseerd op 24 enquêtes. Twaalf van de 36 verzamelde enquêtes waren onbruikbaar doordat de kwaliteitsfunctionaris in een andere dan voorziene sector werkzaam was.

De resultaten worden weergegeven volgens de indeling die af is te leiden vanuit de gecodeerde kwalitatieve data. Vanuit deze topics zijn vijf hoofdthema's te onderscheiden van waaruit per paragraaf de resultaten en bijbehorende analyse worden weergegeven. Hierbij vindt een uitsplitsing plaats tussen de verkregen informatie van de kwaliteitsfunctionarissen en directie. In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op kenmerken van de deelnemende organisaties. Opvolgend wordt in paragraaf 4.2 de kwaliteitsfunctionaris en de positie in de organisatie besproken. De aandachtsgebieden en werkzaamheden van de functionaris worden in paragraaf 4.3 weergegeven, waarna in paragraaf 4.4 de verandering in de functie van de kwaliteitsfunctionaris wordt toegelicht. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met paragraaf 4.5 waarin de verwachtingen over het beroep in de toekomst wordt weergegeven.

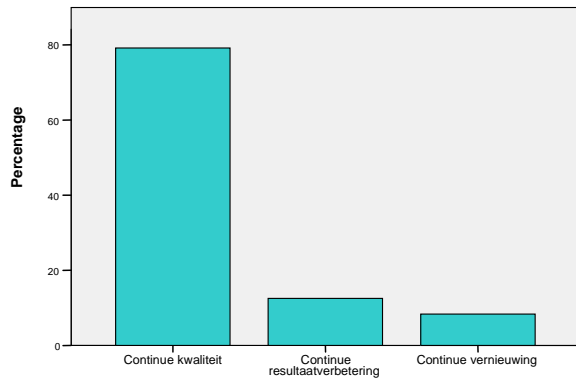
4.1 Kenmerken deelnemende organisaties

De verkregen data zijn afkomstig van twintig verschillende organisaties. De zorginstellingen bieden hoofdzakelijk verzorgings- en verpleeghuiszorg; in tien organisaties wordt het zorgaanbod aangevuld met thuiszorg. De grootte van de deelnemende organisaties verschilt van één locatie waarbij zorg wordt geleverd aan 45 cliënten, tot zeventien locaties met zorglevering aan 8000 cliënten.

De onderzochte organisaties maken allen gebruik van een kwaliteitsmodel, in driekwart van de cases het HKZ, waardoor 54% van de organisaties reeds een certificaat heeft behaald. Van de organisaties die nog niet in het bezit zijn van een certificaat verwacht 91% dit binnen een jaar te behalen. Er wordt in mindere mate gewerkt met het INK sturingsmodel, 21% van de organisaties maakt hier gebruik van.

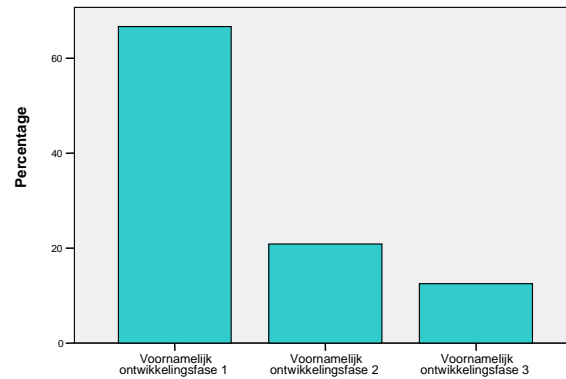
Het grootste deel van de organisaties (80%) werkt aan kwaliteit door middel van 'continue kwaliteit', waarbij het proces centraal staat (grafiek 1). Dit komt overeen met de ontwikkelingsfase waarin de meeste organisaties zich volgens dit onderzoek bevinden. Ruim 66% bevindt zich in fase 1 waarbij het proces centraal staat (grafiek 2). Van de organisaties die met het INK sturingsmodel werken bevindt 80% zich in de activiteit- of proces georiënteerde fase.

Organisatie werkt aan kwaliteitsbeleid door middel van:



Grafiek 1

Activiteiten ontwikkelingsfase organisatie

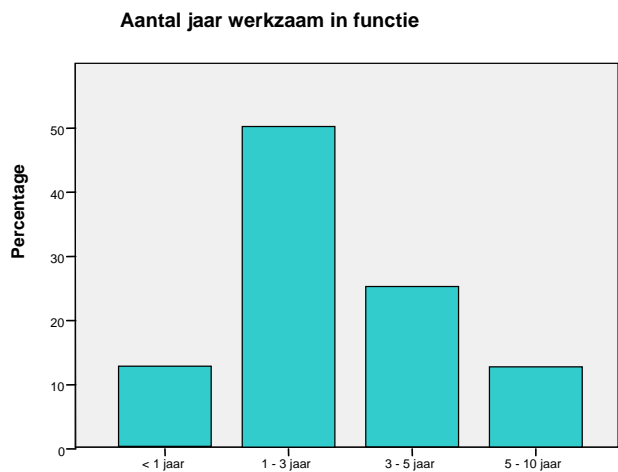


Grafiek 2

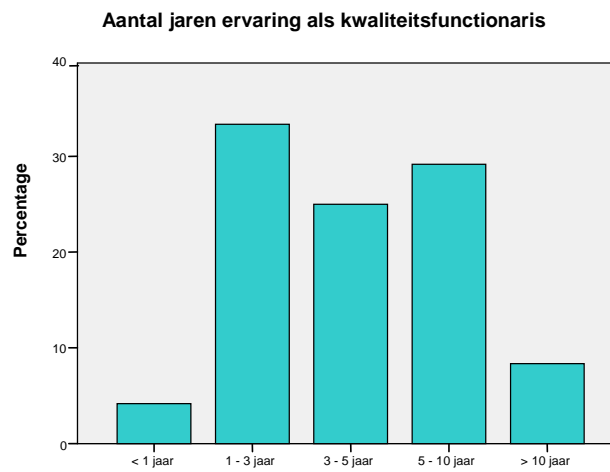
4.2 De Kwaliteitsfunctionaris

Aan dit onderzoek hebben 25 kwaliteitsfunctionarissen deelgenomen. Bijna 30% van de respondenten noemt zichzelf beleidsmedewerker- of functionaris, 30% heeft de functiebenaming stafmedewerker- of functionaris kwaliteit en slechts 8% voert de naam kwaliteitsfunctionaris. De gevolgd relevante opleiding betreft voor 75% van de respondenten een universitaire opleiding, bijna de helft hiervan heeft de studie Gezondheidswetenschappen of Verplegingswetenschappen gestudeerd. Een enkele respondent heeft hierop volgend de Opleiding tot Kwaliteitsfunctionaris gevolgd. Opvallend is dat een op de drie functionarissen een opleiding heeft gevolgd die niet direct gerelateerd is aan kwaliteit, zoals Nederlands recht of bedrijfseconomie. In het aantal werkzame jaren in de functie van kwaliteitsfunctionaris is een trend te zien; het grootste deel van de respondenten, 87,5%, is minder dan drie jaar werkzaam in de huidige functie (grafiek 3). Het aantal jaren werkervaring in de functie van kwaliteitsfunctionaris ligt hoger, toch heeft 62,5% van de respondenten niet meer dan vijf jaar ervaring als kwaliteitsfunctionaris (grafiek 4).

De positie van de kwaliteitsfunctionaris is unaniem een staffunctie. Er is wel verschil in de direct leidinggevende: de helft van de functionarissen heeft de Raad van Bestuur als leidinggevende, een kwart valt onder de leiding van het lijnmanagement. De overige functionarissen worden aangestuurd door het hoofd stabureau of hoofd personeel en organisatie. De wijze waarop binnen de functie van de kwaliteitsfunctionaris de werkzaamheden wordt bepaald is voor bijna 60% in onderlinge interactie met de direct leidinggevende. Slechts 8% van de functionarissen werkt (met name) in opdracht van de leidinggevende, en de overige 32% werkt (met name) zelfstandig. Het aantal kwaliteitsfunctionarissen varieert in de onderzochte zorginstellingen van 1 tot 3 personen.



Grafiek 3



Grafiek 4

Het kwaliteitsbeleid in de organisatie wordt door externe factoren beïnvloed. Het gaat voornamelijk om de eisen vanuit de zorgverzekeraars en de verplichtingen voortkomend uit de KWZ. De eisen van de zorgverzekeraar wordt door de respondenten als enige factor met 'erg veel' invloed beoordeeld. De kwaliteitswetgeving volgt met 'veel' invloed. De factoren maatschappelijke ontwikkelingen, koepelorganisaties, beroepsgroepen en media worden beoordeeld met een 'normale' mate van invloed op het kwaliteitsbeleid (tabel 1).

		Percentage respondenten:				
Beïnvloedende factoren kwaliteitsbeleid:	Mate van invloed →	'Niet'	'Erg weinig'	'Normaal'	'Veel'	'Erg veel'
Eisen zorgverzekeraar		-	12,5	16,7	25,0	45,8
Kwaliteitswetgeving		-	4,2	25,0	45,8	25,0
Maatschappelijke ontwikkelingen		-	8,3	41,7	29,2	20,8
Koepelorganisaties		-	8,3	45,8	41,7	4,2
Beroepsgroepen		-	37,5	54,2	8,3	-
Aandacht media		8,3	12,5	66,7	12,5	-

Tabel 1: mate van invloed factoren op kwaliteitsbeleid

4.2.1 Directie

De directieleden geven allen aan dat de kwaliteitsfunctionaris een 'zeer belangrijke' functionaris is. Het in dienst hebben van een kwaliteitsfunctionaris is 'van groot belang' om te voldoen aan de extern gestelde eisen en het inzetten van bijbehorende interne veranderingen. Het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris in de organisatie wordt volgens de directie bewust gedaan om kwaliteit op een goede wijze in de organisatie in te zetten, de cliënten beter te kunnen bedienen en de concurrentie met andere organisaties aan te gaan.

De kwaliteitsfunctionaris neemt volgens de leden van de directie een 'steeds belangrijkere positie' binnen de organisatie in, waarbij de functionaris wordt gezien als een 'belangrijke schakel' bij het te voeren kwaliteitsbeleid. Volgens de directie is het gewenst dat

er een functionaris specifiek op het gebied van kwaliteit in de organisatie aanwezig is. De eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt bij de directie en het lijnmanagement, maar de kwaliteitsfunctionaris zorgt er (mede) voor dat het kwaliteitsaspect de aandacht behoudt en dat hier in de gehele organisatie aan wordt gewerkt.

'De kwaliteitsfunctionaris is iemand die specifiek kwaliteit 'op het bord heeft liggen', terwijl de lijnfunctionaris af en toe geneigd is in de drukte van de dag (of de drukte van de week, maand, jaar) op te gaan. De kwaliteitsfunctionaris houdt wel wakker, dat er ook aan andere aspecten gewerkt moet worden'.

De directieleden geven aan dat alleen het in dienst hebben van een kwaliteitsfunctionaris niet voldoende is, er moet ook daadwerkelijk een integratie van de functie zijn in de organisatie. De positie van de functionaris, evenals de verbinding van de functie met andere disciplines en medewerkers is dan ook essentieel. De functie van kwaliteitsfunctionaris heeft meerwaarde wanneer er sprake is van een positie in de organisatie, waarbij direct contact is met (onder andere) de directie, lijnfunctionarissen, beleidsmedewerkers en medewerkers in de directe zorgverlening. Wanneer de kwaliteitsfunctionaris alleen in de organisatie opereert blijft de meerwaarde van de functie volgens de directie uit.

'Als zij zich dus weet te integreren in de organisatie wel, als dat niet zo is dan komt die meerwaarde er helemaal niet in mijn ogen. (...) Dan vind ik dat het als een soort 'outside agency' wordt behandeld, dat is natuurlijk de dood in de pot, want kwaliteit is van ons allemaal'.

Het kwaliteitsaspect neemt volgens de directie een steeds belangrijkere positie in de organisatie in. Naast externe eisen en maatschappelijke verwachtingen zijn er beperkingen aan het te voeren beleid door regelgeving op het gebied van productie en prijzen/ tarieven. Kwaliteit blijkt een van de aspecten te zijn waarmee een organisatie zich kan onderscheiden van andere zorgaanbieders. De kwaliteitsfunctionaris wordt dan ook ingezet om op een professionele manier vorm te geven aan het kwaliteitsaspect in de organisatie.

'Uiteindelijk is kwaliteit qua onderneming die wij zijn, eigenlijk een van de weinige dingen waarmee wij echt ondernemerschap kunnen uitoefenen. (...) Als we ergens willen winnen, dan doen we dat op kwaliteit'.

'De externe omgeving heeft zorgorganisaties afgedwongen dat op het gebied van kwaliteitszorg er meer professionaliteit is gekomen'.

4.2.2 Analyse

De kwaliteitsfunctionaris is een hoog opgeleide medewerker, en wordt gezien als een belangrijke functionaris in de organisatie. Doordat het kwaliteitsaspect een steeds nadrukkelijke plaats krijgt in de bedrijfsvoering is het noodzakelijk dat er een functionaris aanwezig is met specifiek met het aandachtsgebied kwaliteit, waardoor op professionele wijze aan dit aspect wordt gewerkt. De functionaris bezit uitsluitend een stafpositie, en heeft

een samenwerkingsverband met de Raad van Bestuur. Er is sprake van een geïntegreerde positie in de organisatie, waarbij contact wordt onderhouden met het lijnmanagement, andere staffunctionarissen en medewerkers. De kwaliteitsfunctionaris wordt gezien als een belangrijke schakel bij het voldoen aan extern gestelde eisen en het te voeren kwaliteitsbeleid.

Dit beleid wordt beïnvloed door externe factoren. De eisen van zorgverzekeraars en verplichtingen voortkomend uit de KWZ hebben grote invloed. Andere factoren, zoals geschets in het conceptueel model, hebben een normale mate van invloed. Daarnaast is ook de ontwikkelingsfase en generatie in kwaliteitsdenken van invloed op het kwaliteitsbeleid. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste organisaties zich in de 1^e ontwikkelingsfase bevinden waarin de processen centraal staan. Hier is de 1^e generatie in kwaliteitsdenken aan te koppelen, waarin de beheersing van processen wordt nagestreefd. De helft van de onderzochte organisaties beschikt nog niet over een gecertificeerd kwaliteitssysteem, waardoor de kwaliteitsfunctionaris zich met name richt op het verbeteren van bestaande processen om te voldoen aan de gestelde normen.

4.3 Aandachtsgebieden en werkzaamheden

De kwaliteitsfunctionaris heeft binnen de organisatie een breed takenpakket met verschillende aandachtsgebieden en bijbehorende werkzaamheden ten aanzien van kwaliteit. Doordat het kwaliteitsaspect dwars door de organisatie heen loopt en alle facetten van bedrijfsvoering raakt is de functie van de kwaliteitsfunctionaris niet helder af te bakenen.

'Het is voor mij heel breed, kwaliteit is voor mij niet een helder en afgekaderd deel. Alles loopt in elkaar over'.

In elke organisatie bestaat dan ook een andere invulling van de functie, toch zijn er grote gelijkenissen te herkennen. Er zijn vier hoofdaandachtsgebieden in de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris te onderscheiden; beleidsmatige taken, procesgerichte taken, uitkomstgerichte taken en taken bij kwaliteitsgerelateerde projecten. In de volgende subparagrafen wordt de rol van de kwaliteitsfunctionaris ten aanzien van de procesgerichte en uitkomstgerichte taken nader toegelicht. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt in beleidsmatige taken, 'denken en sturen', en uitvoerende taken, 'denken en doen'. De specifieke werkzaamheden op elk gebied zijn weergegeven in bijlage 7.

4.3.1 Procesgerichte taken

In de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris bij het aandachtsgebied processen neemt de certificering van de organisatie een belangrijke plaats in. In de organisaties waar nog geen certificaat behaald is heeft dit zeer grote prioriteit, waardoor het grootste gedeelte van de werktijd van de functionaris ingezet wordt op dit aandachtsgebied. Hierdoor blijft er

minder tijd beschikbaar voor andere werkzaamheden wat door een aantal functionarissen wordt gezien als 'een (tijdelijke) verschraving van het vak'.

'HKZ is de trigger en is leidend. Wat daarmee moet gebeuren gebeurt in een organisatie'.

De werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris ten aanzien van certificering betreft zowel beleidsmatige taken als uitvoerende taken. Bij beleidsmatige taken wordt het uitgangspunt van het certificeringstraject bepaald door een beleidsnotitie waarin de extern opgelegde normen worden vertaald naar de wijze van inzet in de organisatie, en de uitwerking van een plan van aanpak. De uitvoerende taken richten zich op het daadwerkelijk opzetten van het kwaliteitssysteem in de organisatie. De functionaris ondersteunt werkgroepen bij het in kaart brengen van processen en het opstellen van verbeterplannen, procesbeschrijvingen, protocollen en richtlijnen. Uitvoerende taken hebben ook betrekking op het opzetten en begeleiden van interne en externe audits. Het blijkt dat de uitvoerende taken een groot deel van de werktijd in beslag nemen. Volgens de respondenten moet ervoor gewaakt worden dat de functionaris niet te veel taken overneemt die ook door de medewerkers kunnen worden uitgevoerd.

'Ze zouden het wel het fijnste vinden als jij dat als kwaliteitsfunctionaris ook doet, terwijl ik denk dat dat ook hun verantwoordelijkheid is'.

De rol van de kwaliteitsfunctionaris ten aanzien van processen is coördinerend. De functionaris behoudt het overzicht in het certificeringstraject en blijkt 'de spil' te zijn rondom de informatievoorziening in de organisatie, zowel naar medewerkers als naar de directie en het management. Daarnaast heeft de functionaris een belangrijke rol in het motiveren en enthousiasmeren van de medewerkers voor wie de certificering vaak een taak is die aan het normale takenpakket wordt toegevoegd. Het kwaliteitsaspect blijkt onvoldoende te leven onder de medewerkers en wordt, volgens de respondenten, door hen gezien als een extra belasting. De functionaris moet dan ook beschikken over uitstekende communicatieve en overtuigende vaardigheden om ervoor te zorgen dat medewerkers de aandacht voor kwaliteit behouden en werken volgens de gestelde planning.

'Je moet praten als brugman om mensen te enthousiasmeren en overtuigen'.

'Voor de rest hebben we iedereen in de kar gezet, en gezorgd dat zij hierin bleven zitten'.

De werkzaamheden van een kwaliteitsfunctionaris in een reeds gecertificeerde organisatie richten zich in mindere mate op uitvoerend gebied. Het kwaliteitssysteem staat, en het gaat voornamelijk om het verfijnen en actueel houden van het systeem. Daarnaast draagt de functionaris zorg voor de coördinatie rondom vervolgaudits zodat het certificaat in de toekomst opnieuw aan de organisatie wordt afgegeven. Volgens de respondenten komt

hierdoor meer tijd vrij voor andere aandachtsgebieden zoals het uitkomstgericht werken in de organisatie.

4.3.2 Uitkomstgerichte taken

Ten aanzien van het uitkomstgericht werken in de organisatie blijkt dat er nog een grote slag gemaakt moet worden. Veel onderzochte zorginstellingen richten zich voornamelijk op het kwaliteitssysteem en de zorgprocessen in de organisatie, waarbij de aandacht gericht is op het behalen van een certificaat. In de meeste organisaties is wel de eerste aanzet gemaakt tot uitkomstgericht werken door invulling te geven aan de eerste twee stappen van de Deming-cyclus, de planning en de uitvoering.

'Ik voel het wel aankomen, maar nu zit ik nog grotendeels in het procesmatige'.

'Ik merk dat het in mijn organisatie nog echt in de kinderschoenen staat, het besef is er wel, maar niet meer dan dat'.

De taken van de kwaliteitsfunctionaris ten aanzien van zorguitkomsten liggen met name op beleidsmatig vlak, het 'denken en sturen'. Volgens de respondenten ligt een belangrijke taak in de vertaling van de extern opgelegde kwaliteitsnormen naar de wijze van inzet in de organisatie. De functionaris stelt een organisatiestructuur op waardoor duidelijk wordt op welke wijze prestatie-indicatoren en tevredenheidsonderzoeken worden ingezet, hoe informatiestromen in de organisatie verlopen en waarin de verantwoordelijkheden van betrokkenen worden vastgelegd. In een aantal organisaties wordt tevens invulling gegeven aan de uitvoeringsfase van de Deming-cyclus door zorguitkomsten te meten met prestatie-indicatoren. De functionaris heeft een coördinerende rol ten aanzien van de informatiestromen in de organisatie, en verzamelt de meetresultaten. Deze resultaten worden in een enkel geval teruggekoppeld naar de teamleiders, maar worden nog niet gekoppeld aan een norm.

'Dit vervolgens toetsen, normen opstellen dat moet nog gebeuren. Een nieuwe manier van werken'.

'En die slag zijn we nu aan het maken, onder andere door het nieuwe kwaliteitskader. Ik denk dat we dan weer een aantal jaren verder zijn, dat is echt een andere manier van denken'.

De respondenten zien in de toekomst een taak liggen in het interpreteren van de meetresultaten door deze te koppelen aan een norm, en deze informatie terug te koppelen naar betrokkenen. De functionaris geeft hierbij advies over de zorgaspecten die verbetering behoeven, en tijdens de verbetertrajecten die ingezet worden naar aanleiding van de zorguitkomsten biedt de kwaliteitsfunctionaris begeleiding. De uitvoering van de verbeteringen ligt echter bij de betrokken zorgteams.

'Die slag moet er nog meer inkomen, het rondmaken van de PDCA cyclus'.

De rol van de kwaliteitsfunctionaris ten aanzien van zorguitkomsten is in de eerste plaats een voorwaardenscheppende, waarin externe eisen worden vertaald naar de organisatie en de structuur wordt opgezet voor het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg. De functionaris heeft daarnaast een coördinerende rol ten aanzien van de informatiestromen in de organisatie en de uitvoering van de verschillende metingen. Ten slotte wordt in de toekomst een adviserende en begeleidende rol voor de kwaliteitsfunctionaris verwacht bij het inzetten van verbetertrajecten.

4.3.3 Barrières

In de uitvoering van de functie kwaliteitsfunctionaris worden door de respondenten barrières benoemd. In de eerste plaats zijn dit de extern gestelde eisen die van inhoud veranderen en elkaar in hoog tempo opvolgen. De ervaring is hierdoor dat er onvoldoende aandacht kan worden geschonken aan een eerste eis, bijvoorbeeld de certificering, maar tegelijkertijd ook gestart moet worden met een volgend traject zoals normen voor verantwoorde zorg.

'Ik heb constant het gevoel dat ik achter de feiten aanren, door wisselende certificaten en de normen verantwoorde zorg. (..) Je bent in je organisatie nog niet met het een half begonnen, of het volgende komt er al overheen. En dat vind ik heel lastig'.

'Op elk moment komt er wel iets binnen, en iedereen raakt de draad hierdoor kwijt'.

Daarnaast wordt aangegeven dat er sprake is van een hoge werkdruk. Door het grote aantal uit te voeren werkzaamheden bestaat de mogelijkheid dat de kwaliteitsfunctionaris tijd te kort komt. De helft van de respondenten in de kwalitatieve interviews geeft aan dat er sprake is van een 'overload' aan werkzaamheden.

'Ik werk achttien uur, en krijg het allemaal niet rondgebreed. Ik heb wel vier uur per week administratieve ondersteuning (..) Want ja, heel vaak wordt je ook nog als secretaresse gebruikt'.

'In deze zou ik meer dan fulltime kunnen werken en ik denk dat ik dan nog zeg dat ik niet helemaal red met mijn tijd'.

4.3.4 Directie

Volgens de directieleden heeft de kwaliteitsfunctionaris een belangrijke rol ten aanzien van beleidsmatige taken. Verwacht wordt dat de functionaris op een hoger niveau nadenkt over het beleid, waaruit blijkt wat de bijdrage is aan de organisatie als geheel en aan het behalen van gestelde strategische doelen. De functionaris heeft hierbij mede de taak om te bepalen op welke kwaliteitsaspecten de aandacht wordt gevestigd, en vervult hierbij een stimulerende en adviserende rol naar de directie toe.

'De grote lijnen helder maken voor de organisatie, wat de focus is en hoe het kan aansluiten bij het strategisch beleid. (..) Focussen en de aandacht bepalen, dat vind ik ook een belangrijk onderdeel van haar taak'.

Ten aanzien van de uitvoerende taken heeft de kwaliteitsfunctionaris een taak in het zitting nemen aan werkgroepen en hieraan een inhoudelijke bijdrage te leveren. Het gaat om het scheppen van helderheid over de gestelde taken en ondersteuning in de uitvoering hiervan. Daarnaast is het van belang dat de functionaris de kwaliteitskant benadrukt en een integratie van kwaliteit nastreeft in de werkwijze van de medewerkers. Het gaat om een stuk bewustwording waarbij de kwaliteitsfunctionaris een motiverende en stimulerende rol aanneemt, zowel naar de medewerkers als het management. Ten slotte is de kwaliteitsfunctionaris 'de spil' in het plannen van het kwaliteitsbeleid en vervult hierbij een 'aanjagende rol'. De kwaliteitsfunctionaris zorgt ervoor dat het management en medewerkers zich houden aan de planning, en biedt hierbij ondersteuning.

'Zij is ook degene geweest die als een soort tijger achter ons aan heeft gezeten (...) Dat is heel belangrijk, anders ligt die rol misschien meer bij mij'.

Volgens de directieleden is een strikte scheiding tussen proces en uitkomst lastig te maken. De kwaliteitsfunctionaris moet met beide aspecten in de organisatie bezig zijn.

'Je moet je focus zowel op het een hebben als het ander. Je meet iets, er is een uitkomst en daar wil je wat mee doen. Wanneer je dat niet verbindt met kwaliteit is het absurd. Als je je niet realiseert dat dit ook iets kan betekenen voor hoe je processen inricht, dan ben je ook niet goed bezig'.

Ten aanzien van de proceskwaliteit heeft de kwaliteitsfunctionaris een 'cruciale rol' bij het toewerken naar de certificering van de organisatie. De functionaris vervult hierbij een signalerende en ondersteunende rol naar de directie, en zorgt ervoor dat de processen die hiervoor nodig zijn in gang gezet, bewaakt en uitgevoerd worden. De functionaris behoudt de aandacht ten aanzien van de aspecten die verbeterd moeten worden, evenals de wijze van rapportage. Het is de verantwoordelijkheid van de lijn dat verbeteracties geïmplementeerd worden. De kwaliteitsfunctionaris bewaakt en adviseert in het traject.

Wanneer het gaat om de kwaliteit van uitkomsten moet de kwaliteitsfunctionaris volgens de directie erop toezien dat de beschikbare kwaliteitsinstrumenten op de juiste wijze worden ingezet in de organisatie, en met een 'positief oog' door de medewerkers worden bekeken. De kwaliteitsfunctionaris kan instrumenten onder de aandacht brengen en een 'aanjagende rol' spelen bij implementatie. Daarnaast speelt de kwaliteitsfunctionaris wederom een 'cruciale rol' bij het meten van de cliënttevredenheid.

Een enkel bestuurlid geeft aan dat de werkdruk voor de kwaliteitsfunctionaris 'behoorlijk groot' is. Dit hangt samen met de fase waarin de certificering van de organisatie zich bevindt. Voorafgaande aan het certificeringstraject blijkt het moeilijk te zijn een goede inschatting te maken van de hoeveelheid werkzaamheden dat dit met zich meebrengt.

'Op dit moment is het zwaar voor haar denk ik (...) [HKZ] Als je kijkt wat daarbij komt kijken, dat had ik me een aantal jaren geleden niet kunnen indenken'.

4.3.5 Analyse

De kwaliteitsfunctionaris heeft in de organisatie een breed takenpakket dat niet helder af te bakenen is. Er is sprake van een hoge werkdruk door extern gestelde eisen die elkaar in hoog tempo opvolgen. Voor de kwaliteitsfunctionaris betekent dit dat er prioriteiten moeten worden gesteld in de uit te voeren werkzaamheden, en een inhoudelijke verdieping op bepaalde aspecten (door een gebrek aan tijd) niet voldoende kan worden gemaakt.

De kwaliteitsfunctionaris speelt een cruciale rol in het certificeringstraject van de organisatie. Door eisen van de zorgverzekeraars heeft de certificering hoge prioriteit waardoor het grootste deel van de werktijd op dit gebied wordt ingezet. De functionaris heeft een belangrijke taak in het motiveren en betrokken houden van medewerkers, omdat dit een aspect is wat voor hen vaak onvoldoende 'leeft'. De kwaliteitsfunctionaris vervult uitvoerende taken zoals het in kaart brengen van processen en de beschrijving hiervan. Dit is juist een taak die bij de medewerkers hoort te liggen, omdat zij de zorgprocessen goed kennen en de certificering op deze wijze voor hen meer duidelijkheid krijgt. Ten aanzien van de uitvoerende taken is er een verschil in verwachtingen vanuit de directie; zij verwachten dat de kwaliteitsfunctionaris helderheid schept in de uit te voeren taken en enkel ondersteuning biedt bij de uitvoering hiervan.

Doordat er veel tijd uitgaat naar de processen in de organisatie blijkt dat de principes van uitkomstenmanagement nog niet volledig zijn ingezet. Er moet nog hard gewerkt worden op het toetsingskader verantwoorde zorg in 2007 te implementeren. De aandacht is hier al wel op gericht waardoor de visie op het zichtbaar maken van zorguitkomsten en de voorwaarden hiervoor, zoals een passende organisatiestructuur, zijn opgesteld. In een aantal organisaties wordt met prestatie-indicatoren gemeten, maar de koppeling van deze resultaten aan een norm en terugkoppeling van resultaten naar zorgteams blijft vooralsnog achterwege. Daarnaast blijkt dat op dit moment organisaties zich sterk richten op het meten van de cliënttevredenheid, een gestelde eis vanuit de zorgverzekeraars. Er wordt hierdoor geen evenredige aandacht geschonken aan de aspecten van het uitkomstenkwadrant van Walburg.

4.4 Veranderende functie

De ondervraagde kwaliteitsfunctionarissen met meer dan vijf jaar werkervaring ($n = 5$) zien dat de functie van de kwaliteitsfunctionaris aan het veranderen is, en er een verschuiving plaatsvindt in de uit te voeren werkzaamheden. Deze trend is ook terug te zien in het kwantitatieve onderzoeksgedeelte, waarin respondenten de mate van belangrijkheid in werkzaamheden beoordeelden met een score ($n=9$).

In het verleden richtte de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris zich meer op de beschouwende kant van kwaliteit. Het schrijven van visiedocumenten over bepaalde onderwerpen en ontwikkelingen, en de wijze waarop de organisatie hierop in moest spelen.

Vaak betrof het de aanzet tot kwaliteitsdenken en de visie op de wijze waarop de organisatie hierop inzet. Dit kreeg vorm in het formuleren van kwaliteitsbeleid en het schrijven van een plan van aanpak over de inzet hiervan in de organisatie. Daarnaast is vijf jaar geleden in veel organisaties de aanzet gemaakt tot het opzetten van een kwaliteitssysteem (tabel 2)

Werkzaamheden	Score in mate van belangrijkheid (Schaal 1 – 6)
Opzetten van een kwaliteitssysteem	6,0
Formuleren van kwaliteitsbeleid	5,8
Opstellen van plan van aanpak	5,0
Coördinatie rondom kwaliteitsprojecten	5,3

Tabel 2: mate van belangrijkheid werkzaamheden vijf jaar geleden

Op dit moment ligt voor veel functionarissen de nadruk op de certificering van de organisatie wanneer dit traject nog niet voltooid is. Volgens de kwaliteitsfunctionarissen gaat dit ten koste van andere werkzaamheden.

'Nu staat de HKZ voorop. Daar heb je je handen aan vol. Ik zou heel leuke projecten kunnen bedenken, maar daar heb ik geen tijd voor.'

Volgens de respondenten komen de werkzaamheden van de functionaris hierdoor meer op het pragmatische vlak te liggen waarbij praktische zaken ruimte krijgen en een meer instrumentele benadering nodig is. Concepten worden vanuit externen aangereikt, wat door de kwaliteitsfunctionaris vertaald moet worden naar de organisatie. Daarna is er ondersteuning nodig bij de implementatie van het concept. Er vindt hierdoor een kentering plaats waarbij de kwaliteitsfunctionaris steeds dichterbij de werkvloer trekt om de vertaalslag van het beleid te maken, en de medewerkers te ondersteunen in de uitvoering.

'Je wordt als organisatie bestookt met informatie en nieuwe normen etc., maar hoe vertaal je dit nu, en hoe vertaal je dit naar de werkvloer?'

Het enthousiasmeren en betrokken krijgen van medewerkers is nu meer aan de orde dan vijf jaar geleden. Daarnaast is te zien dat in organisaties de aanzet wordt gemaakt tot externe verantwoording door het meten van de cliëntwaardering. Beide elementen zijn terug te zien in de score mate van belangrijkheid van werkzaamheden op dit moment (tabel 3).

Werkzaamheden	Score in mate van belangrijkheid (Schaal 1 – 6)
Geven van voorlichting	6,0
Maken meetinstrumenten voor klantbeoordeling	5,0
Terugkoppelen resultaten klantbeoordeling team	5,0
Opzetten kwaliteitssysteem	4,8

Tabel 3: mate van belangrijkheid werkzaamheden op dit moment

De kwaliteitsfunctionarissen die werkzaam zijn in een zorginstelling waarbij het certificaat reeds is behaald geven aan dat de aandacht in werkzaamheden verschuift naar

het koppelen van het kwaliteitsbeleid aan strategisch beleid, en het vorm geven aan externe verantwoording door het meten van uitkomsten van zorg met indicatoren.

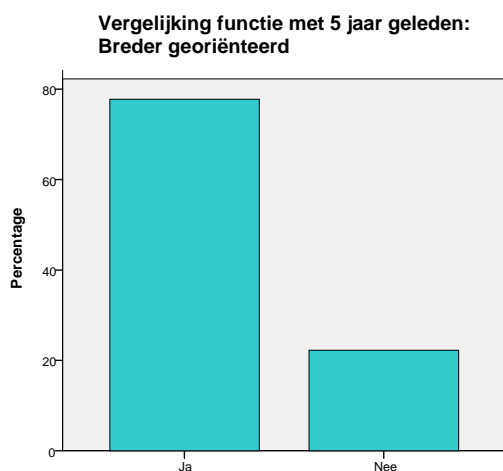
De functie van de kwaliteitsfunctionaris beslaat in vergelijking met vijf jaar geleden een groter gebied. Volgens de ondervraagde functionarissen zijn er meer werkzaamheden aan het takenpakket van de functionaris toegevoegd. Dit beeld wordt ondersteund door de kwantitatieve onderzoeksresultaten, waarbij 84% van de kwaliteitsfunctionarissen aangeeft dat de functie op dit moment breder georiënteerd is (grafiek 5). Een enkele functionaris maakt hierbij wel de kanttekening dat het takenpakket zich lijkt te versmallen doordat de certificering van de organisatie een zeer groot gedeelte, tot 80%, van de tijd in beslag neemt.

'Organisaties zullen steeds minder op het financiële gedeelte afgerekend worden, en veel meer op het kwalitatieve gedeelte. En daarom zie je ook je eigen functie enorm groeien'.

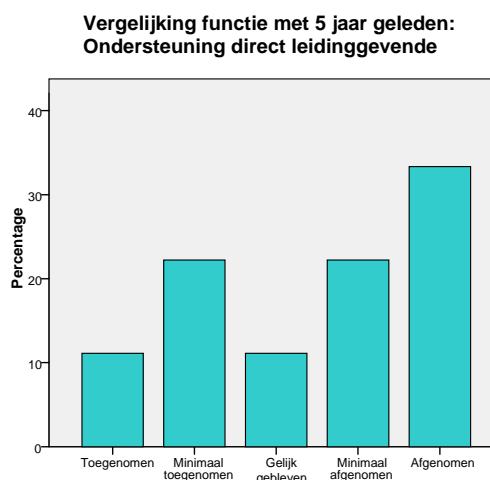
'De scope is breder'.

De respondenten geven aan dat de beschikbare middelen voor het kwaliteitsbeleid zijn toegenomen, al is dit niet in elke organisatie het geval door bezuinigingen of wanneer het een kleinere organisatie betreft. Het betreft voor de kwaliteitsfunctionaris een (tijdelijke) uitbreiding in uren, administratieve ondersteuning en in sommige gevallen de inzet van een externe adviseur. Uit het kwantitatieve onderzoeksgedeelte blijkt dat 44% van de respondenten aangeeft dat de beschikbare middelen zijn toegenomen, 44% geeft aan dat dit gelijk is gebleven en de overige respondenten geven aan dat dit minimaal is afgenomen.

Ten aanzien van de ondersteuning vanuit de direct leidinggevende geven de respondenten aan dat dit gelijk is gebleven, maar dat er wel een nauwer samenwerkingsverband is ontstaan. Vanuit het kwantitatieve onderzoeksgedeelte blijkt dat 33% van de respondenten de ondersteuning vindt toegenomen, 56% van de ondervraagden geeft aan dat dit juist is afgenomen (grafiek 6).



Grafiek 5



Grafiek 6

4.4.1 Directie

De directieleden zien met name een verandering in de positie en inzet van de kwaliteitsfunctionaris, waarbij wel steeds geanticipeerd moet worden op nieuwe externe ontwikkelingen. De kwaliteitsfunctionaris werd vijf jaar geleden voornamelijk ingezet op projecten. De kwaliteitsfunctionaris 'bungelde' in de organisatie, waarbij er geen duidelijke verbinding was met het strategische beleid. Dit is veranderd. Het kwaliteitsbeleidsplan heeft in de organisatie een uitgangspunt geboden voor hetgeen kwaliteit voor de organisatie betekent, zowel procesgericht als uitkomstgericht, wat een verankering betekent voor kwaliteit en de functie van de kwaliteitsfunctionaris.

'Het is veel minder los dan vroeger, ik denk dat dat het belangrijkste verschil is'.

Volgens de directieleden is de functie van de kwaliteitsfunctionaris in de afgelopen vijf jaar breder georiënteerd geraakt, waarbij de kwaliteitsfunctionaris een integraal onderdeel van de organisatie is geworden. De functie is veranderd van een geïsoleerde, minder belangrijke positie naar een element wat cruciaal is geworden voor het succes van de organisatie. Dit geeft ook de verandering weer van de inzet van medewerkers op de functie. In het verleden kon er sprake zijn van een 'opvulfunctie', waarbij een medewerker met te weinig ervaring op het gebied van kwaliteit in de functie werd geplaatst. Dit is nu ondenkbaar geworden.

Ter uitvoering van de functie blijkt dat de beschikbare middelen zijn toegenomen. Er is geen sprake van een apart kwaliteitsbudget, wel worden grote investeringen in de organisaties gedaan ten behoeve van het kwaliteitsbeleid.

'Wij hebben daar voor kwaliteit (..) net zoveel als dat nodig is. Het is een speerpunt van het beleid'.

'Daar maken we ruimte voor binnen onze begroting, (..) Dat zijn behoorlijke bedragen'.

De mate van ondersteuning vanuit de directie is volgens de respondenten gelijk gebleven. Wel wordt er meer aandacht besteedt aan het aspect kwaliteit door regelmatig overleg tussen de kwaliteitsfunctionaris en de directie.

'Vijf jaar geleden stond het nauwelijks op de agenda, nu is het een vast onderwerp en zitten we elke maand bij elkaar om de voortgang te bespreken. Het is gewoon een belangrijk onderwerp'.

4.4.2 Analyse

De positie van de kwaliteitsfunctionaris heeft zich de afgelopen jaren versterkt. Vijf jaar geleden was er sprake van een 'bungelende' kwaliteitsfunctionaris met een geïsoleerde positie in de organisatie. Doordat het kwaliteitsbeleid in de organisatie gekoppeld wordt aan het strategisch beleid is het kwaliteitsaspect, en daarmee de positie van kwaliteitsfunctionaris, in de organisatie geïntegreerd en verankerd. De functionaris is een

integraal onderdeel geworden van de organisatie en een cruciaal element voor het succes van de instelling. Hierdoor is ook de inzet van de kwaliteitsfunctionaris veranderd. Vroeger werd de functionaris ingezet op projecten, nu wordt er gericht op kwaliteit in de gehele organisatie.

Ook in de uit te voeren werkzaamheden van de functionaris is een verschuiving te zien. Vijf jaar geleden richtte de werkzaamheden zich op de beschouwende kant van kwaliteit, waarmee de aanzet werd gegeven tot kwaliteitsdenken. Het formuleren van kwaliteitsbeleid en de eerste aanzet tot het opzetten van een kwaliteitssysteem stond hierbij centraal. Nu ligt de nadruk op de certificering van de organisatie. Er vindt hierdoor een kentering plaats waarbij de kwaliteitsfunctionaris dichter naar de werkvloer toetrekt om de vertaalslag van normen te maken en medewerkers te ondersteunen in de uitvoering. Wanneer de organisatie reeds gecertificeerd is verschuift de aandacht in werkzaamheden naar het koppelen van het kwaliteitsbeleid aan het strategisch beleid, en het vorm geven aan externe verantwoording door de inzet van uitkomstenmanagement.

In de afgelopen jaren is de functie van kwaliteitsfunctionaris breder georiënteerd geraakt, en zijn er werkzaamheden aan het takenpakket toegevoegd. Echter, de ervaren ondersteuning van de leidinggevende is gelijk gebleven, en in de helft van de onderzochte organisaties is deze zelfs afgenomen. Dit is opvallend, want de directie en het lijnmanagement kunnen juist ondersteuning bieden door het belang van kwaliteit uit te dragen. Kwaliteit wordt hierdoor een taak van alle medewerkers, en niet enkel de taak van de kwaliteitsfunctionaris.

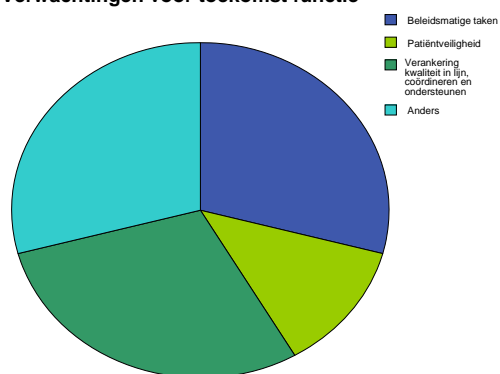
4.5 Verwachtingen voor de toekomst

Uit het kwalitatieve onderzoeksgedeelte blijkt dat de respondenten verwachten dat de kwaliteitsfunctionaris in de toekomst een belangrijke taak heeft bij het zichtbaar maken van zorguitkomsten, meer dan nu het geval is doordat er veel aandacht uitgaat naar de processen in de organisatie. Er zal in de toekomst een toenemende aandacht zijn voor het beleid waarin gericht wordt op zorguitkomsten, en ook zal er een koppeling worden gemaakt van de resultaten met de *'planning and control'* (P&C) cyclus. Daarnaast moet er in de toekomst meer toetsing plaatsvinden door het gebruik van prestatie-indicatoren, interne audits en tevredenheidsmetingen voor klanten en medewerkers zodat beter inzicht wordt verkregen in de kwaliteit van zorg. De functionaris zal in de toekomst dan ook een belangrijke rol vervullen bij het cyclisch meten, analyseren en bijsturen op basis van zorguitkomsten. Taken hierbij zijn de resultaten terugkoppelen naar teams en ondersteuning bieden bij het opstellen en implementeren van verbetertrajecten. De respondenten verwachten dat in de toekomst processen worden aangestuurd op basis van de zorguitkomsten. Het kwaliteitssysteem blijft aandacht behoeve door het systeem actueel te

houden, maar geen enkele functionaris verwacht dat dit in de toekomst een taak zal zijn die veel tijd in beslag neemt.

Uit het kwantitatieve onderzoek is een gemengd beeld te zien (grafiek 7). De verwachting van 30% van de respondenten is dat de kwaliteitsfunctionaris zich meer gaat richten op beleidsmatige taken. De kwaliteitsfunctionaris zal onderdeel worden van het sturende team van een zorginstelling, waarbij op strategisch niveau een nauw samenwerkingsverband ontstaat met de directie. 30% van de respondenten verwacht dat wanneer de kwaliteit verankerd is in de lijn de kwaliteitsfunctionaris een coördinerende en ondersteunende rol naar het management zal innemen. Dat de functie zich in de toekomst voornamelijk zal richten op patiëntveiligheid verwacht 12,5% van de respondenten. Verdere mogelijkheden betreffen een combinatie tussen deze drie verwachtingen.

Verwachtingen voor toekomst functie



Grafiek 7

De kwaliteitsfunctionarissen verwachten dat de functie in de toekomst doorgezet wordt en niet minder significant zal worden. Enerzijds wordt gedacht dat het in de toekomst mogelijk zou moeten zijn om de kwaliteit volledig in de lijn neer te leggen. Anderzijds wordt ingezien dat dit waarschijnlijk nooit zo zal zijn doordat de kans bestaat dat de focus op het kwaliteitsgebied zal vervagen. Er zal een specifieke functie nodig blijven waarin het overzicht en de coördinatie rondom kwaliteit wordt behouden, en waarbij van een afstand objectief en kritisch kan worden gekeken.

'Omdat het dan toch gaat vervagen (...) Er moet toch speciaal aandacht voor zijn. (...) Het management heeft toch advies nodig, en iemand die nadenkt en zich bezig houdt met de verdere ontwikkeling'.

4.5.1 Directie

De directieleden delen bijna unaniem de mening dat de kwaliteitsfunctionaris een belangrijke functie zal behouden, en dat de functie in de toekomst alleen maar belangrijker zal worden.

'Het zal een belangrijke rol blijven waardoor je je kunt onderscheiden van andere aanbieders'.

'Ik denk dat het een functie is die niet meer weg te denken is uit de organisatie, en uit de gehele zorgwereld'.

De verwachting van de directie is dat de kwaliteitsfunctionaris zich in de toekomst meer gaat richten op het strategische niveau waarbij de aandacht breder komt te liggen op de

organisatie als geheel. De kwaliteitsfunctionaris zal nadrukkelijk ingezet worden op het kwaliteitsaspect en de wijze waarop dit de strategie van de organisatie kan versterken.

'De kwaliteitsfunctionaris moet ook bereid zijn om zich te verbinden aan de strategie van de onderneming, en vanuit daar ook te denken over kwaliteit'.

Daarnaast zullen zorguitkomsten en tevredenheidsonderzoeken belangrijke punten van aandacht blijven in de toekomst, en verder ontwikkeld worden. De verwachting is dat informatievoorziening naar externen en stakeholders, evenals vergelijking met andere zorginstellingen door benchmarking meer aandacht gaat krijgen. De kwaliteitsfunctionaris zal hier in de toekomst een grotere rol in gaan spelen.

De functie van kwaliteitsfunctionaris zal volgens de directieleden in de toekomst voortgezet worden, omdat in een organisatie continue gemeten en verbeterd moet blijven worden. De verwachting is dan ook dat de functie van de kwaliteitsfunctionaris in de toekomst niet minder significant zal worden. Er zal iemand nodig blijven die de coördinatie voert rondom kwaliteit, ondersteuning biedt bij het opzetten en uitvoeren van het kwaliteitsbeleid en de medewerkers en lijnmanagers enthousiasmeert en begeleid. Volgens de directie zal er sprake blijven van een staffunctie, waarbij ondersteuning wordt gegeven aan de lijn.

'De lijn heeft het hier gewoon nodig dat er iemand is die daar aan trekt'.

[Geen kwaliteitsfunctionaris in de organisatie] 'Dat is niet eens een item dat ter bespreking staat'.

4.5.2 Analyse

De verwachting voor de toekomst over de functie van kwaliteitsfunctionaris is tweeledig. Aan de ene kant zal de functionaris zich meer toeleggen op het beleid in de organisatie, en de wijze waarop het kwaliteitsaspect de strategie kan versterken. Het kwaliteitsbeleid wordt gekoppeld aan het strategisch beleid en de functionaris wordt hierdoor een onderdeel van het sturende team in de organisatie. Dit scenario werd in het theoretisch kader gesteld, er blijft echter sprake van een stafpositie. Aan de andere kant zal de kwaliteitsfunctionaris zich in de toekomst meer gaan richten op het zichtbaar maken van zorguitkomsten in de organisatie door de inzet van uitkomstenmanagement. Op dit moment is hier in de sector nog onvoldoende sprake van, de verwachting is dat dit een zeer belangrijk concept wordt.

In de toekomst zijn er nog vele te vervullen taken voor de kwaliteitsfunctionaris. De verwachting is dan ook dat de functie van kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector voortgezet wordt en niet minder significant zal worden. Zoals in het theoretisch kader is gesteld heerst de gedachte dat de kwaliteitsfunctionaris overbodig kan worden nadat de kwaliteit verankerd is in de lijn. Uit dit onderzoek blijkt dat er altijd een specifieke functie nodig blijft waarin het overzicht en de coördinatie rondom het aspect kwaliteit wordt behouden.

5 Conclusies

Dit hoofdstuk behandelt de conclusies van dit onderzoek, waarbij antwoord wordt gegeven op de probleemstelling van dit onderzoek:

Wat is de rol van de kwaliteitsfunctionaris in een zorginstelling in de V&V sector bij de overgang van procesgericht denken naar resultaatgericht handelen?

Voortkomend uit de resultaten uit hoofdstuk vier worden eerst in paragraaf 5.1 de deelvragen beantwoord, waarna in paragraaf 5.2 op basis hiervan de eindconclusie wordt weergegeven.

5.1 Wat is de positie van de kwaliteitsfunctionaris in de zorginstelling?

De kwaliteitsfunctionaris heeft in de zorginstelling een staffunctie met veelal de directie als direct leidinggevende. Er is sprake van een geïntegreerde positie in de organisatie, waarbij contact wordt onderhouden met het lijnmanagement, andere staffunctionarissen en medewerkers. Het is zeer gewenst dat er een functionaris specifiek op het gebied van kwaliteit in de organisatie aanwezig is, doordat de kwaliteitsfunctionaris er mede voor zorgt dat het kwaliteitsaspect in de organisatie de aandacht behoudt en dat in de gehele organisatie wordt gewerkt aan kwaliteit. De verantwoordelijkheid voor kwaliteit ligt bij de directie en het lijnmanagement, de kwaliteitsfunctionaris ondersteunt hen bij de inzet van dit aspect in de organisatie. De functionaris vormt dan ook een belangrijke schakel bij het te voeren kwaliteitsbeleid. Het betreft een adviesfunctie over de kwaliteitsaspecten waarop de aandacht in de organisatie wordt gevestigd, en het daadwerkelijk opstellen van het beleid.

In de V&V sector neemt kwaliteit en het kwaliteitsbeleid een steeds belangrijker plaats in de zorgorganisatie in. De eis tot certificering door de zorgverzekeraar en de verplichtingen voortkomend uit de KWZ zijn hierbij van grote invloed. Doordat er veel beperkingen liggen aan het te voeren beleid door regelgeving op het gebied van productie en tarieven blijkt kwaliteit een van de weinige aspecten waarmee een organisatie zich kan onderscheiden. Daarnaast moet ingespeeld worden op nieuwe kwaliteitsontwikkelingen, waarbij voornamelijk de aandacht uitgaat naar het meetbaar en inzichtelijk maken van zorguitkomsten. Dit onderstreept het belang dat er op professionele wijze aan kwaliteit wordt gewerkt. Het in dienst hebben van een kwaliteitsfunctionaris is voor een organisatie van groot belang om te voldoen aan extern gestelde eisen en het vormgeven aan bijbehorende interne veranderingen. De positie van de kwaliteitsfunctionaris heeft zich in de afgelopen

jaren dan ook versterkt. Voorheen was er sprake van een geïsoleerde positie waarbij de kwaliteitsfunctionaris 'bunghelde' in de organisatie, nu is de functie een cruciaal element voor het succes van de organisatie geworden.

5.2 Op welke wijze draagt de kwaliteitsfunctionaris bij aan procesgericht denken in de zorginstelling, en welke rol speelt de kwaliteitsfunctionaris bij het inzichtelijk maken van de uitkomsten van zorg?

Zorgprocessen en zorguitkomsten staan sterk met elkaar in verbinding. De kwaliteitsfunctionaris werkt aan beide aspecten in de organisatie en heeft specifieke werkzaamheden op beide gebieden. Het proces krijgt voornamelijk aandacht door de certificering van de organisatie, terwijl de uitkomsten van zorg centraal staan bij de integratie van de normen voor verantwoorde zorg. De helft van de onderzochte organisaties is nog niet in het bezit van een certificaat, waardoor de aandacht voornamelijk op het aspect proces wordt gericht zodat op korte termijn aan de eis van de zorgverzekeraar wordt voldaan. Dit komt overeen met het onderzoek van Sluijs (2007) waaruit blijkt dat de meerderheid van de zorginstellingen aan de certificering van de organisatie werkt. De organisaties hebben al wel de eerste aanzet gemaakt tot het meetbaar en zichtbaar maken van zorguitkomsten. Er is een visiedocument aanwezig over de inzet van metingen, evenals een procedure over het verloop van informatiestromen. In een aantal organisaties wordt ook gemeten met prestatie-indicatoren, maar de koppeling van deze resultaten aan een norm en de terugkoppeling van resultaten naar zorgteams blijft vooralsnog achterwege. Hieruit blijkt dat de principes van uitkomstenmanagement nog niet volledig zijn ingezet, wat de bevindingen van Lemmens (2003) en Walburg (2007) bevestigt; het sturen op uitkomsten van zorg is nog onvoldoende in gebruik. De overgang van procesgericht denken naar resultaatgericht handelen is hierdoor nog niet volledig gemaakt.

Ten aanzien van de rol van de kwaliteitsfunctionaris bij processen en uitkomsten zijn er overeenkomsten te zien. De kwaliteitsfunctionaris vervult een signalerende en adviserende rol naar de directie, en heeft een 'aanjagende rol' bij de inzet van de trajecten waarbij de extern opgelegde normen vertaald worden naar de wijze van inzet in de organisatie. Er is sprake van een coördinerende functie waarin het overzicht bij beide kwaliteitsaspecten wordt behouden. Daarnaast is de kwaliteitsfunctionaris de spil in de informatievoorziening naar de directie, management en medewerkers.

Het verschil is gelegen in de werkzaamheden die de kwaliteitsfunctionaris uitvoert. Bij de certificering van de organisatie heeft de functionaris een belangrijke taak bij het motiveren en betrokken houden van medewerkers. Het certificeringstraject wordt door hen gezien als een extra belasting die aan het bestaande takenpakket wordt toegevoegd. Bij het inzichtelijk maken van zorguitkomsten is dit in veel mindere mate het geval, en is de taak van de

functionaris gericht op het verstrekken van informatie aan medewerkers. Een tweede verschil is dat de kwaliteitsfunctionaris bij het aspect proces meer uitvoerende taken (denken en doen) vervult, zoals het beschrijven van processen en het opstellen van protocollen en richtlijnen. Dit moet juist een taak van de medewerkers zijn, omdat zij de zorgprocessen goed kennen, waarbij de kwaliteitsfunctionaris ondersteuning en begeleiding kan bieden. Dit laatste wordt wél verwacht bij uitkomstenmanagement. De kwaliteitsfunctionaris biedt ondersteuning en begeleiding bij verbetertrajecten, maar de daadwerkelijke uitvoering is een taak van de medewerkers.

5.3 Welke veranderingen doen zich onder invloed van de huidige kwaliteitsontwikkelingen voor in de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris?

Vijf jaar geleden lagen de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris meer op de beschouwende kant van kwaliteit, waarbij sprake was van de aanzet tot kwaliteitsdenken en de visie hierop van de organisatie. Het opstellen van beleid en de eerste aanzet tot het opzetten van een kwaliteitssysteem stonden hierbij centraal. Op dit moment richten de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris zich met name op de certificering van de organisatie, waardoor de werkzaamheden door dit traject meer op pragmatisch vlak komen te liggen. Er vindt een kentering plaats waarbij de kwaliteitsfunctionaris steeds dichterbij de werkvloer trekt om de vertaalslag van het beleid te maken, en medewerkers te ondersteunen in de uit te voeren werkzaamheden. Voor de functionarissen die werkzaam zijn in een gecertificeerde zorginstelling richten de werkzaamheden zich op het vorm geven aan externe verantwoording door de inzet van uitkomstenmanagement, en het koppelen van kwaliteitsbeleid aan het strategisch beleid.

Onder invloed van de huidige kwaliteitsontwikkelingen verandert het type uit te voeren werkzaamheden. In de procesgerichte fase vervult de kwaliteitsfunctionaris beleidsmatige taken (denken en sturen), maar ook vele uitvoerende taken (denken en doen). In de uitkomstgerichte fase ligt de nadruk met name op beleidsmatige taken en liggen de uitvoerende taken voornamelijk bij de medewerkers. Daarnaast worden er meer werkzaamheden aan het takenpakket van de kwaliteitsfunctionaris toegevoegd. Dit is in overeenstemming met de gedachte van experts uit het theoretisch kader; de functie van de kwaliteitsfunctionaris is breder georiënteerd geraakt.

5.3.1 Wat zijn de verwachtingen hierover in de toekomst?

De verwachting voor de toekomst is dat de werkzaamheden van de kwaliteitsfunctionaris zich met name gaan richten op het kwaliteitsbeleid van de organisatie en het zichtbaar maken van zorguitkomsten. Er wordt hierdoor gedeeltelijk invulling gegeven aan het eerste scenario wat experts in het theoretisch kader hebben geschetst.

Ten aanzien van het kwaliteitsbeleid zal de aandacht breder komen te liggen op de organisatie als geheel. De functionaris zal worden ingezet om de koppeling te maken tussen het kwaliteitsbeleid en het strategisch beleid, en de wijze waarop het kwaliteitsaspect de strategie van de organisatie kan versterken. Op strategisch niveau ontstaat er een samenwerkingsverband met de directie, de positie van de kwaliteitsfunctionaris blijft een staffunctie. Ten aanzien van het zichtbaar maken van zorguitkomsten wordt verwacht dat de kwaliteitsfunctionaris in de toekomst een zeer grote rol gaat spelen. Op dit moment wordt de aanzet binnen de organisaties hiertoe gegeven, in de komende jaren zullen de principes van uitkomstenmanagement volledig worden ingezet. Er wordt verwacht dat de kwaliteitsfunctionaris een grote rol zal hebben in de coördinatie rondom het cyclisch meten, het interpreteren van resultaten en het bijsturen van zorgprocessen op basis van zorguitkomsten. Taken hierbij zijn de terugkoppeling van resultaten naar zorgteams en het bieden van ondersteuning bij het opstellen en implementeren van verbetertrajecten.

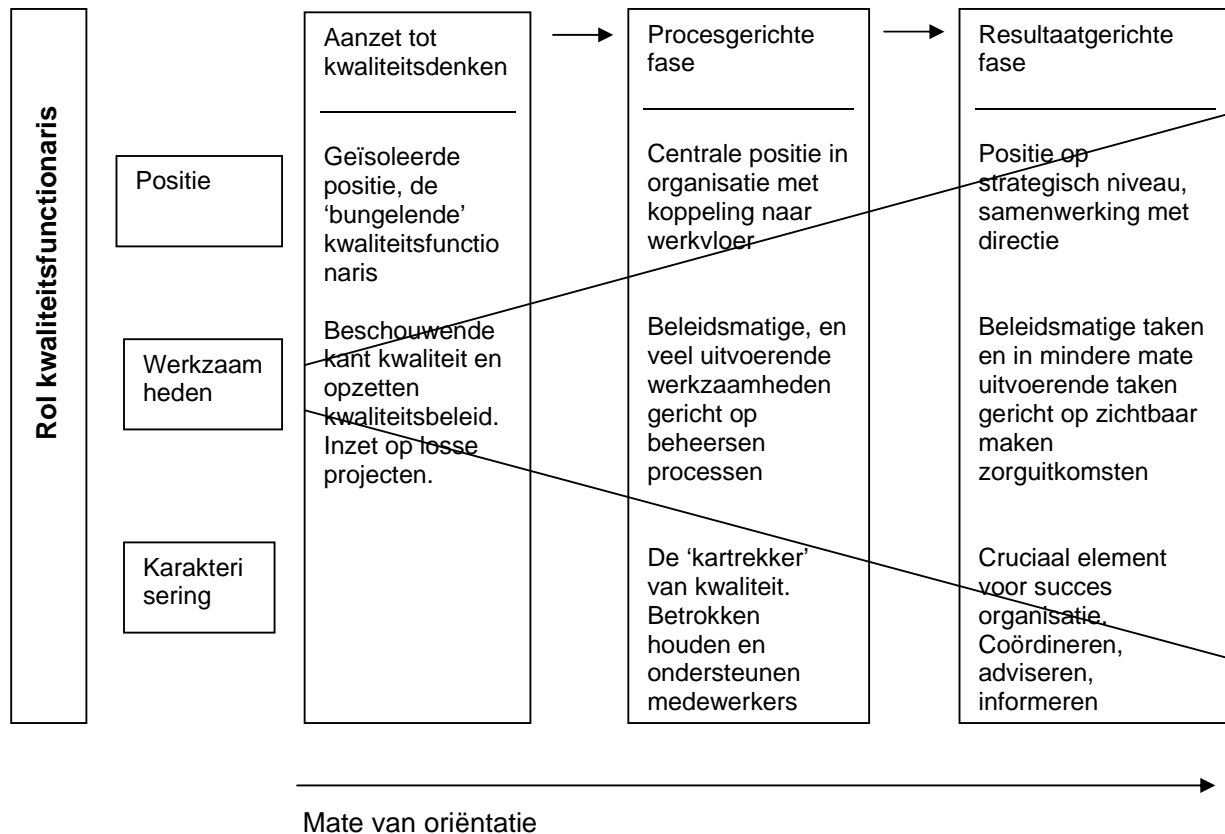
De functie van de kwaliteitsfunctionaris zal in de toekomst voortgezet worden doordat er nog vele taken voor de kwaliteitsfunctionaris liggen en er specifiek een functionaris nodig blijft om de focus van het kwaliteitsbeleid te bepalen en de coördinatie rondom verschillende kwaliteitstrajecten te behouden. Wanneer dit niet gebeurt bestaat de kans dat het kwaliteitsbeleid 'vervaagt' doordat het management en medewerkers opgaan in de eigen werkzaamheden. Er wordt dan ook verwacht dat de functie van de functionaris in de toekomst niet minder significant zal worden, en het beeld dat experts gaven over 'het overbodig worden' van de functie van de kwaliteitsfunctionaris gaat in de V&V sector niet op.

5.4 Conclusie

De overgang van procesgericht denken naar resultaatgericht handelen betekent een verandering in de rol van de kwaliteitsfunctionaris, waarbij sprake is van een verandering in positie, werkzaamheden en mate van oriëntatie (figuur 3).

Vijf jaar geleden had de kwaliteitsfunctionaris een geïsoleerde positie in de organisatie. De kwaliteitsfunctionaris 'bungelde' in de organisatie en werd ingezet op losse projecten. In de procesgerichte fase verandert deze positie naar een centrale plaats in de organisatie. Er is een duidelijke koppeling met de werkvloer waardoor medewerkers worden gemotiveerd en ondersteund. De aandacht is gericht op het kwaliteitssysteem en de beheersing van processen, en de functionaris wordt in deze fase gezien als de kartrekker van kwaliteit. De kwaliteitsfunctionaris voert beleidsmatige, maar ook vele uitvoerende taken uit. In de resultaatgerichte fase verschuift de positie van de kwaliteitsfunctionaris naar het strategisch niveau, waarbij een samenwerkingsverband ontstaat met de directie. De kwaliteitsfunctionaris vervult een coördinerende, adviserende en ondersteunende rol waarbij de coördinatie rondom metingen en het verstrekken van informatie aan medewerkers (op dit

moment) belangrijke taken zijn. De functionaris voert in deze fase met name beleidsmatige werkzaamheden uit, en in mindere mate uitvoerende taken. Ook het betrokken houden van medewerkers is minder aan de orde. Te zien is dat de mate van oriëntatie de afgelopen jaren is toegenomen. De kwaliteitsfunctionaris richtte zich tijdens de aanzet tot kwaliteitsdenken op afzonderlijke projecten, daarna op de processen in de organisatie en in de uitkomstgerichte fase op zorguitkomsten en de organisatie als geheel. De functionaris is dan ook een cruciaal element geworden voor het succes van de organisatie.



Figuur 3: rol kwaliteitsfunctionaris

De overgang naar resultaatgericht handelen in de V&V sector heeft de eerste aanzet gekregen, het is echter pas de eerste stap: er is nog een grote slag te maken voordat deze overgang daadwerkelijk volledig is ingezet. Een groot deel van de organisaties beschikt nog niet over een gecertificeerd kwaliteitssysteem, waardoor de prioriteit binnen de organisaties komt te liggen bij het certificeringstraject en het grootste gedeelte van de werktijd van de functionaris in dit aspect wordt geïnvesteerd. Er blijft hierdoor minder tijd over voor andere werkzaamheden, wat terug is te zien in de mate waarin uitkomstenmanagement in de zorginstellingen wordt ingezet. De aanzet hiertoe is in de sector reeds gemaakt doordat in de organisaties invulling is gegeven aan de planningsfase van de Deming-cyclus. In enkele

gevallen vindt ook al invulling van de uitvoeringsfase plaats door uitkomsten van zorg te meten met prestatie-indicatoren. Maar de resultaten die hieruit voortkomen worden nog niet gekoppeld aan een norm en ook de terugkoppeling van resultaten naar zorgteams blijft (vooralsnog) achterwege. Hierdoor is het nog niet mogelijk om processen aan te sturen op basis van zorguitkomsten.

Het sturen op zorguitkomsten moet in de toekomst meer vorm krijgen, waar ruimte voor ontstaat wanneer het certificeringstraject in de organisatie voltooid is. De verwachting is dat de focus in de toekomst uitsluitend op de uitkomsten van zorg komt te liggen, en de kwaliteitsfunctionaris een grote rol zal spelen in het zichtbaar maken hiervan. De verwachting is dan ook dat de functie van kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector wordt voortgezet en dat deze niet minder significant zal worden.

6 Discussie en aanbevelingen

6.1 Discussie

Dit onderzoek valt uiteen in twee dataverzamelmethoden, waarbij de oorspronkelijke onderzoeksopzet een *'sequential procedure'* betrof. Bij deze onderzoeksmethode wordt getracht het kwantitatieve onderzoeksgedeelte te vergroten en te bevestigen door hierna gebruik te maken van het kwalitatieve onderzoeksgedeelte. Doordat er in het kwantitatieve onderzoeksgedeelte een lage respons was, is de onderzoeksopzet aangepast naar een *'concurrent nested strategy'* waarbij de kwalitatieve component dominant aanwezig is en wordt ondersteund door waargenomen trends uit het kwantitatieve onderzoeksgedeelte. Door de onderzoeker wordt deze aanpassing in onderzoeksopzet als een beperking ervaren, doordat het kwantitatieve onderzoeksgedeelte met meer respons bij had kunnen dragen aan beter gefundeerde uitspraken.

Een tweede beperking is gelegen in het aantal respondenten. In totaal zijn er elf kwalitatieve interviews afgenomen en zijn er 24 ingevulde enquêtes ontvangen, waarbij een verklaring zou kunnen zijn dat een deel van de dataverzameling zich in de zomermaanden juni en juli (vakantieperiode) heeft afgespeeld. Door het aantal informatiebronnen is het mogelijk geweest een beeld te schetsen van de functie kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector en de ontwikkeling van het beroep. Een grotere respons had wellicht een betere mogelijkheid geboden tot generalisatie van de resultaten naar de gehele sector, al is het op basis van de huidige respons aannemelijk dat er gelijkenissen waar te nemen zijn ten aanzien van het beroep in andere zorginstellingen.

Een derde beperking is dat dit onderzoek zich enkel heeft gericht op de kwaliteitsfunctionaris in de V&V sector, en gelijktijdig geen data is verzameld in andere sectoren. Hierdoor is er een eenzijdig beeld geschetst, waarbij vergelijking met andere sectoren niet mogelijk is. Het is dan ook aan te bevelen om onderzoek te verrichten naar de functie in andere sectoren, zodat inzicht wordt verkregen in de algemene ontwikkeling van de functie van kwaliteitsfunctionaris binnen de gehele gezondheidszorg.

6.2 Aanbevelingen

Voortkomend uit dit beschrijvende onderzoek naar de rol van de kwaliteitsfunctionaris worden de volgende aanbevelingen gemaakt:

- De externe druk op zorginstellingen ter verbetering van het kwaliteitsaspect richt zich met name op het procesmatige waardoor de overgang naar de resultaatgerichte fase wordt belemmerd. Het zou beter zijn wanneer er een evenredige aandacht is voor zowel het proces als de uitkomsten van zorg in de organisatie.
- Om te zorgen dat de brede oriëntatie van het beroep van de kwaliteitsfunctionaris goed tot stand komt moet de kwaliteitsfunctionaris een strategische positie in de organisatie bezitten waarbij er nauw contact is met de directie en het lijnmanagement. Daarnaast is het van belang dat het kwaliteitsbeleid ondersteund wordt door de directie en het management omdat het kwaliteitsaspect hun verantwoordelijkheid is.
- De kwaliteitsfunctionaris moet toegerust zijn op de veranderende rol in de uitkomstgerichte fase. Naast theorie over de principes van uitkomstenmanagement is het ook van belang dat de kwaliteitsfunctionaris inzicht heeft in de aan te nemen rol (van kartrekker naar het informeren van medewerkers) in deze fase.
- Er is geen eenduidig functieprofiel voor de kwaliteitsfunctionaris, wat onduidelijkheid schept in de uit te voeren taken en verantwoordelijkheden van de functionaris. Het is dan ook aan te bevelen een helder profiel op te stellen.

Literatuurlijst

Arcares. Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg. 2005.

Arcares. Norm Verantwoorde Zorg 2005.

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M, de. 1990. *Basisboek Methoden en Technieken*. 4 ed.
Groningen: Wolters-Noordhoff.

Berg, A. Van der. 2002. Schutkleur. *Kwaliteit in beeld*.

Berg, M. & Schellekens, W. & Bergen, C. . 2005. Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *International Journal for Quality in Health Care* 17 (1):75-82.

Bering, R. 1997. *Van beroep: kwaliteitsfunctionaris: praktische handleiding voor kwaliteitsfunctionarissen in de zorgsector*. . Utrecht: Uitgeverij SWP.

Billiet, J. 2001. De selectie van eenheden: steekproeven. In *Een samenleving onderzocht*, edited by J. W. Billiet, H. Antwerpen: Standaard Uitgeverij.

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. 2005. *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Bowling, A. 2002. *Research methods in health*: Open University Press.

Bruijne, M.C. de & Zegers, M. & Hoonhout, L.H.F. & Wagner, C. 2007. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen: dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Amsterdam: EMGO instituut & NIVEL.

Buiting, M. & Lier, R. Van & Wiersma, F. 2001. *Profiel Kwaliteitsfunctionaris: Een functie in ontwikkeling*. Utrecht: NVKZ.

Casparie, A.F. 1993. *Handboek Kwaliteit van Zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

Chassin, M.R. & Galvin, R.W. 1998. The Urgent Need to Improve Health Care Quality. *JAMA* 280 (11):1000-1005.

Creswell, J.W. 2003. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Emans, B. 2002. *Interviewen: theorie, techniek en training*. Groningen: Stenfert Kroese.

Harteloh. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen*.

Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. 2001. *Kwaliteit van Zorg: Van een zorginhoudelijke naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

HKZ, Stichting. 1996. *Voorlopig Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling gericht op Certificatie in de Zorgsector*.

IGZ. 2004. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet.

IGZ. 2006. Verpleeghuiszorg: kwaliteitsslag is gaande. Resultaat van geïntensiveerd toezicht 2005-2006.

- Institute of Medicine. 2000. *To err is human*: National Academy Press.
- IOM. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academies Press.
- Legemaate, J. 2004 *Kwaliteit gezondheidszorg en patiëntenrechten*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Lemmens, K.M.M. & Harteloh, P.P.M. & Walburg, J.A. 2003. De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Mainz, J. 2003. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6):523-530.
- Maso, I & Smaling, A. 1998. Analyse. In *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Norm Verantwoorde Zorg 2005.**
- NVKZ. 1999. *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- NVKZ. 2004. De Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg 2005 tot 2010: Missie, visie en inrichting van de vereniging. Utrecht.
- NVKZ. 2005. Taakomschrijving Commissie Professionalisering. Paper read at Algemene Leden Vergadering 2005, 6 Juni 2005.
- NVKZ. 2005. Verslag workshop professionalisering van het beroep kwaliteitsfunctionaris. Paper read at Algemene ledenvergadering NVKZ.
- Schellekens, W.M.L.C.M & Everdingen, J.J.E. Van. 2001. *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Houten/Diegen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Segers, J. & Hutjes, J. . 1999. De gevalstudie. In *Methode voor de Maatschappijwetenschappen*, edited by J. Segers. Assen: Van Gorcum.
- Sluijs, E. & Keijser, A. & Wagner, C. 2007. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005: NIVEL.
- Sluijs, E. & Wagner, C. 2000. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000*. Edited by N. i. v. o. v. d. gezondheidszorg. Utrecht.
- Sting, Arcares & AVV & LOC & NVVA &. 2005. Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg.
- Stolker, C.J.J.M. 1998. WGBO en aansprakelijkheid. In *De WGBO: van tekst naar toepassing*, edited by J. Legemaate. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum.
- Tan, D.S. . 2006. *Kwaliteitsmanagement in balans*. Utrecht/ Zutphen: ThiemeMeulenhoff.
- Vervoort, T. & Wiersma, F.E. & Buiting, J.M. & Lier, R. Van. 2002. De ideale kwaliteitsfunctionaris de organisatie mee. *Kwaliteit in beeld*.
- VWS, Ministerie. *Cure: Feiten en Cijfers 2005* [cited].

- Wagner, C. & Van der Wal, G. & Groenewegen, P.P. & Bakker, D.H. De. 2001. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Quality in Healthcare* 10:211-217.
- Walburg, J. & Bevan, H. & Wilderspin, J. & Lemmens, K. . 2006. *Performance Management in Health Care*. London and New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- Walburg, J.A. 1997. *Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg: van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer bedrijfsinformatie.
- Westert, G. P. & Verkleij, H. 2004. *Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg 2004*. Bilthoven: RIVM.
- Wollersheim, H. et al. 2006. *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Zorgkantoren, CZ. 2007. Jaarlijkse update kwaliteitsbeleid. Breda, 15 juni 2007.