

© TNO - All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

C C.A.S
W 30 (1)
H.P.A. VAN DE WATER

KWALITEITSBEVORDERING MET HET 3P-MODEL

Handleiding voor een benadering van

kwaliteitsvragen in de opleiding voor sociaal-geneeskundigen AGZ



IBISSTAMBOEK NR.
1648/000

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG/TNO

LEIDEN

maart 1987

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
SAMENVATTING	III
1. INLEIDING	1
1.1 Doel van dit rapport	1
1.2 De essentie van het 3P-model	2
1.3 De vraag naar kwaliteit	2
1.4 Sociaal-geneeskundigen en kwaliteit	5
2. DIDACTISCHE VERANTWOORDING EN OPBOUW VAN DE PRESENTATIE	7
2.1 Didactische verantwoording ..	7
2.2 Onderdelen van de presentatie	10
2.3 Korte inleiding oefeningen	11
3. INLEIDING OVER HET BEGRIP KWALITEIT	14
3.1 Er bestaat een gemeenschappelijk besef van kwaliteit	14
3.2 Kwaliteit moet worden gezien in het licht van de tijd en aanwezige mogelijkheden	15
3.3 Kwaliteit is een verzamelbegrip voor vele ver- schillende aspecten	16
4. 3P-MODEL EN KWALITEITSBEVORDERINGSPROCES	18
4.1 De vraag naar kwaliteit kan systematisch beant- woord worden met het 3P-model	18
4.2 Het onderscheid tussen 3P-model en andere kwa- liteitsbevorderingsmethoden	21
4.3 Begrippen	22
4.4 Het kwaliteitsbevorderingsproces	24
4.5 Gebruik van het 3P-model	28
5. OEFENINGEN	33
5.1 Bespreking oefening 1: kwaliteit van de huis- arts	33
5.2 Bespreking oefening 2: kwaliteit van acute hulpverlening	35
5.3 Oefening 3: de kwaliteit van huisvestings- adviezen	37

6.	NABESPREKING	40
6.1	Model voor benadering kwaliteitsvraag	41
6.2	Structuur kwaliteitsbevorderingsproces	42
6.3	Perspectief voor ontwikkeling van kwaliteits- bevordering	43
6.4	Kwaliteit van de kwaliteitsbevordering	45
6.5	Besluit	47
	LITERATUUR	48
	BIJLAGEN	53

VOORWOORD

De druk op medische beroepsbeoefenaren om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verantwoorden neemt toe. Deels hangt dit samen met keuzevraagstukken die door bezuinigingen zijn ingegeven, anderdeels met toegenomen mondigheid van de maatschappij. Ook voor sociaal-geneeskundigen ligt hierin een uitdaging om aan een systematische kwaliteitsbevordering vorm te geven. Vooral deze groep omvat immers degenen die moeten oordelen over de kwaliteit van diensten, gezondheidszorginstellingen en van gezondheidszorgprogramma's.

De kwaliteitsbevordering in de medische curatieve zorg heeft in de laatste decennia al een hele ontwikkeling doorgemaakt. De medische specialisten introduceerden de intercollegiale toetsing in ons land. De huisartsen volgden hen. De sociaal-geneeskundigen hebben hierbij een achterstand. Dit rapport probeert hierin verandering te brengen met een methode die toepasbaar is op zowel individueel-, organisatie- als programmaniveau.

De in dit rapport beschreven presentatie werd ontwikkeld in de periode dat de auteur tijdelijk was belast met het cursusleiderschap voor de opleiding AGZ in het NIPG-TNO. De gedachte achter deze rapportage is dat het onderwerp kwaliteitsbevordering in het sociaal-geneeskundig onderwijs niet langer mag ontbreken. Dit rapport beoogt de aandacht voor kwaliteit via het sociaal-geneeskundig onderwijs te verruimen. Moge het daartoe een stimulans en leidraad blijken te zijn.

W.M.J. van Duyne, arts
directeur

SAMENVATTING

Dit rapport beschrijft een presentatie van het 3P-model, ontwikkeld voor de opleiding sociale geneeskunde. Het 3P-model (plan-proces-product) is een denkmodel over kwaliteit.

Het rapport is bedoeld als stimulans en leidraad voor kwaliteitsbevordering door sociaal-geneeskundigen. Het is primair bestemd voor cursusleiders, inleiders en discussieleiders.

De belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg neemt toe, zowel in de maatschappij als bij medische beroepsgroepen.

Waarschijnlijk hangt dit deels samen met keuzevraagstukken in de gezondheidszorg die het gevolg zijn van bezuinigingen, anderdeels met toenemende mondigheid van de maatschappij.

Momenteel is de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg in ons land vooral gericht op het niveau van (individuele) medische beroepsbeoefenaren. De sociaal-geneeskundigen lopen daarbij niet voorop. Specialisten en huisartsen besloten eerder tot invoering van toetsingsactiviteiten.

Mogelijk heeft het relatief achterblijven van sociaal-geneeskundigen te maken met het feit dat vele van hen geconfronteerd worden met kwaliteitsvragen op meerdere niveau's, zowel op het niveau van de individuele beroepsuitoefening, als daarboven. Het zijn doorgaans immers sociaal-geneeskundigen die moeten oordelen over de kwaliteit van groepen beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld inspecteurs van de volksgezondheid), gezondheidszorgorganisaties (bijvoorbeeld medisch directeuren en adviseurs van ziekenfondsen) en/of gezondheidszorgprogramma's (bijvoorbeeld in beleidsfuncties). Voor deze niveau's schieten technieken zoals zelftoetsing, intercollegiale toetsing of consensusvorming tekort.

Het in dit rapport gepresenteerde 3P-model beoogt een simpel handvat te bieden om kwaliteitsvragen op elk van deze niveau's te benaderen. Het model helpt, door het itererend gebruik van de indeling plan-proces-product, het complexe begrip kwaliteit in

hanteerbare stukken te knippen. Als gemeenschappelijk denkmodel kan het houvast bieden om kwaliteitsvragen met anderen bespreekbaar te maken. Daarbij baseert het 3P-model zich niet op één invalshoek. Het vermijdt de risico's van bijvoorbeeld een uitsluitend op plan-kwaliteit gerichte benadering. Het probeert de onderdelen plan-proces-product tegelijkertijd en integraal te benaderen. Daarmee wordt nagestreefd op elk der drie gebieden kwaliteitsbevorderende maatregelen te initiëren en de onderlinge samenhang van die maatregelen te garanderen.

Kwaliteitsvragen in de gezondheidszorg kan men verdelen in twee niveau's. Het fundamentele niveau betreft de vraag of een bepaalde (be)handeling of aanpak het goede antwoord vormt op een gezondheidsprobleem. Beantwoording van die vraag ligt eerder op de weg van wetenschappelijk onderzoek dan van (individuele) beroepsbeoefenaren. Ondergeschikt aan het fundamentele niveau is de kwaliteitsvraag op uitvoeringsniveau: wordt een bepaalde (be)handeling of aanpak goed uitgevoerd? Het 3P-model is vooral bruikbaar op het uitvoeringsniveau.

De presentatie van het 3P-model is gebaseerd op 4 onderwijsdoelen: bewust maken van het kwaliteitsvraagstuk, verhelderen van het begrip kwaliteit, verduidelijken van de mogelijkheden van het 3P-model en bevorderen van de acceptatie van dit model als toepasbaar hulpmiddel bij de kwaliteitsbevordering.

Deze doelen zijn uitgewerkt in de vorm van oefeningen en inleidingen met dia's en overheadsheets. In het rapport wordt aangegeven met welke motivatie de onderdelen zijn opgenomen en welke rol de inleider daarbij kan spelen.

Aan de hand van de inleidingen worden enkele basisideeën over kwaliteit gepresenteerd, het denkpatroon van het 3P-model geïntroduceerd, alsmede de toepassing ervan geïllustreerd met concrete voorbeelden. De oefeningen zijn vooral bedoeld om cursisten actief met kwaliteitsvragen en het 3P-model te laten omgaan.

In de nabespreking in hoofdstuk 6 worden voorwaarden genoemd die voor verdere ontwikkeling van de kwaliteitsbevordering in de (sociale) gezondheidszorg van belang zijn zoals: kwaliteitsbevordering dient een actief proces te zijn, waarbij bij voorkeur zoveel mogelijk deelnemers op uitvoeringsniveau zijn betrokken; de motivatie van deelnemers neemt toe als zij zich betrokken bij en medeverantwoordelijk voor de kwaliteit voelen; deelnemers moeten de wijze waarop de kwaliteitsvraag wordt benaderd kennen, erkennen en herkennen; het is raadzaam om als beginpunt voor kwaliteitsbevordering concrete problemen te kiezen.

Voor de ontwikkeling van de kwaliteitsbevordering worden enkele perspectieven genoemd (o.a. kwaliteitskringen) en de ondersteuning die daarbij vanuit het sociaal-geneeskundig onderwijs zou kunnen worden gegeven.

Verder wordt aangegeven hoe het 3P-model gehanteerd kan worden om de kwaliteit van de kwaliteitsbevordering zelf te bewaken. Tenslotte wordt, met als voorbeeld het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, geïllustreerd hoe het 3P-model behulpzaam zou kunnen zijn bij het bepalen van een strategie voor kwaliteitsbewaking.

1 INLEIDING

Dit rapport beschrijft een presentatie van het 3P-model (plan-proces-product), een denkmodel over kwaliteit. Dit model, alsmede de toepassing ervan, is ontwikkeld met het oogmerk een eenvoudig instrument te leveren voor kwaliteitsbevordering. Een belangrijk uitgangspunt was dat dit instrument praktisch hanteerbaar moest zijn voor sociaal-geneeskundigen. De hier beschreven presentatie van het 3P-model is ontwikkeld voor de opleiding sociale geneeskunde en in eerste instantie afgestemd op de tak AGZ.

Sinds 1984 is het onderwerp kwaliteitsbevordering expliciet in het AGZ-opleidingsprogramma van het NIPG/TNO opgenomen. De in dit rapport weergegeven presentatie is mede tot stand gekomen op grond van de sindsdien in cursusgroepen opgedane ervaringen.

1.1 Doel van dit rapport

Het rapport is primair bedoeld als leidraad voor hen, die als inleider over het onderwerp kwaliteit, een constructieve discussie in groepen van sociaal-geneeskundige beroepsbeoefenaren teweeg willen brengen.

Met dit rapport wordt de presentatie van het 3P-model schriftelijk vastgelegd. Anderen kunnen het daardoor desgewenst als uitgangspunt voor bespreking van kwaliteitsvragen benutten. Met enige aanpassing van de oefeningen is deze presentatie te gebruiken in het onderwijs aan jeugdartsen, bedrijfsartsen of verzekeringsgeneeskundigen. Ook voor groepen buiten het sociaal geneeskundig onderwijs kan het houvast bieden. De toepasbaarheid van het 3P-model beperkt zich zeker niet tot de sociale gezondheidszorg.

Dit rapport beschrijft het begrip kwaliteit en de kwaliteitsbevorderingsmethoden in hoofdlijnen. Uit de vrij uitgebreide literatuur over kwaliteit in de gezondheidszorg, vooral van Amerikaanse oorsprong, is achter in dit rapport een lijst met relevant geachte literatuurverwijzingen opgenomen. Voor een eerste oriëntatie wordt gewezen op het door de WHO uitgegeven 'Quality Assurance of Health Services' (Vuori, 1982).

De rest van dit hoofdstuk beoogt de lezer in kort bestek enkele algemene inleidende opmerkingen te presenteren.

1.2 De essentie van het 3P-model

De essentie van het 3P-model is, dat het een simpel handvat kan bieden waarmee vragen over kwaliteit systematisch te benaderen zijn. Het model beoogt behulpzaam te zijn bij het in hanteerbare stukken verdelen van het complexe begrip kwaliteit. Het introduceert daartoe een eenvoudige terminologie, die kan bijdragen aan een meer uniform denken en spreken over kwaliteit. Het biedt in feite een gemeenschappelijk denkmodel dat houvast geeft om kwaliteitsvragen met anderen bespreekbaar te maken. In die zin kan het 3P-model tevens een richtsnoer zijn bij het opzetten van intercollegiale toetsingsactiviteiten.

1.3 De vraag naar kwaliteit

De laatste jaren is de maatschappelijke belangstelling voor de kwaliteit van de gezondheidszorg toegenomen. De vraag naar kwaliteit is echter niet nieuw. De professionals in de gezondheidszorg hebben zich altijd al, zij het binnen de beroepskring, met kwaliteit bezig gehouden. Aan de toegenomen belangstelling voor

kwaliteit lijken twee deels met elkaar samenhangende oorzaken ten grondslag te liggen:

- de kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg en daaruit voortvloeiende keuzevraagstukken;
- de wens van de samenleving tot openheid van bestuur en daaruit voortvloeiende maatschappelijke druk om de kwaliteit van de gezondheidszorg meer expliciet te verantwoorden.

Kwaliteit is tot op zekere hoogte gekoppeld aan beschikbare middelen. De besteding van middelen, en dus ook de keuze voor een bepaalde kwaliteit, is steeds meer een democratische aangelegenheid geworden. Binnen de grenzen van een gegeven financieel kader blijken echter vaak essentiële kwaliteitsverbeteringen haalbaar. De huidige bezuinigingen in de gezondheidszorg die, zoals de politici stellen niet ten koste mogen gaan van de kwaliteit, plaatsen met name de sociaal-geneeskundigen in beleids- of beheersfuncties voor nieuwe uitdagingen.

De kwaliteitsvraag in de gezondheidszorg kan men verdelen in twee niveau's:

1. Fundamenteel niveau

Hier luidt de vraag of een bepaalde (be)handeling of aanpak een effectief antwoord vormt op een gezondheidsprobleem?

Voorbeelden:

- a. draagt het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom bij aan de volksgezondheid?
- b. draagt een periodiek geneeskundig onderzoek bij aan de gezondheid van een individu?

2. Uitvoeringsniveau

Hier gaat het erom of een bepaalde (be)handeling of aanpak effectief en doelmatig wordt uitgevoerd?

Voorbeelden:

- a. aannemende dat een bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom zinvol is, wordt het dan effectief en doelmatig gedaan?
- b. aannemende dat een periodiek geneeskundig onderzoek zinvol is, wordt het dan volgens de regelen der kunst en efficiënt gedaan?

De eerste kwaliteitsvraag is in principe belangrijker dan de tweede. De beantwoording van deze eerste vraag ligt echter veel meer op het terrein van wetenschappelijk onderzoek dan op het terrein van de (individuele) beroepsbeoefenaar. Met andere woorden, de beroepsbeoefenaren ontleen uitgangspunten voor hun handelen aan de stand der wetenschap. Als de wetenschappelijke inzichten veranderen, dan veranderen ook de uitgangspunten.

In dit rapport gaat het om het uitvoeringsniveau, de tweede kwaliteitsvraag: wordt een activiteit, gegeven een bepaald uitgangspunt, goed uitgevoerd?

In de geneeskunde kent men al zeer lang de begrippen "wat in vakkringen te doen gebruikelijk is" en "zorgvuldig handelen teneinde het vertrouwen in de medische stand niet te ondermijnen". Deze geleidelijk ontwikkelde ongeschreven regels boden jarenlang houvast aan met name de curatieve gezondheidszorg. De beperkingen van deze "codes" zijn een geringe inzichtelijkheid voor personen buiten de beroepsgroep en een gerichtheid op individuele beroepsuitoefening. Met het 3P-model kan aan deze bezwaren tegemoet worden gekomen. Als denkmodel kan het behulpzaam zijn bij het in expliciteerbare stukken ontwarren van de kwaliteitsvraag. Het is toepasbaar op zowel individueel als bovenindividueel niveau.

1.4 Sociaal-geneeskundigen en kwaliteit

Elke sociaal-geneeskundige wordt regelmatig geconfronteerd met vragen over kwaliteit, zij het dat die vragen niet altijd even expliciet gesteld worden. Voor sommigen gaat het hoofdzakelijk over het eigen handelen, voor anderen komt daar het functioneren van een afdeling of organisatie bij. Een aantal sociaal-geneeskundigen, waarvan velen uit de tak AGZ, wordt geacht te oordelen over andere beroepsbeoefenaren en voorzieningen in de gezondheidszorg of heeft als taak beleidsadviezen op te stellen. Hierbij is de vraag naar kwaliteit zo al niet expliciet dan toch wel impliciet aan de orde. Men denke bijvoorbeeld aan sociaal-geneeskundigen bij ziekenfondsen, inspecteurs voor de volksgezondheid en directeurs van basisgezondheidsdiensten.

Sociaal-geneeskundigen kunnen zich dus vanuit drie invalshoeken met kwaliteitsvragen bezig houden:

- niveau van individuele beroepsuitoefening (eigen of andermans);
- niveau van organisaties (eigen of andermans);
- niveau van (sociale) gezondheidszorgprogramma's.

Kwaliteitsbevorderingsmethoden zoals (intercollegiale) toetsing en consensusvorming beperken zich voornamelijk tot het niveau van individuele beroepsuitoefening.

Het in dit rapport gepresenteerde 3P-model is in principe voor elk van deze invalshoeken geschikt. Dit betekent ook dat een breed scala aan door cursisten aangereikte praktijkvoorbeelden benut kan worden voor het uitdiepen en illustreren van de gebruiksmogelijkheden van zo'n denkmodel.

De kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg in ons land is sterk gericht op het niveau van de beroepsbeoefenaren. In navolging van Amerika, zijn door beroepsgroepen in ons land expliciete kwaliteitsbevorderende activiteiten ontwikkeld. Het waren

echter de medische specialisten, en helaas niet de sociaal-geneeskundigen, die in 1973 de intercollegiale toetsing in ons land introduceerden. In 1980 volgden de huisartsen. De sociaal-geneeskundigen lopen dus achter. Wel is er inmiddels een bescheiden aantal kleinschalige initiatieven ontplooid, variërend van regionale gesprekskringen tot een draaiboek voor zelftoetsing. Een systematische en georganiseerde intercollegiale toetsing door sociaal-geneeskundigen moet in ons land echter nog van de grond komen.

2. DIDACTISCHE VERANTWOORDING EN OPBOUW VAN DE PRESENTATIE

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet welke onderwijsdoelen, leerdoelen en onderwijsvormen worden onderscheiden en hoe de presentatie voor de opleiding AGZ is opgebouwd.

In het rapport wordt op een aantal plaatsen aangegeven met welke motivatie een onderdeel is ingevoegd. Daarnaast wordt, waar relevant, vermeld welke rol de inleider kan spelen.

2.1 Didactische verantwoording

In de presentatie zijn vier onderwijsdoelen te onderscheiden:

- a. bewustmaking van het kwaliteitsvraagstuk;
- b. verhelderen van het begrip kwaliteit;
- c. verduidelijken van het 3P-model;
- d. bevorderen van de acceptatie van het 3P-model als toepasbaar hulpmiddel.

In overzicht 2.1 worden de onderwijsdoelen nog wat verder in sub-doelen uitgesplitst. In dit overzicht zijn ook leerdoelen (te bereiken niveau's van vaardigheden), onderwijsvormen en tactiek opgenomen. Voor de classificatie van leerdoelen is voor de cognitieve doelstellingen uitgegaan van de taxonomie volgens Bloom (kennis, begrip, toepassing, analyse, synthese en evaluatie) en voor de affectieve doelstellingen van de taxonomie volgens Krathwohl (receptiviteit, reactie, waarde, organisatie en karakterisering).

Overzicht 2.1 Indeling van de presentatie naar onderwijsdoelen, leerdoelen, onderwijsvormen en tactiek

onderwijsdoelen	leerdoelen volgens taxonomie Bloom en Krathwohl	onderwijsvormen	tactiek
A. Bewustmaking Op basis van gebruikersbekendheid met begrip kwaliteit: - bewust maken van ongenueanceerdheid van kwaliteitsoordelen op beperkte informatie en ongenueanceerde afweging - creëren van behoefte aan meer omvattende afweging en bereidheid zich in te zetten om het 3P-model eigen te maken - ervaren van de gecompliceerdheid van kwaliteitscriteria en van de relatie van de kwaliteit van tussenproducten en eindproducten	cognitief: kennis/inzicht in proces van ongenueanceerd oordelen affectief: receptiviteit voor genuanceerd beoordeelen kwaliteit affectief: bereidheid tot reageren, acceptatie van genuanceerd beoordeelen als waarde cognitief: kennis/inzicht in gecompliceerdheid van kwaliteitscriteria kennis van onderscheidingen van tussenproduct en eindproduct	doceren demonstreren oefeningen laten maken	aansluiten bij ankerideeën uit de professie, uitbreiden naar algemene kenmerken van kwaliteit
B. Kwaliteitsbegrip Verduidelijken van de volgende kenmerken van het kwaliteitsbegrip: - gemeenschappelijkheid van impliciete criteria van kwaliteit - kwaliteit dient te worden gezien in de tijd, tegen de achtergrond van de aanwezige mogelijkheden en het beoogde gebruik (de doelstellingen) - keuze voor kwaliteit is een kwestie van afwegen van offers (mens en materiaal) tegen de gebruikswaarde (doelstellingen)	cognitief: kennis/inzicht affectief: bereidheid tot verdiepen van kwaliteitsbegrip als waarde accepteren van dit begrip als waarde accepteren, dat kwaliteitsvragen systematisch worden aangepakt	demonstreren onderwijs/leer-gesprek	aansluiten bij ankerideeën uit het dagelijks leven los van de professie. Veralgemeniseren van het kwaliteitsbegrip

onderwijsdoelen	leerdoelen volgens taxonomie Bloom en Krathwohl	onderwijsvormen	tactiek
C. 3P-model a. aangeven van onderscheid tussen plan-proces-product en de toepasbaarheid daarvan bij het benaderen van kwaliteitsvragen b. verduidelijken van het begrip kwaliteitsbevordering. Aangeven van onderscheid tussen kwaliteitsbeoordeling, -bewaking en -bevordering c. verduidelijken van het kwaliteitsbevorderingsproces d. demonstrenen van het 3P-model in een situatie van concrete hulp	cognitief: kennis van en inzicht in het 3P-model en het toepassen daarvan ----- cognitief: kennis/inzicht in het kwaliteitsproces ----- cognitief: toepassing van 3P-model in concrete situatie	doeren demonstren oefeningen maken onderwijs/leer-gesprek groepsgeprek/discussie	aansluiten bij anker-ideeën uit de professie en het 3P-model toepassen op een herkenbaar probleem
D. Acceptatie toepassing Analyse van eerder gemaakte oefeningen Laten maken van een nieuwe oefening Analyse van deze oefeningen met behulp van 3P-model	cognitief: evaluatie van het 3P-model affectief: organisatie van een waarde met betrekking tot 3P-model	gesloten opdracht in groepsverband, geleide discussie door docent	aansluiten bij probleem uit het dagelijkse professionele leven

2.2 Onderdelen van de presentatie

De vier hiervoor genoemde onderwijsdoelen zijn uitgewerkt in de hieronderstaande onderdelen. Achter elk onderdeel staat een indicatie van de daarvoor te reserveren tijd en welk(e) onderwijsdoel(en) er mee wordt beoogd.

1. Korte inleiding oefeningen (5 min., A).
2. Maken van oefening 1: kwaliteit van de huisarts (10 min., A).
3. Maken van oefening 2: kwaliteit van acute hulpverlening (15 min., A).
4. Inleiding over het begrip kwaliteit (15 min., B).
5. Inleiding in het 3P-model en de kwaliteitsbevordering (25 min., B en C).
6. Bespreking oefening 1 } (30 min., B en C)
7. Bespreking oefening 2 }
8. Maken en bespreken oefening 3: kwaliteit van huisvestingsadviezen (45 min., D).

Tot nu toe is voor de gehele presentatie steeds een half cursusdagdeel van de AGZ-opleiding uitgetrokken. Dit blijkt te weinig tijd te zijn om de onderdelen 6, 7 en 8 diepgaand te kunnen doornemen. De presentatie krijgt daardoor het karakter van een eerste kennismaking.

Het besteden van één volledig dagdeel zou de cursisten gelegenheid bieden om zelf nog intensiever met het denkmodel te werken. Aan de presentatie zou dan kunnen worden toegevoegd: een discussie en een door de cursisten zelf gekozen (en dus bij hen levend) probleem. De uitwerking zou in de vorm van een casus kunnen plaats vinden, en gevolgd kunnen worden door een evaluatie. Van de huidige presentatie kan oefening 1 als algemeen toepasbaar worden beschouwd. Oefening 2 en vooral oefening 3 zijn afgestemd op artsen AGZ in basisgezondheidsdiensten.

De weergave van de presentatie in dit rapport volgt zo veel mogelijk de chronologische volgorde van presenteren.

De korte inleiding voor de oefeningen wordt in de rest van dit hoofdstuk beschreven. Aan het begrip kwaliteit is hoofdstuk 3 gewijd en de behandeling van het 3P-model en de kwaliteitsbevordering wordt beschreven in hoofdstuk 4. De laatste 3 onderdelen van de presentatie (bespreking oefening 1 en 2 en maken en bespreken oefening 3) worden in hoofdstuk 5 weergegeven. De opdrachten voor de oefeningen zijn opgenomen in de bijlagen.

2.3 Korte inleiding oefeningen

Uiteengezet wordt dat we in ons leven vaak gedwongen worden en ook gewend zijn om keuzen te maken, zonder dat we daarbij telkens gelegenheid hebben om uitvoerig alle voor- en nadelen af te wegen. Vaak betreffen die keuzen impliciet of expliciet de kwaliteit. Iedereen heeft voor zichzelf op die manier wel een kader gevormd waarin bepaalde (vaak onbewuste) opvattingen over kwaliteit zijn vastgelegd. Dit kader vormt dan de basis van waaruit in de praktijk snel beslissingen worden genomen.

Aan de cursisten wordt vervolgens gevraagd om strikt voor zichzelf de oefeningen 1 en 2 te maken.

De beslissingen in de oefeningen moeten genomen worden met de gegeven informatie.

Voor oefening 1 (bijlage 1) staat ongeveer 10 minuten en voor oefening 2 (bijlage 2) staat 15 minuten ter beschikking.

Oefening 1: kwaliteit van de huisarts

In oefening 1 wordt de cursisten gevraagd aan te geven wat zij verstaan onder een goede huisarts. Zij moeten dit doen aan de hand van tien aan hen voorgelegde kenmerken van de huisarts, die

ze op volgorde van belangrijkheid moeten rangschikken. De oefening laat opzettelijk geen nuancering toe.

Motivatie van de inhoud van oefening 1

Met de oefening over de huisarts wordt verondersteld aan de cursisten te appeleren in zowel hun rol van (potentiële) patiënt als hun rol van professional. Beoogd wordt dat de cursisten zich via die dubbele rol sneller bewust worden van de ongenueanceerdheid van de voorgelegde kwaliteitsoordelen.

Oefening 2: kwaliteit van acute hulpverlening

Deze oefening gaat over kwaliteitseisen die men aan acute hulpverlening, in dit geval bij hart- en ademstilstanden, zou kunnen stellen. De oefening kent twee soorten criteria: 1. eisen aan adequate hulpverlening en 2. maatstaven om van een geslaagde hulpverlening/behandeling te kunnen spreken. De cursisten krijgen 15 stellingen voorgelegd en moeten per stelling aangeven of ze het er mee eens zijn of niet.

Motivatie voor de inhoud van oefening 2

Met deze oefening wordt beoogd te appeleren aan de professionele kennis en inzichten van de cursisten. Door invoering van 2 soorten criteria, adequate hulpverlening en geslaagde hulpverlening, wordt een basis gelegd om cursisten er met dit voorbeeld van bewust te (kunnen) maken dat de relatie tussen de kwaliteit van een tussenproduct (status bij opname in het ziekenhuis) en een eindproduct (status bij ontslag uit het ziekenhuis) complex is.

Doel van de oefeningen

Met de enigszins geforceerde beslissingen uit de oefeningen 1 en 2 wordt beoogd:

- de cursisten bewust te maken van de ongenueanceerdheid van de opgelegde keuzen;

- behoefte te creëren aan meer genuanceerde afwegingen en een daarvoor geschikte werkwijze;
- de receptiviteit van cursisten voor het 3P-model te vergroten door gebruik te maken van materiaal waarbij de cursisten zich betrokken voelen.

Rol van de inleider

Zorgen dat ieder individueel de oefeningen binnen de gestelde tijd afwerkt en dat een (plenaire) discussie over nuances in dit stadium voorkomen wordt.

3. INLEIDING OVER HET BEGRIIP KWALITEIT

Deze inleiding wordt gegeven met behulp van een diaserie en heeft tot doel om het begrip kwaliteit te verduidelijken om daarna het 3P-model te kunnen introduceren.

Vóór de aanvang van de diaserie wordt gepoogd de cursisten te deconditioneren. Door de presentatie te starten aan de hand van een paprikadoos van kwaliteitsklasse I, wordt de aandacht afgeleid van de kwaliteitsvragen in de gezondheidszorg en gericht op meer algemene vragen over kwaliteit. Aan de cursisten wordt verzocht zich voor de geest te halen hoe een paprika le klasse er uit ziet, een groene of een rode. Deze lijn (over kwaliteit-denken los van de gezondheidszorg) wordt in de diaserie nog even voortgezet, maar geleidelijk komt de gezondheidszorg weer aan de orde.

De diaserie is opgebouwd uit 4 groepen van 3 dia's die telkens besloten worden met een conclusie. De 4 conclusies zijn:

- a. Er bestaat een gemeenschappelijk besef van kwaliteit.
- b. Kwaliteit moet worden gezien in het licht van de tijd en aanwezige mogelijkheden.
- c. Kwaliteit is een verzamelbegrip voor vele verschillende aspecten.
- d. De beoordeling van kwaliteit kan systematisch aangepakt worden met het 3P-model.

3.1 Er bestaat een gemeenschappelijk besef van kwaliteit

Dit onderdeel sluit direct aan op het voor de geest halen van een le klas paprika.

De cursisten krijgen achtereenvolgens te zien:

1. een dia met 4 appels, waarvan er 3 door plantenziekten zijn aangetast;

2. drie tuinplanten waarvan 2 met groeistoornissen.
3. twee auto's, waarvan één groot en stevig en de andere klein en kwetsbaar.

Bij elke dia worden zij uitgenodigd een overall keuze te doen voor de beste kwaliteit.

Doorgaans is daarover snel overeenstemming in de groep. De bedoeling hiervan is te laten zien dat ongeschreven criteria tot een globale consensus over kwaliteit kunnen leiden.

Bij de derde dia is de keuze al moeilijker gemaakt. Hierbij worden de cursisten feitelijk ook geconfronteerd met het vraagstuk van 'kwaliteit tegenover kosten'. Creatief meedenkende groepen beginnen hun keuzen doorgaans al te nuanceren (een appel met een plekje kan ook goed smaken, een kleine auto is veel goedkoper etc.).

Deze reacties zijn zeer welkom, omdat in de diaserie vervolgens steeds meer van dergelijke nuances worden belicht.

3.2 Kwaliteit moet worden gezien in het licht van de tijd en aanwezige mogelijkheden

Dit deel beoogt te verduidelijken dat een kwaliteitsoordeel afhankelijk is van tijd en omstandigheden. Het omvat de volgende dia's.

1. Een luxe radiotoestel uit de 20'er jaren naast een hedendaagse stereotoren.
2. Een ambulance uit de vorige eeuw naast een hedendaagse.
3. Kunstmatige ademhaling volgens Holger-Nielsen naast moderne reanimatie apparatuur.

Ingegaan wordt op het gegeven dat in de periode dat de eerste radio op de markt kwam, dit kwalitatief het beste was wat men kon krijgen. Datzelfde geldt voor de als handkar voortgeduwde ambulance uit de vorige eeuw. Dat onze opvattingen over 'wat het

beste is' redelijk snel kunnen veranderen, wordt geïllustreerd door de 3e dia. Enkele tientallen jaren geleden werd de Holger-Nielsen methode door nog velen voorgestaan. Nu geldt ze als obsoleet. Ontwikkelingen in kennis en technologie zorgen ervoor dat onze opvatting van goede kwaliteit verandert met de tijd.

3.3 Kwaliteit is een verzamelbegrip voor vele verschillende aspecten

Dit onderdeel bedoelt te illustreren dat er zoveel kanten aan kwaliteit zitten, dat één algemene en in elke situatie geldende keuze moeilijk, zo niet onmogelijk is. De vraag naar kwaliteit moet beantwoord worden tegen de achtergrond van de doelstelling die men voor ogen heeft. In de praktijk is dit moeilijk omdat men impliciet doorgaans een veelheid aan doelstellingen nastreeft. Kwaliteit is dan de mate waarin aan meer doelstellingen tegelijkertijd wordt beantwoord.

Inzicht krijgen in de kwaliteit betekent feitelijk inzicht krijgen in alle meespelende doelstellingen en de mate waarin daaraan tegemoet wordt gekomen. Kwaliteit is dus een relatief begrip. Absolute kwaliteit bestaat niet.

Dit onderdeel omvat de volgende dia's.

1. Een heerlijk uitziende, volledig gave appel.
2. Een grote stevige auto die stuurvast door een plas water rijdt naast een klein autootje dat moeiteloos fileparkeert in de stad.
3. Een ouderwets radiotoestel.

Aan de hand van deze dia's kunnen vragen gesteld worden zoals: smaken de mooiste appels ook het lekkerst?; is er verschil in voedingswaarde tussen een gave appel en een appel met een plekje?; wordt zo'n fraaie appel gebruikt voor de fabricage van

appelmoes?; moet een auto dienen als reisswagen of stadsauto?; hoeveel geld heeft men over voor een 'veilige' auto?

Met discussie over deze vragen kan worden verduidelijkt dat kwaliteit afgestemd kan worden op de beoogde doelen. Tevens blijkt dat het onnodig is om kwaliteit eindeloos op te voeren. De kwaliteit kan dan te hoog worden voor een gegeven doel.

Dit laatste wordt specifiek toegelicht bij de derde dia. Als men naar muziek wil luisteren, dan zal de stereotoren van nu ongetwijfeld beter voldoen dan het radiotoestel van toen. Als het uitsluitend gaat om het kennis nemen van de inhoud van nieuwsberichten, dan kan ook de ouderwetse radio volstaan.

4. 3P-MODEL EN KWALITEITSBEVORDERINGSPROCES

Tijdens de diapresentatie wordt vervolgens overgeschakeld op introductie van het 3P-model. Dit wordt gevolgd door het verduidelijken van de plaats die dit model in het proces van kwaliteitsbevordering kan innemen. Met behulp van overhead-sheets wordt uiteengezet hoe het 3P-model in dat proces inpasbaar is. De te volgen aanpak wordt aan de hand van een voorbeeld over de hulpverlening bij hart- en ademstilstand uitgewerkt.

4.1 De vraag naar kwaliteit kan systematisch beantwoord worden met het 3P-model

Dit deel van de diaserie beoogt aan te geven dat men de vraag naar kwaliteit systematisch kan benaderen door te denken in 3 stappen: kwaliteit van het plan, kwaliteit van het proces en (het uiteindelijke doel) kwaliteit van het product.

Allereerst wordt deze driedeling gepresenteerd samen met andere in omloop zijnde termen voor de begrippen plan, proces en product.

Overzicht 3.1 Het 3P-model

PLAN	→	PROCES	→	PRODUCT

alternatieve termen:				
structure		process		outcome
ontwerp		fabricage		product
ontwerp		procedure		uitkomst
programma		uitvoering		resultaat

Productkwaliteit wordt meebepaald door plan- en proceskwaliteit. Eenvoudig gezegd: een goed plan en een goed proces leiden tot een goed product. Als daarentegen een plan goed is, maar het proces wordt verkeerd uitgevoerd, dan zal dat de productkwaliteit aantasten. Een voorbeeld hiervan waren de problemen in de beginperiode van de productie van transistoren. Het ontwerp was goed, maar de fabricage werd nog niet beheerst. Daardoor voldeed in de beginfase een groot deel van de eindproducten niet aan de gestelde eisen. Indien een plan essentiële tekortkomingen vertoont, dan kan het proces nog zo zorgvuldig worden uitgevoerd, maar het eindproduct blijft gebrekkig. Een aannemer kan bijvoorbeeld met grote zorg een huis bouwen, maar als de architect onvoldoende heipalen heeft voorzien, dan zal het huis toch gaan verzakken.

De uiteindelijke belangstelling van de consument gaat begrijpelijkerwijs uit naar de kwaliteit van eindproducten. Voor eindproducten die tastbaar zijn (een vrucht, een auto, een bouwwerk) is de kwaliteit makkelijker te beoordelen dan voor niet tastbare producten.

De gezondheidszorg, vooral op het bovenindividuele niveau, behoort grotendeels tot de niet tastbare categorie. Deze eindproducten zijn doorgaans niet direct toegankelijk voor meting en beoordeling. In zulke gevallen is men wel genoodzaakt om terug te grijpen naar de voorliggende fasen plan en proces. Impliciet is daarbij de veronderstelling dat verbetering van het plan en van het proces automatisch leiden tot een beter eindproduct. Deze benadering kan een vruchtbare zijn, al liggen de verbanden tussen de 3 fasen in de praktijk toch wat ingewikkelder. Zo zal het duidelijk zijn dat het grondmateriaal van belang is, bijvoorbeeld persoonlijke inzet van degenen die volgens een bepaald plan moeten werken of het flexibel voorzien in tekortkomingen van het plan.

De relatie tussen plan, proces en product is het meest duidelijk in volledig beheerste fabricage-processen. De productkwaliteit is daar een directe afgeleide van de twee eerste stappen. Onder plankwaliteit wordt dan mede begrepen de kwaliteit van de te gebruiken grondstoffen.

Bij niet tastbare producten zijn de relatie tussen plan, proces en product al minder duidelijk. Bijvoorbeeld bij de artsenopleiding. Een goed opgezet curriculum (plan) en een trouw college lopende student (proces) maken niet vanzelf een goede dokter (product). Goede uitoefening van het medisch beroep vereist niet alleen intellectuele, maar ook affectieve vaardigheden. Beide soorten vaardigheden zullen uiteindelijk meebepaald worden door zowel de persoon van de student (de "grondstof") als de opzet van de studie. Het 3P-model beoogt een systematiek te bieden om ook dergelijke aspecten uiteen te rafelen.

Met de dia's uit dit onderdeel wordt getracht de cursisten het onderscheid plan-proces-product te verduidelijken.

De dia's tonen het volgende:

1. Een krantenbericht over het instorten van een nieuw flatgebouw.
2. Een opzettelijk onscherpe dia met als tekst:
"Soms leiden procedurefouten tot een waardeloos product, bijvoorbeeld als de aardappelen een uur te lang gekookt hebben.
Bij deze dia werd opzettelijk een procedurefout gemaakt. Toch is de kwaliteit niet in zijn geheel verloren gegaan. De tekst is immers te lezen, zij het niet zo makkelijk."
3. Een fles Vieux (Koetsierscognac) naast een fles Franse cognac.

Met dia 1 wordt de vraag opgeworpen of het hier om een tekortkoming in het plan (de bouwtekening) of het proces (de bouw) zal zijn gegaan. De volgende dia illustreert (aan de hand van een procesfout) dat criteria ter beoordeling van kwaliteit afhangen

van het beoogde doel. De laatste dia laat twee producten zien die in naam veel op elkaar lijken, maar zowel in plan, proces als eindproduct van elkaar verschillen.

Motivatatie inleiding met diaserie:

Het in korte tijd presenteren van enkele basisideeën over kwaliteit, met de bedoeling de cursisten geleidelijk mee te voeren in het denkpatroon van het 3P-model.

Rol van de inleider:

Het actief meedenken van de cursisten bevorderen, door interactie op gang te brengen en de reacties van de cursisten een plaats in het geheel te geven.

4.2 Het onderscheid tussen 3P-model en andere kwaliteitsbevorderingsmethoden

Het 3P-model is niet nieuw, in die zin dat de indeling plan-proces-product reeds lang bekend en door velen gebruikt is. Doorgaans concentreert men zich daarbij echter op één onderdeel. In de literatuur is het meeste geschreven over kwaliteitsbevordering via het proces. Omdat het product zich in de gezondheidszorg doorgaans niet makkelijk direct laat meten, grijpen velen terug naar de voorliggende fase. Desondanks proberen vele anderen het product te bestuderen (outcome studies), hetgeen leidde tot discussie over de vraag wat nu een betere benadering is: proces of outcome.

In kwaliteitseisen die door overheden aan de gezondheidszorg gesteld worden overheerst daarentegen vaak het planmatige. De kwaliteitseisen aan basisgezondheidsdiensten bijvoorbeeld, berusten voornamelijk op plankwaliteitseisen. De eis "één arts op zoveel duizend inwoners" bijvoorbeeld, gaat uit van de veronder-

stelling dat, als die arts er maar is, het met het proces en (eind)product vanzelf wel goed zal komen.

Het nieuwe van het 3P-model is dat het de indeling plan-proces-product zélf hanteert als denkmodel. Het probeert de drie onderdelen tegelijkertijd in onderling evenwicht en integraal te benaderen. Dat bevordert zowel het systematisch nadenken over kwaliteitsbevorderende maatregelen op elk der drie gebieden, als de onderlinge samenhang van die maatregelen.

Kwaliteitsbevorderingsmethoden die momenteel opgeld doen bij de medische beroepsbeoefenaren in ons land (zelftoetsing, intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten) voorzien voornamelijk in kwaliteitsbevordering op het niveau van de individuele beroepsuitoefening. Vele sociaal-geneeskundigen hebben echter ook te maken met het niveau van organisaties en het niveau van (sociale) gezondheidszorgprogramma's. Voor kwaliteitsbevordering op deze niveau's zijn bovengenoemde methoden minder geschikt. Het 3P-model daarentegen leent zich wel voor benadering van kwaliteitsvragen op die niveau's.

4.3 Begrippen

Alvorens de toepassing van het 3P-model te beschrijven wordt kort ingegaan op de dicht bij elkaar liggende begrippen kwaliteitsbeoordeling, kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering.

- Kwaliteitsbeoordeling impliceert het vellen van een op zichzelf staand oordeel, ongeacht de consequenties van die beoordeling. Het kan tevens de betekenis hebben van extern of objectief. Kwaliteitsbeoordeling veronderstelt de aanwezigheid van (impliciete of expliciete) criteria.
- kwaliteitsbewaking impliceert een actief uitgevoerde reeks van kwaliteitsbeoordelingen met het oogmerk ongewenste kwali-

teit te signaleren. Het heeft enigszins de bijbetekenis van opgelegd en van potentiële (straf)maatregelen.

- kwaliteitsbevordering impliceert een actief uitgevoerd proces van beoordeling en/of bewaking (zo nodig voorafgegaan door formulering van criteria) inclusief het op grond daarvan nemen van kwaliteitsverbeterende maatregelen.

Kwaliteitsbevordering kan worden uitgevoerd op centraal niveau in een organisatie, door de periferie (de direct bij de 'productie' betrokken medewerkers) of een combinatie daarvan. Maatregelen vanaf centraal niveau zijn vooral denkbaar bij nagenoeg beheerste processen (bijvoorbeeld grotendeels geautomatiseerde fabricageprocessen). In de literatuur over kwaliteitsbevordering wordt er doorgaans voor gepleit om individuele medewerkers bij de zorg voor kwaliteit te betrekken. De zorg voor kwaliteit begint aan de basis. Het gevoel mede verantwoordelijk te zijn voor de kwaliteit motiveert.

In een situatie waarin kwaliteit sterk wordt bepaald door individuele inzet (zoals in de gezondheidszorg) zouden de uitvoerenden dus zoveel mogelijk zelf bij de kwaliteitsbevordering betrokken moeten zijn. Vele handelingen in de gezondheidszorg betreffen immers unieke situaties die zich tevoren niet gedetailleerd laten plannen. Het vermogen van werkers om flexibel om te gaan met globale richtsnoeren en om tekortkomingen in de plannen te compenseren, zal de uiteindelijke kwaliteit sterk meebepalen. Een voorwaarde is dat personen zich dan betrokken bij en gemotiveerd voor het werk voelen. In de Verenigde Staten is gebleken, dat activiteiten die uit de kringen van werkers voortkomen een beter perspectief hebben dan afgedwongen of wettelijk verplicht gestelde kwaliteitsbevordering.

4.4 Het kwaliteitsbevorderingsproces

Het kwaliteitsbevorderingsproces kan worden onderverdeeld in een aantal stappen, waarvan de volgorde niet noodzakelijkerwijs altijd dezelfde is.

Overzicht 4.1 Stappen in het kwaliteitsbevorderingsproces

1. keuze structuur kwaliteits-bevorderingsproces
2. keuze van een model voor benadering van de kwaliteitsvraag
3. vaststellen van het 'probleemgebied'
4. vaststellen van expliciet toetsbare criteria aan de hand van doelstellingen
5. toetsen
6. kwaliteitsbevorderende maatregelen

Ad. 1 Keuze structuur kwaliteitsbevorderingsproces

Hiermee wordt bedoeld de organisatorische setting waarbinnen de kwaliteitsbevordering plaats moet vinden. De keuze hiervoor kan men maken vanuit verschillende invalshoeken. Op voorhand kan bijvoorbeeld gekozen zijn voor een bepaald probleem, waaruit de bij het proces te betrekken deelnemers logischerwijs voortvloeien. Een voorbeeld is de snelheid van acute ambulancehulpverlening, waarbij naast de ambulancedienst(en) zelf ook de Centrale Post Ambulance Vervoer, politie, brandweer en eerste hulpafdelingen van ziekenhuizen betrokken zullen zijn.

Anderzijds kan men uitgaan van een bepaalde groep beroepsbeoefenaars. In dit geval kan men als structuur bijvoorbeeld denken aan:

- een groep cursisten in opleiding voor sociaal-geneeskundige tak AGZ;
- de artsen en verpleegkundigen van een afdeling AGZ van een basisgezondheidsdienst (BaGD);
- een regionale kring van artsen AGZ werkzaam bij BaGD'en.

Het gehele kwaliteitsbevorderingsproces, inclusief kwaliteitsbevorderende maatregelen en eventuele evaluatie daarvan, zal zich in eerste instantie binnen deze structuur afspelen.

Van belang is ook dat er binnen zo'n structuur een 'leider' is, die initiërend, stimulerend en coördinerend werkt.

Ad. 2 Keuze van een model voor benadering van de kwaliteitsvraag

Bij deze keuze gaat het feitelijk om de te volgen werkwijzen en de werkafspraken. Hoe gaat men met elkaar de kwaliteitsvraag te lijf?

De inmiddels in de gezondheidszorg frequent gehanteerde modellen zijn zelftoetsing, intercollegiale toetsing en consensusbijeenkomsten. In dit rapport wordt uiteraard voorgestaan het 3P-model te kiezen. Dit model gaat uit van een meer basale en open benadering en beoogt de kwaliteitsvraag ongeacht het niveau tot hanteerbare stukken terug te brengen. Op die manier kan het tevens dienen als basis voor toetsingsactiviteiten of consensusvorming.

Duidelijkheid over de aanpak is een voorwaarde voor een geslaagd proces gebleken. Deelnemers aan een kwaliteitbevorderingsproces moeten de gemeenschappelijke werkwijze kennen, erkennen en herkennen. Het 3P-model biedt ze daarbij de mogelijkheid om een gemeenschappelijke 'taal' te spreken.

Ad. 3 Vaststellen van het probleemgebied

Aan kwaliteit zitten vele aspecten. Het is daarom raadzaam om het probleemgebied niet te groot te kiezen. Een alomvattend

kwaliteitsbevorderingsproces voor de totale Nederlandse gezondheidszorg is bijvoorbeeld veel te ruim. Beter kan men het proces richten op een beperkt terrein, dicht bij de praktijk van alledag. Men mag verwachten dat hier eerder verbeteringen haalbaar zijn die de deelnemers aanspreken.

De keuze en afgrenzing van een probleemgebied kan gefaseerd verlopen. Van een globaal niveau kan steeds verder worden afgedaald tot een concrete keuze. Het werkt verhelderend om hierbij reeds de structuur van het 3P-model te hanteren. Een voorbeeld van zo'n gefaseerde aanpak wordt in overzicht 4.2 gegeven.

Ad. 4 Vaststellen van expliciet toetsbare criteria aan de hand van doelstellingen

Het probleemgebied gekozen hebbende, moet men komen tot toetsbare criteria. Gezamenlijk formuleert men eisen, waarvan men vindt dat op het betroffen gebied voldaan moet worden. Deze eisen moeten zo concreet gesteld zijn, dat beoordeelbaar is of aan de eisen voldaan wordt.

Hoe het 3P-model bij dit onderdeel kan helpen, wordt weergegeven in 4.3 en in de beschrijving van de resultaten van de oefeningen.

Overzicht 4.2 Stapsgewijze selectie van een probleemgebied

Selectiestappen	Plan	Proces	Product
1. Globaal ↓	afstemming zorg (structuur) op volksgezond- heidsproblema- tiek	gezondheidszorg- verlening	bijdrage aan volksgezondheid
2. Meer begrensd ↓	Structuur van de acute hulp- verlening	uitvoering acute hulpverlening	bijdrage aan gezondheid
3. Uiteindelijke keuze	Organisatie van de hulpverlening bij hart- en ademstilstand	uitvoering hulpverlening bij hart- en adem- stilstand	resultaten

Ad. 5 Toetsen en ad. 6 Kwaliteitsbevorderende maatregelen

Toetsen en met name kwaliteitsbevorderende maatregelen zijn de fasen waar het gehele proces op gericht is.

Deze onderdelen sluiten het kwaliteitsbevorderingsproces af, alhoewel het vervolgens haalbaar wordt om het kwaliteitsbevorderingsproces een blijvend en cyclisch karakter te geven. De wijze van toetsen zal tevoren moeten hebben vastgestaan, zodat deelnemers weten waaraan zij beginnen. Het opstellen van de criteria wordt daarmee ook minder vrijblijvend.

In het kader van dit rapport wordt verder op de onderdelen toetsen en kwaliteitsbevorderende maatregelen niet ingegaan.

4.5 Gebruik van het 3P-model

Het gebruik van het 3P-model laat zich vergelijken met het zogenaamde "Droste-effect". Een bepaald motief wordt binnen zichzelf steeds herhaald op een steeds kleiner oppervlak. De structuur van het 3P-model is het te herhalen motief. De indeling plan-proces-product wordt gelegd op steeds kleinere onderdelen van het probleem waar men aan werkt.

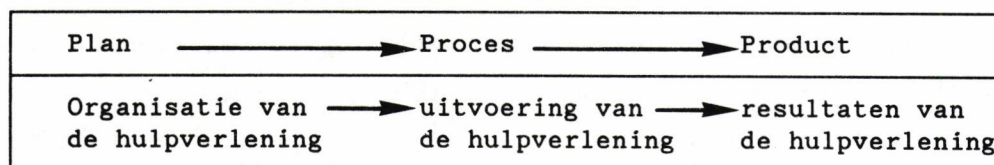
Het 3P-model kan dus in de volgende afwisseling gehanteerd worden:

- het probleemgebied wordt verdeeld in 3 delen: plan, proces, product;
- van elk deel worden aspecten geïnventariseerd;
- aspecten worden weer onderverdeeld in 3 delen: plan, proces, product enz.

Na verloop van tijd zijn de (meest) relevante aspecten geïnventariseerd en kan men beginnen aan het vaststellen van zowel planmatige, procesmatige als productmatige criteria.

Als voorbeeld wordt hier voortgeborduurd op het bij 4.4 vastgestelde probleemgebied: acute hulpverlening bij hart- en ademstilstand.

Overzicht 4.3 Indeling probleemgebied acute hulpverlening bij hart- en ademstilstand



Het probleemgebied is reeds bij de keuze verdeeld in 3 stukken. Het inventariseren van aspecten per onderdeel kan in een cursistengroep als volgt gebeuren. Men verzoekt de deelnemers allereerst aspecten te noemen die naar hun mening van belang zijn bij de organisatie van de hulpverlening. Door de gehanteerde driedeling wordt het duidelijk dat men eerst uitsluitend planaspecten moet noemen. Vervolgens komen respectievelijk proces en product aan de beurt.

Buiten de setting van een cursus is het inventariseren van aspecten goed mogelijk met een logboek-methode. Men noteert daarin alle aspecten die men achterhaalt door systematisch na te gaan wat planmatig vastgelegd is (geschreven of ongeschreven), hoe stap voor stap het proces verloopt (van begin tot eind) en welke (tussen)producten er allemaal onderscheiden kunnen worden. Over een wat langere periode (bijvoorbeeld enkele weken) kan men dan nog nieuwe aspecten (waar men in de praktijk tegenop loopt) toevoegen.

Een andere manier tijdens een cursus, is het voeren van een groepsgesprek/discussie over de drie onderdelen apart. Gedurende de discussie heeft de discussieleider de rol om aspecten op te pikken en aan de inventarisatie (op het bord) toe te voegen.

Zo'n inventarisatie zou er bijvoorbeeld als volgt kunnen uitzien:

Overzicht 4.4 Voorbeeld van een inventarisatie van voor de
kwaliteit van acute hulpverlening bij hart- en
ademstilstand relevante aspecten

Plan →	Proces →	Product
- spreiding hulpver- leningsdiensten	- wijze van melding	- leven/dood
- uitruktijd	- voorlichting aan hulpverlener	- validiteit
- opleiding	- controle op hulpverlening	- ziekte duur
- afspraken ziekenhuis	- communicatie	- complicaties
- uitrusting	- onderhoud appa- ratuur	- status bij opname

Vervolgens kan men de genoemde aspecten rangordenen naar belang-
rijkheid. Daarna gaat men per aspect na in hoeverre dit weer in
plan, proces en product te verdelen is.

Opgemerkt moet worden dat plan, proces en product geen begrippen
met absolute grenzen zijn. Vaak zijn ze verwisselbaar naarmate
men meer differentieert. Een bepaalde procedure kan bijvoorbeeld
beschouwd worden als het product van een plan. Het gaat er ech-
ter om dat deze driedeling helpt bij het steeds concreter in
beeld krijgen van zaken die als radertje in een groter proces
hun rol meespelen bij het bepalen van de uiteindelijke kwali-
teit.

Hieronder volgen enkele voorbeelden van het verder onderverdelen
van aspecten.

Voorbeeld 1. Spreiding hulpverleningsdiensten (een planaspect)
kan men als volgt onderverdelen:

- a. spreidingsplan
- b. uitvoering van dit plan (proces)
- c. feitelijke spreiding (product)

Nu kan blijken dat een spreidingsplan ontbreekt, of dat er nooit over na is gedacht.

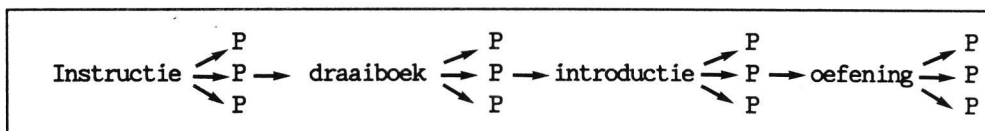
Voorbeeld 2. Instructie over de acute hulpverlening (een proces-aspect) kan als volgt worden onderverdeeld:

- a. hoe is de instructie opgezet (plan)
- b. hoe wordt deze uitgevoerd (proces)
- c. wat is het resultaat van de instructie (product).

Een onderdeel van de uitvoering van de instructie (proces) kan bijvoorbeeld een draaiboek zijn. Zo'n draaiboek kan men dan weer van de plan-, proces- en productkant bekijken en in steeds verder gaande aspecten ontleden. Een volgend procedure-aspect kan bijvoorbeeld zijn: introductie van het draaiboek. Deze introductie kan weer worden gedaan aan de hand van een oefening. Aan de oefening kan men weer een plankant, een proceskant en een productkant onderscheiden enz.

Al differentiërend komt men zo tot onderstaande 'aspecten-boom', waar in dit geval de proceskant als rode draad doorheen loopt. Uiteraard kan men de boom ook in de plan- of productrichting uitbreiden.

Overzicht 4.5 Voorbeeld van steeds verdere differentiatie met behulp van een aspectenboom



Voorbeeld 3. Status bij opname (een product-aspect).

De status bij opname in het ziekenhuis zou men kunnen beschouwen als de resultante van de aandoening van de patiënt en de aan hem/haar tijdens de acute hulpverlening verleende zorg. Tot op dat moment kan die zorg al bestaan uit bijdragen van verschillende hulpverleners, bijvoorbeeld: een reanimerende leek, een huisarts en de bemanning van de ambulance. Voor de acute hulpverlening is dat het eindproduct. Bij product-aspecten als rest-validiteit en ziekteduur (het eindproduct van de ziekenhuisopname) komt daar nog eens de invloed van de behandeling tijdens opname bij. Het is zaak om verschillende bijdragen aan het 'eindproduct' uiteen te rafelen, teneinde zicht te krijgen op de onderdelen die verbetering behoeven.

Het product 'status bij opname' kan men met het 3P-model weer verder uiteen leggen. Bestaat er bijvoorbeeld een plan om die status bij opname systematisch terug te koppelen naar de hulpverleners (plan), hoe vindt die terugkoppeling plaats (proces) en heeft deze effect (product). Als een ziekenhuis bijvoorbeeld informatie terugkoppelt over het aantal gereanimeerde patiënten met ribfracturen en pneumothorax, hoe wordt dit dan eventueel opgepakt voor verbetering van de vaardigheden van ambulancebemanningen of de instructie aan het publiek?

Motivatie

Het verduidelijken van de toepasbaarheid van het 3P-model aan de hand van concrete voorbeelden, alsmede dit model een plaats geven in het raamwerk voor kwaliteitsbevordering.

5. OEFENINGEN

In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe de resultaten van de oefeningen worden gebruikt voor het illustreren van de aanpak met het 3P-model. De resultaten van oefening 1 en 2 zijn daartoe, na invulling achter de coulissen of tijdens een pauze, verwerkt tot twee op overheadsheets te presenteren overzichten. Oefening 3 wordt klassikaal gemaakt na bespreking van oefening 1 en 2.

5.1 Bespreking oefening 1: kwaliteit van de huisarts

De wat gedwongen ongenueanceerde beantwoording van deze oefening leidt doorgaans tot een forse spreiding in de prioriteiten die men aan de kenmerken van de huisarts toekent. Overzicht 5.1 laat zien hoe de resultaten aan de cursisten worden teruggerapporteerd. Het hier gepresenteerde overzicht bevat de gezamenlijke resultaten van drie cursusgroepen (totaal aantal cursisten is 36).

Het kenmerk 'werken in een groepspraktijk' plaatst 1 cursist (3%) op de 4e plaats. 3 cursisten (8%) zette dit op de 5e plaats enz.

In de eerste plaats wordt met dit overzicht beoogd te illustreren hoe gespreid opvattingen over de wenselijke kenmerken van huisartsen zijn, als zonder nadere explicitering van doelstelling en criteria een standpunt moet worden ingenomen.

Vervolgens wordt aan de hand van enkele kenmerken (bij voorkeur die waarop in twee tegengestelde clusters gescoord wordt) kort gediscussieerd over achterliggende argumenten en veronderstellingen. Het gaat er daarbij in feite om de cursisten te laten zien dat op deze manier opvattingen over kwaliteit expliciet

gemaakt (moeten) worden en dat zo naar consensus kan worden toegewerkt.

Overzicht 5.1 De mening van cursisten (n = 36) over het belang van kenmerken van een goede huisarts uitgedrukt in procenten van het aantal cursisten

Ind. Kenmerken huisarts		Plaats van het kenmerk									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PLAN	groepspraktijk	-	-	-	3	8	19	19	14	19	17
	nascholing	3	14	36	28	8	3	3	-	-	-
PROCES	uitleg waarom	28	39	8	8	11	3	3	-	-	-
	komt direct	3	8	11	3	11	28	17	6	8	6
	zeker optreden	-	8	6	19	19	8	19	8	8	3
	belangstelling persoon	50	25	14	3	3	3	-	3	-	-
	vertelt hoe ernstig	-	-	8	25	22	17	8	14	3	3
PRODUCT	weet diagnose/behandeling	17	3	11	6	6	14	11	11	11	11
	middel voor elke kwaal	-	-	6	-	6	8	6	28	17	31
	verwijzing specialist	-	3	-	3	6	3	14	17	28	28

Een alternatief is om de uit het overzicht blijkende groepsme-
ning als norm ter discussie te stellen. De cursisten uit over-
zicht 5.1 waren het er redelijk over eens dat de belangrijkste
kenmerken zijn: belangstelling voor de persoon en uitleg waarom
de huisarts iets doet of voorschrijft. Evenzo is men er redelijk
eensgezind over dat de minst belangrijke kenmerken zijn: door-
verwijzen naar de specialist en een middel weten voor elke
kwaal. Een risico van een dergelijke op de groepsme-
ning geba-
seerde discussie is dat argumenten niet boven tafel komen. Daar-
naast kan de discussie door gebrek aan tegenstelling minder
levendig worden.

In de tweede plaats wordt met overzicht 5.1 geprobeerd aan te geven hoe kenmerken van de huisarts ingedeeld kunnen worden naar plan, proces en product. De kenmerken zijn daartoe volgens die driedeling gepresenteerd.

5.2 Bespreking oefening 2: kwaliteit van acute hulpverlening

Ook bij deze oefening waren de cursisten tot een snelle keuze gedwongen. De resultaten hiervan staan vermeld in overzicht 5.2.

Overzicht 5.2 De mening van cursisten (n = 36) over eisen en maatstaven die aan een goede acute hulpverlening bij hart- en ademstilstand zijn te stellen (in procenten)

Ind. Eisen en maatstaven		mee eens	mee oneens
P L A N	10% bevolking trainen resuscitatie	72	28
	Huisarts opleiden resuscitatie	97	3
	Altijd ambulance beschikbaar	86	14
	EHBO-opleiding ambulancebemanning voldoende	3	97
	Elke ambulance defibrillator	61	39
P R O C E S	Levensmoe geen resuscitatie	50	50
	Huisarts werk staken	69	31
	Huisarts ambulance sturen	75	25
	Snel vervoeren (politie-escorte)	47	53
	Max. vervoerstijd 30 minuten	44	56
P R O D U C T	Levend in ziekenhuis	28	72
	Na ontslag volledig functioneren	78	22
	Na ontslag geen arbeid, wel zelfstandig	78	22
	Rolstoel maar geestelijk intact	33	67
	Verpleging lich./Geestelijke invaliditeit	14	86

Uiteraard leent dit overzicht zich ook om discussie uit te lokken en de achterliggende vooronderstellingen en criteria te ontdekken. Men kan de cursisten bijvoorbeeld vragen waarom 97% vindt dat resuscitatie techniek tot de verplichte leerstof van huisartsen moet behoren, terwijl huisartsen slechts in een zeer beperkt aantal gevallen voor het toepassen daarvan tijdig aanwezig zullen zijn.

Het belangrijkste oogmerk van de op deze manier teruggerapporteerde oefening is echter om de cursisten ter voorbereiding op oefening 3 te laten denken volgens de indeling van het 3P-model. Daarbij vraagt vooral de productkant aandacht.

De toestand waarin een patiënt in het ziekenhuis aankomt zou men kunnen zien als het eindproduct van de acute hulpverlening. Toch is slechts 28% van de cursisten het er mee eens dat een resuscitatie geslaagd is als de patiënt levend het ziekenhuis bereikt. Dit is een merkwaardige bevinding. Het rechtvaardigt op zijn minst een discussie over de vraag wat nu eigenlijk het eindproduct van acute hulpverlening is. Tevens illustreert dit voorbeeld dat een eindproduct voor één onderdeel van gezondheidszorg vaak weer een tussenproduct is in een groter geheel.

De laatste vier maatstaven uit overzicht 5.2 betreffen dus feitelijk het eindproduct na ontslag uit het ziekenhuis. Ze zijn gerangschikt naar toenemende invaliditeit. Feitelijk is er sprake van een vierpuntsschaal waarop de cursisten onbewust hebben gescoord. Deze score vertoont een duidelijke omslag halverwege de schaal (ditzelfde beeld is overigens te zien als de drie groepen cursisten apart worden bekeken). Aan de hand van deze omslag kan de cursisten worden gesuggereerd dat daarmee ongeveer hun gemeenschappelijke norm voor een geslaagde hulpverlening bij hart- en ademstilstand in beeld komt.

Een dergelijke confrontatie met een groepsnorm leidt doorgaans tot levendige reacties, die nieuwe aspecten boven tafel brengen. Het resultaat kan zijn dat de norm nog vele malen verschuift.

Ook kunnen de cursisten op deze wijze iets ervaren van de 4e stap uit het kwaliteitsbevorderingsproces: het vaststellen van expliciet toetsbare criteria aan de hand van doelstellingen.

5.3 Oefening 3: de kwaliteit van huisvestingsadviezen

Aan de hand van een papieren casus over iemand die op medische gronden andere huisvesting vraagt (bijlage 3), moeten twee vragen beantwoord worden. Gevraagd wordt welk advies de cursisten zouden geven en wat ze vinden van de kwaliteit van die advisering. De oefening wordt klassikaal gedaan.

Na het lezen van de opdracht heeft men 10 minuten denktijd. Gevraagd wordt om in de termen van het 3P-model te denken. Daarna kunnen de cursisten hun antwoord geven. Doorgaans ontwikkelt zich dan een levendig groepsproces. Voor sommigen is het antwoord op vraag 1 zo klaar als een klontje, anderen zeggen volstrekt onvoldoende gegevens te hebben. In het begin bestaat erg de neiging op de casuïstiek in te gaan. Sommigen verliezen zich daarbij in details, terwijl anderen geleidelijk een meer afstandelijke visie gaan vormen.

De oefening is er om begonnen om deze actieve uitwisseling van gedachten op gang te krijgen. Elke stellingname lokt reacties uit. Vaak verklaart men het ergens niet mee eens te zijn op grond van een als uitzondering ervaren eigen situatie. Op deze manier worden meerdere voor de kwaliteit van huisvestingsadviezen relevante aspecten spontaan naar voren gebracht.

Het kan zijn dat een groep dan ook zelf kans ziet om aspecten volgens de indeling van het 3P-model te rangschikken. Het kan ook gebeuren dat die iets afstandelijke kijk op de zaak niet spontaan ontstaat. Dan is het aan de inleider om genoemde aspecten op te pikken en een plaats in het model te geven. Het gebruiken van door cursisten zelf gegenereerde aspecten beoogt de cursisten ervan bewust te maken dat:

- zij zelf aan de discussie over kwaliteit kunnen bijdragen;
- kwaliteit te maken heeft met het werk van alledag;
- het bij bevorderen van kwaliteit om dingen gaat die binnen de eigen invloedsfeer liggen.

Overzicht 5.3 toont een voorbeeld van het resultaat van een dergelijke korte discussie in een cursistengroep. De genoemde aspecten zijn nog verre van compleet, maar vormen een goed uitgangspunt voor verdere discussie.

Overzicht 5.3 Door cursisten aangedragen aspecten van kwaliteit van huisvestingsadviezen

-
- PLAN - Welke adviesaanvragen komen op het spreekuur en welke niet?
- Welke kennis heeft de adviserend arts nodig?
- Wat betekenen de KNMG-regels voor dit advieswerk?
- Hoe is de huisvestingsproblematiek in het te verzorgen gebied?
-

- PROCES - In welke gevallen meer informatie vragen aan de handelende sector?
- Wanneer lichamelijk onderzoek?
- Hoe omgaan met medische informatie en informed consent.
-

Dit laatste onderdeel werd opnieuw in drieën onderverdeeld:

- *regels voor huisbezoek (plan)*
 - *wie voert huisbezoek uit en hoe (proces)*
 - *wat moet de opbrengst (meerwaarde huisbezoek) zijn (product)*
-

- PRODUCT - Wordt de cliënt van het advies op de hoogte gesteld?
- Moet het advies beperkt zijn tot een medische uitspraak (bijvoorbeeld: kan geen trappen lopen) of verder gaan (bijvoorbeeld: moet een benedenwoning)?
- Moeten de huisvestingseisen gespecificeerd worden?
-

Elk van de genoemde aspecten behoeft in feite verdere studie en overleg. Daarna kunnen tegen de achtergrond van de doelstelling

gen van huisvestingsadviezen toetsbare criteria worden opgesteld. In het kader van deze vrij beknopte presentatie is daarvoor echter geen gelegenheid.

De vraag naar de kwaliteit van huisvestingsadviezen, een vraag op uitvoeringsniveau, kan overigens ook aanleiding zijn tot het stellen van de meer fundamentele kwaliteitsvraag: dragen huisvestingsadviezen bij aan de gezondheid? Ook de beantwoording van deze vraag valt in principe binnen de competentie van de basisgezondheidsdiensten.

6. NABESPREKING

De literatuur vermeldt verschillende redenen voor kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg. Onder andere worden genoemd dat:

- kwaliteitsbevordering inherent is aan de professionele status en verantwoordelijkheid;
- er een sociaal/maatschappelijke druk is op de professie om een basisgarantie voor zorgvuldig handelen te verstrekken;
- kwaliteitsbevordering eraan bijdraagt het recht op de best mogelijke zorg te verwezenlijken;
- de medische praktijk zich zo kan aanpassen aan de groeiende technische en administratieve complexiteit;
- kwaliteitsbevordering via efficiëntere zorg bijdraagt aan het bestrijden van de stijgende kosten voor gezondheidszorg.

Algemeen gaat men er van uit dat afwachtende vormen van kwaliteitsbewaking of -bevordering, bijvoorbeeld pas reageren bij nalatigheden, inefficiënt en onvoldoende zijn.

Kwaliteitsbevordering dient een actief proces te zijn. Daarbij heeft het geen zin om in globale termen over kwaliteit te spreken. Gezien de vele aspecten zal men uitspraken over kwaliteit steeds moeten specificeren naar onderwerp, dimensies en doel. Beoordeling van 'de kwaliteit van de gezondheidszorg in zijn algemeenheid' is dan ook onhaalbaar. Het is raadzaam om als beginpunt voor kwaliteitsbevordering concrete problemen te nemen. Voor een succesvol proces van kwaliteitsbevordering is het nodig tevens te kiezen voor:

1. een model om de kwaliteitsvraag te benaderen (zie ook overzicht 4.1 stap 2);
2. een stelsel van afspraken waarbinnen het kwaliteitsbevorderingsproces plaats vindt (zie ook overzicht 4.1 stap 1).

6.1 Model voor benadering kwaliteitsvraag

In de literatuur wordt frequent ingegaan op de indeling plan-proces-product. Men beschouwt deze driedeling als een redelijke structurering voor de benadering van de kwaliteitsvraag, alhoewel men de onderlinge relatie complex vindt en deze niet volledig doorgrondt. Doorgaans probeert men vervolgens om via één van de drie invalshoeken de vraag over de kwaliteit te beantwoorden. Dit heeft geleid tot veel discussies over welke benadering het beste is: via plan, proces of product. Het risico op foute gevolgtrekkingen over de kwaliteit wordt bij de plan-benadering het grootst geacht. Als elke ambulance bijvoorbeeld voorzien is van beademingsapparatuur, dan is aan de plan-eisen voldaan, maar wordt er met die apparatuur wel vakkundig omgegaan? Alhoewel men eigenlijk de uiteindelijke product-kwaliteit (outcome) zou willen kennen, wordt het meten van product-kwaliteit niet zonder meer superieur geacht aan proces-kwaliteit. Over het laatste zijn immers veel makkelijker en met minder kosten gegevens te verkrijgen.

Het 3P-model omzeilt de vraag welke keuze beter is door alle invalshoeken in de overweging te betrekken. Het 3P-model helpt om vragen over kwaliteit breed en systematisch te benaderen en in overzichtelijke en hanteerbare stukken te knippen. Zowel bij het zoeken naar voor kwaliteit relevante aspecten, als bij het nemen van kwaliteitsbevorderende maatregelen zijn steeds nadrukkelijk plan-, proces- en productkwaliteit aan de orde. Verwacht wordt dat dit in principe kan leiden tot een rijker en meer samenhangend pakket van kwaliteitsbevorderende activiteiten dan een eenzijdige benadering via slechts één invalshoek.

Het 3P-model is dus bedoeld als denkmodel. Men kan het strikt individueel hanteren of samen met anderen. In groepen kan zo'n eenvoudig model dienen als gemeenschappelijk referentiekader en als taal om elkaar te verstaan. Op die manier kan het helpen

inventariseren welke aspecten bijvoorbeeld bij intercollegiale toetsing betrokken kunnen worden (niveau van individueel beroepsmatig handelen). Maar ook kan het model helpen om met elkaar te denken over de kwaliteit van instellingen (organisatieniveau) of van zorgprocessen (programma-niveau).

6.2 Structuur kwaliteitsbevorderingsproces

Gebleken is dat een door overheden opgelegde kwaliteitsbevordering het risico van een tegengesteld effect in zich draagt. Het gaat niet alleen om een structuur die in potentie de kwaliteit kan bevorderen, men moet ook de deelnemers motiveren. Het in de industriële wereld ontwikkelde idee van kwaliteitskringen (medeverantwoordelijkheid voor en dus betrokkenheid bij de kwaliteit) wordt hiertoe wel als voorbeeld genoemd.

Van de momenteel in ons land door medische beroepsbeoefenaren expliciet uitgevoerde kwaliteitsbevorderende activiteiten, zijn velen op initiatief van de beroepsgroep ontstaan: intercollegiale toetsing in ziekenhuizen, consensus-bijeenkomsten voor de behandeling van omschreven ziektenbeelden, zelftoetsing en intercollegiale toetsing door huisartsen en recent ook op bescheiden schaal door sociaal-geneeskundigen.

Het is essentieel om in de gaten te houden hoe toetsingsnormen tot stand komen. Zijn de normen door empirisch onderzoek vastgesteld of berusten zij op onderlinge afspraken. Vooral bij consensus-bijeenkomsten moet men zich afvragen hoe wetenschappelijk de basis voor de criteria (in feite werkafspraken) is. Dat hierbij ook het niveau van de kwaliteitsvraag van belang is, behoeft geen verder betoog (zie ook 1.3).

Bovengenoemde kwaliteitsbevorderingsactiviteiten hebben met elkaar gemeen dat het gaat om normen voor het individueel be-

roepsmatig handelen. Daarnaast zijn gelijktijdig hooguit één of enkele problemen aan de orde. In beginsel zijn structuren als intercollegiale toetsing en consensusbijeenkomsten dus zeker toepasbaar om omschreven problemen uit het beroepsmatig handelen van sociaal-geneeskundigen aan te pakken.

Tot de taak van vele sociaal-geneeskundigen (managers, beleidsvoorbereiders en in advies- of toezichtfuncties) behoort echter ook het beoordelen, bewaken en/of bevorderen van de kwaliteit op bovenindividueel niveau, bijvoorbeeld de kwaliteit van organisaties of gezondheidszorgprogramma's. Toetsing is dan doorgaans ontoereikend. Dit beperkt zich tot één of enkele onderwerpen en is tijdrovend. In die situatie is dus meer behoefte aan een instrument om op een bredere wijze de kwaliteitsvraag te structureren. Het 3P-model beoogt daaraan bij te dragen. De structuur zelf, een set van afspraken waarbinnen de kwaliteitsbevordering op bovenindividueel niveau plaats kan vinden, wordt door het 3P-model niet geleverd. Het moet echter mogelijk zijn om voor dit niveau van kwaliteitsbevordering structuren (nationaal of regionaal) te creëren die leiden tot een meer uniforme aanpak en die houvast geven aan de deelnemers.

6.3 Perspectief voor ontwikkeling van kwaliteitsbevordering

Enkele jaren geleden werd een onderzoek verricht naar de uitvoering van algemene gezondheidszorg in basisgezondheidsdiensten. Aan de directeurs van die diensten werd toen gevraagd welke methoden van kwaliteitsbevordering in hun dienst werden toegepast. Dat leverde eigenlijk maar twee soorten antwoorden op. Tachtig procent van de directeurs noemde opleiding/nascholing, veertig procent noemde werkoverleg/stafbespreking.

Uit dit rapport moge duidelijk zijn geworden dat kwaliteitsbevordering meer in kan houden. De in dit rapport beschreven pre-

sentatie van het 3P-model is feitelijk nog maar een eerste poging om de belangstelling van sociaal-geneeskundigen voor kwaliteit te verruimen. Daarom worden hieronder enkele perspectieven genoemd waarbij het 3P-model een rol zou kunnen spelen en waarmee de verdere ontwikkeling via het sociaal-geneeskundig onderwijs ondersteund zou kunnen worden:

- het onderwerp kwaliteitsbevordering in alle sociaal-geneeskundige opleidingen opnemen;
- ontwikkelen van applicatie-cursussen voor 'zelf-toetsing', 'intercollegiale toetsing' of 'consensusbijeenkomsten, toegesneden op de diverse takken van sociale geneeskunde';
- ondersteunen van (regionale) kringen van sociaal-geneeskundigen (bijvoorbeeld artsen algemene gezondheidszorg in een provincie) bij het opzetten van kwaliteitsbevorderende activiteiten;
- extra training voor voorzitters/begeleiders van kwaliteitsbevorderende activiteiten (zoals o.a. kwaliteitskringen);
- ontwikkelen van applicatie-cursussen voor kwaliteitsbevordering op organisatie- en programma-niveau;
- systematiseren van de opzet van de supervisie van sociaal-geneeskundigen in opleiding.

Naast toetsings- en consensusbijeenkomsten zou de kwaliteitsbevordering door sociaal-geneeskundigen vorm kunnen krijgen in regionale kringen. Deze kringen zouden dan moeten bestaan uit beroepsgenoten met vergelijkbare werkzaamheden, bijvoorbeeld een kring van bedrijfsartsen, van jeugdartsen, van CB-artsen, van artsen AGZ etc. Via deze kwaliteitskringen zouden vele uitvoerende sociaal-geneeskundigen expliciet betrokken zijn bij de vraag naar de kwaliteit van hun dagelijks werk. De resultaten van de regionale kringen zouden kunnen worden ingebracht in nationale kringen (via vertegenwoordigers van regionale kringen)

en wellicht kunnen leiden tot het vaststellen van een aantal landelijk uniforme kwaliteitsnormen.

6.4 Kwaliteit van de kwaliteitsbevordering

Uiteraard is het nuttig om de kwaliteit van de kwaliteitsbevordering zelf ook te bewaken. Hiertoe kan het 3P-model de richtlijnen geven. Wat men qua plan, proces en product van de kwaliteitsbevordering verwacht, moet duidelijk zijn. Een spontaan gestarte kwaliteitskring, zonder bezinning over de structuur, loopt de kans weer snel uiteen te vallen. Kwaliteitskringen zullen met een doordachte strategie moeten worden opgezet. Het lijkt aannemelijk dat daartoe deskundige ondersteuning noodzakelijk is.

Ook voor bepaling van de strategie bij kwaliteitsbewaking kan het 3P-model een hulpmiddel zijn. Dit geldt bijvoorbeeld zowel voor de manager die op een efficiënte wijze de kwaliteit van zijn organisatie wil bewaken, voor de adviserend geneeskundige bij een ziekenfonds die zich over een groot aantal zorgverleners een oordeel moet vormen, als voor de inspecteurs belast met het Staatstoezicht op de volksgezondheid. Voor de laatste categorie wordt hieronder een voorbeeld wat verder uitgewerkt.

Bij de kwaliteitsbewaking door het Staatstoezicht kan een actief deel (anticiperend, kwaliteitseisen stellend) en een passief deel (bijvoorbeeld wachten op klachten) onderscheiden worden. We beperken ons hier tot het actieve deel en stellen de vraag: hoe kan de actieve kwaliteitsbewaking door het Staatstoezicht het beste vorm krijgen, gegeven de arbeidscapaciteit?

We merken dan op dat de kwaliteitseisen die nu door de inspectie gesteld worden voornamelijk plan-kwaliteitseisen zijn. Bijvoor-

beeld: een functie mag alleen worden uitgevoerd door iemand met een bepaalde opleiding óf op iedere zoveel duizend inwoners moet een functionaris met kenmerken a, b en c zijn. Vaak betreft het daarbij normen om (wettelijk) erkend te worden als instelling voor gezondheidszorg.

Eerder hebben we gezien (6.1) dat aan plan-kwaliteitseisen het grootste risico op foute gevolgtrekkingen is verbonden. Kan het Staatstoezicht haar aandacht dan niet beter verschuiven naar proces- en/of product-kwaliteitseisen? Op voorhand kan gezegd worden dat het beoordelen van product-kwaliteit zo moeilijk en arbeidsintensief is, dat dit zich niet leent voor een continue en systematische uitvoering. Blijft dus over de proces-kwaliteit. Ook hier is het evident dat het fysiek onmogelijk is voor inspecteurs van regionale- of hoofdinspectie om doorlopend voor alle beroepsbeoefenaren en instellingen in hun werkgebied de kwaliteit van het zorgproces te beoordelen. De indeling van het 3P-model brengt ons echter op de gedachte dat het misschien niet altijd nodig is om de inhoud van dat zorgproces te kennen. Men zou naar de proces-kwaliteit kunnen kijken met de vraag: doet deze beroepsbeoefenaar of instelling überhaupt aan bevordering van de kwaliteit van zijn/haar werk?

Als proces-kwaliteitseis zou dus kunnen gelden het deelnemen aan kwaliteitsbevordering. Groepen van beroepsbeoefenaren of instellingen (zoals de eerdergenoemde kwaliteitskringen) zouden bovendien de resultaten van hun kwaliteitsbevorderingsactiviteiten aan de inspectie kunnen overleggen. Voor het Staatstoezicht zou dat waarschijnlijk leiden tot een, gegeven de arbeidscapaciteit, uitvoerbare strategie voor kwaliteitsbewaking: plan-kwaliteits-eisen aangevuld met één proces-kwaliteitseis en de mogelijkheid om, waar nodig, dieper op de kwaliteitsvraag in te gaan.

Weliswaar zou het bovenstaande een door de overheid opgelegde kwaliteitsbevordering inhouden (zie ook 6.2). Daartegenover staat dat de vorm van deelname aan kwaliteitsbevordering door

beroepsbeoefenaren en instellingen zelf bepaald zou kunnen worden. Als kwaliteitsbevordering inherent is aan de professionele status en als de maatschappelijke eis tot het zich verantwoorden van de gezondheidszorg als gegeven wordt aanvaard, dan zijn van een dergelijke proces-kwaliteitseis toch eigenlijk geen problemen te verwachten.

6.5 Besluit

Te verwachten valt dat de gezondheidszorg zich in de toekomst steeds meer expliciet tegenover de maatschappij zal moeten verantwoorden. Duidelijk is dat daarbij vooral voor sociaal-geneeskundigen de kwaliteitsvragen op het niveau boven dat van de individuele beroepsbeoefenaar van belang zijn. Met het 3P-model is een aanzet gegeven om met name op dat niveau te kunnen anticiperen.

Aan de sociaal-geneeskundigen in ons land is nu de uitdaging om gezamenlijk een systematische kwaliteitsbevordering van de grond te krijgen. Voor de opleidingen sociale geneeskunde is daarbij in potentie een belangrijke ondersteunende en initiërende rol weggelegd. Moge dit rapport daarvoor een stimulans en leidraad zijn.

LITERATUUR

- ANONYMUS. Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen. Rapport van een Gemeenschappelijke Commissie ingesteld door de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen en de Landelijke Specialisten Vereniging, 1976.
- BERG, S.A. VAN DEN. Supervisie arbeids- en bedrijfsgeneeskunde; modellen en procedures. T. Soc. Gezondheidszorg. 62 (1984) 645-649
- BLANKEN, K. Onderlinge toetsing en kwaliteitsbevordering in de huisartsengeneeskunde. Utrecht, St. Toetsing Huisartsen, 1985.
- BLOOM, B.S., M.D. ENGELHART & E.J. FURST. Taxonomy of educational objectives; the classification of educational goals. Handbook 1: Cognitive domain. New York, Longmans, 1956.
- BRANDSMA-VAN DER LAAN, M. Kwaliteitsbewaking in de sociale geneeskunde. Leiden, NIPG-TNO, 1985. Scriptie Opleiding Algemene Gezondheidszorg.
- CASPARIE, A.F. Maatstaven voor een goede zorg; consequenties voor de medische praktijk van alle dag. Med. Contact 38 (1983) 344-350
- CENTRAAL BEGELEIDINGSORGAAN VOOR DE INTERCOLLEGIALE TOETSING. Onderwerpen voor toetsing in het ziekenhuis: een inventarisatie; 2e herz. uitg. Utrecht, CBO, 1984.
- CREBOLDER, H.F.J.M. Intercollegiale toetsing via waarneemgroepen een haalbare kaart? Een explorerend onderzoek naar de condities; Utrecht, St. Toetsing Huisartsen, z.j.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund Q. 44 (1966), 166-203
- DONABEDIAN, A. Needed research in the assessment and monitoring of the quality of medical care. Z.pl., NCHSR, 1978.
- DUNCAN, A. Process and outcome. quality assurance: what now and where next? Br. Med. J. 280 (1980) 300-302
- FINK, A. & J. KOSECOFF. An evaluation primer. London, Sage, 1978.

- GREEN, R. Assuring quality in medical care; the state of the art
Cambridge (Mas.), Ballinger, 1976.
- GROL, R.P.T.M. & P.J.R. MESKER. Huisarts en onderlinge toetsing:
Methoden, normen, protocollen; 2e dr. Utrecht, Bunge, 1986.
- GROL, R., H. MOKKINK & F. SCHELLEVIS. Effecten van onderlinge
toetsing: I. Spreekuurgedrag van huisartsen. Huisarts Wet.
29 (1986) 99-103
- HOEKSTRA, P. & L.N.J. VERZELLENBERG. Kwaliteitskringen in de
gezondheidszorg. Med. Contact 37 (1982) 317-320
- JACOBS, C.M., T.H. CHRISTOFFEL & N. DIXON. Measuring the quality
of patient care: the rationale for outcome audit. Cambridge
(Mas.), Ballinger, 1976.
- KESSNER, D.M., C.E. KALK & J. SINGER. Assessing health quality-
the case for tracers. N. Engl. J. Med. 288 (1971) 189-194
- KRATHWOHL, D.R., B.S. BLOOM & B.B. MASIA. Taxonomy of educatio-
nal objectives; the classification of educational goals.
Handbook II: Affective domain. New York, McKay, 1967.
- McAULIFFE, W.E. Measuring the quality of medical care: Process
versus Outcome. Milbank Mem. Fund Q. 57 (1979) 118-152
- McLACHLAN, G. A question of quality? Roads to assurance in medi-
cal care. London, Nuffield Prov. Hosp. Trust, 1976.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. De kwaliteits-
bewaking in de gezondheidszorg. Tweede Kamer, zitting 1979-
1980, 16224, nr. 1-2.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Richtlijnen
en kwaliteitseisen. Rijswijk, 1986.
- MINTZBERG, H. The structuring of organizations. Englewood
Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1979.
- OOIJENDIJK, W.T.M. & H.P.A. VAN DE WATER. De uitvoering van
algemene gezondheidszorg binnen basisgezondheidsdiensten.
Leiden, NIPG-TNO, 1984.
- RAMPEN, F.H.J. & PH. RUMKE. Consensus melanoom van de huid. Ned.
Tijdschr. Geneesk. 129 (1985) 785-788
- REERINK, E. Oordeelsvorming door de medicus: de rol van kwali-
teitsbevordering. T. Soc. Gezondheidsz. 58 (1980) 204-207

REERINK, E. Quality assurance in the Netherlands; experiences with peer review in hospital care. Utrecht, CBO, 1983.

RIJDT-VAN DE VEN, A.H.J., A.M. TOUW & J.B. DE GROOT. Onderlinge toetsing van huisartsen; dl A., Utrecht, St. 0 & 0, 1985.

STOLTE, J.B. Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. Ned. Tijdschr. Geneesk., 121 (1977) 670-675

VERBURG, P. Enkele bedrijfskundige aspecten van de kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. T. Soc. Gezondheidsz. 59 (1981) 642-648

VOORT, H. VAN DER. Zelftoetsing; draaiboek voor groepen. Utrecht, NHG, 1982.

VUORI, H.V. Quality assurance of health services; concepts and methodology. Copenhagen, WHO, 1982.

B I J L A G E N

Bijlage 1

Oefening 1: kwaliteit van de huisarts

Deze oefening wordt gemaakt met behulp van een setje van 10 kaartjes, dat aan elke cursist wordt uitgereikt.

De opdracht voor deze oefening luidt:

Wat verstaat u onder een goede huisarts? Op bijgaande kaartjes zijn stellingen neergeschreven over kenmerken van een goede huisarts. Welke kenmerken acht u belangrijk voor een huisarts? Wilt u de 10 kaartjes sorteren op volgorde van belangrijkheid. Het volgens u belangrijkste kenmerk komt bovenop, daarna het op één na belangrijkste kenmerk enz.

U hebt voor deze oefening 10 minuten. De kaartjes worden u in willekeurige volgorde aangeboden. De nummers op de kaartjes dienen uitsluitend voor de verwerking.

De stellingen op de kaartjes zijn de volgende:

1. Een goede huisarts werkt in een groepspraktijk.
2. Een goede huisarts legt zijn patiënten uit waarom hij iets doet of voorschrijft.
3. Een goede huisarts behandelt niet alleen je ziekte, maar heeft ook belangstelling voor je persoon.
4. Een goede huisarts verwijst je gauw door naar een specialist.
5. Een goede huisarts weet dadelijk de juiste diagnose en behandeling vast te stellen.
6. Een goede huisarts heeft voor elke kwaal wel een middeltje achter de hand.
7. Een goede huisarts toont zich zeker in zijn optreden.
8. Een goede huisarts volgt regelmatig nascholingscursussen.
9. Een goede huisarts komt direct als je hem belt.
10. Een goede huisarts vertelt je precies hoe ernstig het is.

Bijlage 2

Oefening 2: kwaliteit van acute hulpverlening

Ook deze oefening wordt gedaan aan de hand van een setje kaartjes, in dit geval 15.

De opdracht voor deze oefening luidt:

Er wordt wel eens getwijfeld aan de mate waarin patiënten vrij zijn om hun entree tot het systeem van de gezondheidszorg te kiezen. Vrije huisartsen- of specialistenkeuze zou niet werkelijk bestaan. Er zijn ook patiënten die zeker niet naar eigen inzicht kunnen kiezen, omdat ze getroffen worden door een hart- en ademstilstand. Binnen een minuut raken ze buiten kennis en het hangt van een aantal toevalligheden af hoe snel (een vooruitgeschoven post van) het gezondheidszorgsysteem zich bij een dergelijke patiënt meldt en de behandeling kan aanvangen: gebeurt het onheil thuis of op straat, is de huisarts bereikbaar of juiste visite aan het rijden, is er een ambulance beschikbaar, is er een ziekenhuis in de buurt enz. Blijft behandeling te lang uit dan kan de patiënt ten gevolge van het (tijdelijke) zuurstoftekort schade aan de hersenen overhouden of overlijden. Op bijgaande kaartjes zijn een aantal stellingen neergeschreven over:

1. eisen die men aan een adequate hulpverlening zou kunnen stellen, en
2. maatstaven om van een geslaagde hulpverlening/behandeling te kunnen spreken.

Sorteer de kaartjes in twee stapeltjes n.l. "mee eens" en "niet mee eens" uitgaande van de twee bovengenoemde criteria.

U hebt voor deze oefening 15 minuten. De kaartjes worden u in willekeurige volgorde aangeboden. De nummers op de kaartjes dienen uitsluitend voor de bewerking.

De stellingen op de kaartjes zijn de volgende:

1. Een resuscitatie is geslaagd indien de patiënt levend in het ziekenhuis aankomt.
2. Indien een huisarts een melding van een hart- en ademstilstand krijgt moet deze zijn werk onderbreken en zich onmiddellijk naar de patiënt spoeden.
3. Een EHBO-opleiding is voor ambulancepersoneel voldoende, ook ter behandeling van hart- en ademstilstanden.
4. Resuscitatie behoort tot de verplichte opleidingsstof voor aankomende huisartsen.
5. Net als in Seattle (USA) zou minstens 10% van de bevolking getraind moeten zijn in de resuscitatie techniek om een adequate eerste opvang van hart- en ademstilstand te bereiken.
6. Elke ambulance dient te zijn uitgerust met hartbewakingsapparatuur en een defibrillator.
7. Indien een huisarts een melding van een hart- en ademstilstand krijgt moet deze (ongeacht de juistheid van deze melding) onmiddellijk een ambulance naar de patiënt sturen.
8. Een resuscitatie is geslaagd indien de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis weer volledig kan functioneren inclusief het verrichten van zijn/haar gebruikelijke arbeid.
9. Een resuscitatie is geslaagd indien de patiënt weliswaar zijn/haar verdere leven aan een rolstoel is gekluisterd, maar de geestelijke vermogens volledig intact zijn gebleven.
10. Een resuscitatie is geslaagd ook als de patiënt zijn/haar verdere leven i.v.m. lichamelijke en/of geestelijke invaliditeit verpleging behoeft.
11. 30 Minuten dient de maximale vervoerstijd te zijn van een willekeurige plaats in Nederland tot een ziekenhuis met een afdeling "hartbewaking".
12. Patiënten op oudere leeftijd die levensmoe zijn, omdat zij lijden aan een onbehandelbare ernstige invaliderende hart-

kwaal, zouden eigenlijk niet geresusciteerd moeten worden als zij een hart- en ademstilstand krijgen.

13. Patiënten met een hart- en ademstilstand dienen met de grootste spoed (eventueel onder politie-escorte) naar een ziekenhuis te worden vervoerd.
14. Een resuscitatie is geslaagd als de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis weliswaar voor het verrichten van arbeid moet worden afgekeurd, maar verder wel zelfstandig kan blijven functioneren.
15. Voor spoedeisende gevallen als hart- en ademstilstand moet elk moment van de dag een bemande ambulance ter beschikking staan.

Bijlage 3

Oefening 3: de kwaliteit van huisvestingsadviezen

Oefening 3 wordt klassikaal gedaan. De opdracht luidt:

U houdt het zogenaamde huisvestingsspreekuur. Dit is bestemd voor mensen die op medische gronden in aanmerking denken te komen voor een andere huisvesting. Een medische urgentie-verklaring zet deze mensen wat meer vooraan in de rij wachtenden bij het gemeentelijk bureau huisvesting.

Het is een druk spreekuur. Gemiddeld hebt u zo'n 7 minuten per geval. Er verschijnt een man in uw spreekkamer. Het is de heer P., oud 63 jaar. Het valt u op dat hij met zijn linker been trekt. Hij vertelt op een bovenwoning te wonen (2 trappen op) en steeds meer moeite te hebben met het traplopen door pijn in zijn linkerheup. Hij zou graag verhuizen naar een benedenwoning. Verder uitvragen leert u dat de pijn geleidelijk is begonnen, maar dat hij nu af en toe tabletten moet slikken omdat de pijn niet te dragen is. Sinds 10 jaar leeft de man van een WAO-uitkering. Hij had een baan als chef bij een fabriek, maar na een bromfietsongeval kon hij niet meer tegen het werk op.

Als de man vertrokken is, twijfelt u over het te geven advies. Het geval maakte op u wel een serieuze indruk. Een indicatie voor een benedenwoning zou de man waarschijnlijk niet helpen. Dan moet hij zeker 5 jaar wachten. U overweegt de indicatie "gelijkvloers met lift (= flat)". Voor alle zekerheid besluit u de huisarts van de man te bellen. Deze heeft de man al jarenlang niet gezien. Trouwens vroeger kwam hij ook niet vaak op het spreekuur. Meneer P. dopte z'n eigen boontjes. Alleen 10 jaar geleden had hij hem gezien na een bromfietsongeval. Waarschijnlijk had de man een lichte commotio cerebri gehad. Hij had geen bedrust genomen en klaagde later over concentratiestoornissen. Een EEG had uiteindelijk diffuse afwijkingen opgeleverd.

Vervolgens was meneer P. afgekeurd.

Vraag 1.: wat moet hier volgens u geadviseerd worden?

Vraag 2.: wat vindt u van de kwaliteit van deze advisering?

