

Kwaliteit, disciplineren en sturing

Een historisch sociologisch onderzoek naar de vormgeving
van kwaliteit van zorg in ziekenhuizen

Samenvatting

van het proefschrift van
Lia de Vos

De openbare verdediging vindt plaats op
donderdag 15 mei 2014 om 13.30 uur
in de senaatszaal, Erasmus universiteit Rotterdam.



Promotiecommissie

Promotor: Prof.dr. R.A. Bal (promotor)

Overige leden: Prof.dr. P.L. Meurs
Prof.dr. N.S. Klazinga
Prof.dr. E.H. Tonkens

Co-promotor: Dr. A.M.V. Stoopendaal (co-promotor)

© C. de Vos, 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

ISBN: 0978-90-6464-756-7

Samenvatting proefschrift

Doel van dit proefschrift is het vergroten van het inzicht hoe veranderingen in de vormgeving van de kwaliteit van ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en welke factoren deze veranderingen hebben beïnvloed. Hiertoe wordt de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen in een bredere en dynamische context van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen geplaatst. Onderzocht wordt hoe de verschuiving heeft plaatsgevonden van een door de medische professie gecontroleerd systeem naar een systeem waar de beroepsgroep zijn zeggenschap met andere actoren moet delen en nieuwe sturingsmechanismen naast reeds bestaande zijn geïntroduceerd. Daartoe worden de veranderingen in de rol van de overheid en andere veldpartijen en de invloed van financiële, bestuurlijke en maatschappelijke ontwikkelingen onderzocht.

De historische analyse in dit proefschrift geeft inzicht in de wijze waarop duurzame collectieve gedragspatronen (regulerende patronen) veranderen. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de theorievorming over institutionele veranderingen en over sturing van de kwaliteit van ziekenhuiszorg.

Deel I

Deel I van het proefschrift bestaat uit vier hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 bespreekt de motivatie voor het thema van de dissertatie en behandelt het ontstaan van de leidende onderzoeksvraag: *'Hoe is de kwaliteit van ziekenhuiszorg vormgegeven, welke veranderingen hebben zich hierin de afgelopen decennia voorgedaan en hoe kunnen we deze veranderingen begrijpen?'* Besloten is gebruik te maken van de clustering van kwaliteit van zorg door de Nationale Raad van de Volksgezondheid uit 1986 in organisatorische, methodisch technische en patiëntgerelateerde aspecten. Tegelijkertijd wordt betoogd dat de praktische definitie van kwaliteit afhankelijk is van het werk van en de verhouding tussen de betrokken actoren en veranderlijk is in de tijd. De opgave van het proefschrift is deze veranderingen te achterhalen. Ingezoomd wordt op de regulerende mechanismen die hierop van invloed zijn, zoals maatschappelijke ontwikkelingen, de invloed van nieuwe wetten en actoren, wijzigingen in verantwoordelijkheden en financieringsstructuur en subsidiëring van landelijke kwaliteitsactiviteiten. Specifiek wordt de rol van regulerende patronen hierbij onderzocht. Een regulerend patroon wordt gedefinieerd als: *'een collectief gedragspatroon dat het samenleven van mensen vormgeeft en door middel van socialisatieprocessen wordt overgedragen'*.

Hoofdstuk 2 geeft een selectie van veertien verwonder- en leermomenten uit de praktijk van de onderzoeker in de ziekenhuiswereld in de periode 1989 tot 2007. Het betreft een aantal korte casussen die laten zien hoe gedrag bepalend is voor kwaliteit, maar ook hoe kwaliteitsonderwerpen in de loop der tijd veranderen. Dit overzicht schetst een beeld van de wijze waarop ziekenhuizen in deze periode omgingen met landelijke kwaliteitsontwikkelingen en hoe aan het interne kwaliteitsbeleid werd vormgegeven.

In **Hoofdstuk 3** wordt een theoretische onderbouwing gegeven van het uitgangspunt van het onderzoek, dat de samenleving van mensen gevormd wordt door regulerende patronen en dat deze patronen de kwaliteit van zorg vormgeven. Met behulp van vier sociale theorieën is een theoretisch kader geformuleerd ter ondersteuning van de analyse van regulerende patronen. De civilisatietheorie van *Elias* laat zien, dat ontwikkelingen in de vormgeving van gedrag samenhangen met bredere veranderingen in de maatschappij. *Foucault* verheldert met zijn beschrijving van het voortschrijdende proces van maatschappelijke disciplinerende de ontwikkeling van toenemende standaardisering en

controle. *Bourdieu* biedt door zijn vertaling van het begrip ‘macht’ naar economisch, cultureel, en sociaal kapitaal, verklaringen voor het verloop en de uitkomsten van de machtsstrijd tussen de verschillende veldpartijen en *De Swaan* tenslotte maakt duidelijk hoe vereniging van individuen in een collectief de kans op het bereiken van gezamenlijke doelstellingen vergroot en hoe dit samenhangt met individuele zelfdisciplineren.

Hoofdstuk 4 geeft de methodologische verantwoording van de historisch sociologische reconstructie van de kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen. Het gaat ondermeer in op de analyse en het vaststellen van de regulerende patronen. Met de reconstructie en analyse wordt de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen en de positionering en invloed van de verschillende partijen – overheid, medisch specialisten, (besturen van) ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) – inzichtelijk gemaakt.

Tevens biedt dit hoofdstuk een methodologische verantwoording van de selectie van vijf specifieke kwaliteitsactiviteiten, die in het derde deel worden onderzocht en waarvan de specifieke invloed op de algemene kwaliteitsontwikkeling in ziekenhuizen wordt geanalyseerd.

Deel II

Deel II, dat bestaat uit hoofdstuk 5 en 6, doet verslag van het eerste deel van het empirisch onderzoek.

Hoofdstuk 5 beschrijft de historie van de kwaliteitsontwikkeling vanaf de toedeling van de verantwoordelijkheid voor kwaliteit aan de medische professie in de 19^e eeuw tot het moment dat in 1985 kwaliteit een politiek agendapunt wordt. Veel veranderingen die in de loop der tijd binnen de medische beroepsgroep plaatsvinden blijken een gevolg van externe en interne disciplineren en gericht op behoud van de maatschappelijke positie. Binnen de medische professie blijken vijf regulerende patronen de vormgeving van kwaliteit te beïnvloeden. In deze periode krijgt de overheid door toenemende maatschappelijke druk steeds meer verantwoordelijkheden voor de *gezondheid van* en de *gezondheidszorg voor* de burgers. Om daaraan te kunnen voldoen richt de overheid in de loop van de 20^e eeuw allerlei ondersteunende instituten en adviesorganen op. Door de toenemende complexiteit van de ziekenhuizenzorg neemt in de 20^e eeuw binnen de ziekenhuizen het aantal afspraken en regels gestaag toe. Dit wordt in de tweede helft van deze eeuw nog eens extra versterkt door de externe druk van telkens nieuwe wetten en regels. De behoefte van ziekenhuisbestuurders aan onderlinge afspraken om op landelijk niveau bij beleidsdiscussies een rol te kunnen spelen wordt sterker. Vanaf de jaren zeventig veranderen de spelregels in relatie tot de kwaliteit van zorg, zowel door wetten en regels, als door toename van toezicht en controle en veranderingen in de financieringsstructuur. Door de maatschappelijke ontwikkelingen van ontzuiling, democratisering en individualisering gaan burgers met een andere blik naar de zorg kijken. De vraag naar controle van het medisch handelen groeit, evenals de verwachting van burgers dat de overheid hiervoor de juiste condities en voorwaarden schept.

Aan het einde van deze onderzoeksperiode (1985) spelen ziekenhuizen, zorgverzekeraars en patiënten(organisaties) niet of nauwelijks een rol bij de vormgeving van de medische kwaliteit in ziekenhuizen. Dit verandert in de periode daarna.

Hoofdstuk 6 beschrijft de ontwikkelingen vanaf 1985 tot en met 2012. Positiebehoud is voor medisch specialisten ook in deze periode belangrijk. De bij de beroepsgroep eerder geconstateerde regulerende patronen veranderen niet. Wel wordt de onderlinge samenhang sterker. Dit komt onder andere tot uiting in de ontwikkeling van een eigen kwaliteitssysteem gericht op de professionele

kwaliteit. De overheid richt zich steeds meer op het creëren van condities en voorwaarden voor ‘de kwaliteit’ van de gezondheidszorg. Door wetgeving, subsidieverstrekking, veranderingen in de financiering en de opzet van landelijke kwaliteitsprogramma’s wordt de invloed van de overheid op het functioneren van het veld sterker, daarbij ondersteund door adviesorganen en toezichthouders. Binnen de ziekenhuizen krijgen regels en afspraken steeds vaker een kwaliteitslabel en ze gaan deel uitmaken van het kwaliteitssysteem van de organisatie, mede beïnvloed door wettelijke verplichtingen en vragen van externe partijen (inspectie, zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties). Ziekenhuisbestuurders krijgen de integrale verantwoordelijkheid voor de ziekenhuiskwaliteit en stellen ondersteunende functionarissen aan voor het nakomen van formele externe kwaliteitseisen en verantwoording aan externe partijen. Door externe eisen wordt de vormgeving van kwaliteit binnen de ziekenhuizen steeds meer gestandaardiseerd. De rol van patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars bij kwaliteitsdiscussies wordt groter. Beide partijen richten een collectief op om op landelijk niveau als gesprekspartner te kunnen functioneren. Wetgeving ter verbetering van de positie van patiënten en subsidieverstrekking aan patiëntenorganisaties versterken de positie van de patiënt binnen de zorgverlening. Patiëntenorganisaties worden toegelaten in allerlei besluitvormende gremia en de patiënt wordt naast zorgvrager ook zorgafnemer en geeft vaker een oordeel over de kwaliteit.

Het aantal wetten en regels specifiek voor de ziekenhuiskwaliteit neemt in snel tempo toe. In eerste instantie gericht op grote lijnen zoals de kwaliteitswet, maar later ontstaan ook specifieke regels voor kwaliteitsverantwoording, bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met de uitbreiding van het aantal veldpartijen en de groeiende belangstelling voor het verantwoorden van de kwaliteit, wordt duidelijk, dat de prioriteiten van partijen bij bepaalde kwaliteitsaspecten verschillen, met als gevolg strijd om de prioriteitstelling. In de maatschappij groeit de vraag naar transparantie van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg.

Een groot deel van de eerder vastgestelde regulerende patronen blijkt sinds 1985 niet of nauwelijks te zijn veranderd. Wel spelen ze een nadrukkelijker rol bij de vormgeving van kwaliteit. Disciplinerend is steeds belangrijker geworden. Dit komt ook tot uiting in de formulering van de nieuwe regulerende patronen die in deze periode zijn ontstaan.

Deel III

Deel III omvat het tweede deel van het empirisch onderzoek en geeft in hoofdstuk 7 tot en met 11 een beschrijving en analyse van vijf geselecteerde landelijke kwaliteitsactiviteiten. De samenhang tussen de betreffende kwaliteitsactiviteit en de eerder geconstateerde regulerende patronen wordt in kaart gebracht en er wordt vastgesteld welke specifieke regulerende patronen door de activiteit zijn ontstaan.

Hoofdstuk 7 behandelt de *richtlijnontwikkeling*. In een tijdsbestek van enkele decennia hebben zich verschillende veranderingen voorgedaan in de functie en het gebruik van richtlijnen. In de jaren tachtig krijgen richtlijnen, naast kennisoverdracht, een rol als kwaliteitsverbeterinstrument, in de jaren negentig worden ze een middel om de interdoktervariantie terug te dringen. In de 21^e eeuw worden allerlei thema’s aan de richtlijnen gekoppeld, zoals kosteneffectiviteit, multidisciplinariteit, patiëntenparticipatie, bekostiging en verantwoording (ondermeer via indicatoren). Daardoor worden richtlijnen voor de andere veldpartijen – inspectie, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties – steeds belangrijker. Aan het einde van het eerste decennium van de 21^e eeuw ontstaan twee parallelle trajecten:

(1) De medische professie tracht de regie over de richtlijnen weer terug te krijgen door het ontwikkelen van registratiesystemen waarmee ze zelf informatie verkrijgt over de toepassing ervan en door de oprichting van een kwaliteitskoepel met als kerntaak richtlijnontwikkeling.

(2) De minister tracht de ontwikkeling van richtlijnen te bevorderen door eerst een Regieraad in te stellen met de opdracht te inventariseren welke richtlijnen tot stand moeten komen en vervolgens te besluiten tot oprichting van een Kwaliteitsinstituut dat de verantwoordelijkheid krijgt voor de prioritering van richtlijnen.

Hoofdstuk 8 beschrijft de *kwaliteitsvisitatie*. De basis hiervoor ligt in de opleidingsvisitatie en de intercollegiale toetsing, mede geactiveerd door discussies over certificering van instellingen. Kwaliteitsvisitatie wordt in een korte tijdspanne landelijk ingevoerd. In de jaren tachtig onderzoekt de Nederlandse vereniging voor heelkunde of visitatie bij niet opleidingspraktijken kan worden ingevoerd en in de jaren negentig ontwikkelt iedere wetenschappelijke vereniging een eigen visitatiesysteem. De succesvolle snelle invoering is mede te danken aan bekendheid met het systeem van visitatie, gerichtheid op de maatschap (en niet op het individu) en vertrouwelijkheid van de resultaten. De verplichting tot deelname aan visitatie ten behoeve van herregistratie als onderdeel van de wet BIG impliceert ook nog eens wettelijke dwang. In de loop der tijd wordt de visitatie meer gericht op het individueel functioneren.

Hoofdstuk 9 gaat in op de *ziekenhuisaccreditatie*. De basis hiervoor ligt in de tweede helft van de jaren tachtig, wanneer naar aanleiding van het rapport van de commissie Dekker een discussie op gang komt over certificering van instellingen in de gezondheidszorg. Certificatie en accreditatie leiden beide tot een keurmerk dat aangeeft of aan bepaalde maatstaven is voldaan. Certificatie is een *extern* controlesysteem, omdat toetsing plaatsvindt door een onafhankelijke instelling. Bij accreditatie wordt getoetst door een auditorenteam uit de eigen geledingen, dit is een *intern* controlesysteem. Ziekenhuizen kiezen voor interne controle. In 1989 wordt de stichting PACE (Project Accreditatie Algemene Ziekenhuizen) opgericht en worden kwaliteitsnormen ontwikkeld voor 35 verschillende ziekenhuisonderdelen. Na proefaccreditaties in 1996 en 1997 wordt in december 1998 het NIAZ (Nederlands Instituut Accreditatie Ziekenhuizen) opgericht en een overkoepelende kwaliteitnorm geformuleerd die geldig is voor het hele ziekenhuis. De afspraak binnen de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), dat in 2005 alle ziekenhuizen moeten beschikken over een initiële NIAZ-accreditatie, wordt door nogal wat ziekenhuizen niet nagekomen. In 2010 is 55% van de ziekenhuizen in het bezit van een NIAZ-accreditatie.

Hoofdstuk 10 reconstrueert de ontwikkeling van een gestandaardiseerde *landelijke enquête voor ziekenhuispatiënten*. Evenals in andere sectoren is de mening van 'de klant' de afgelopen decennia een belangrijk aandachtsgebied geworden. Diverse pogingen worden ondernomen om tot een breed geaccepteerde gestandaardiseerde enquête te komen. In de eerste helft van de jaren negentig onderneemt de Patiëntenfederatie (NPCF) een eerste poging, eind jaren negentig gevolgd door de Consumentenbond. Beide enquêtes krijgen na de pilotfase geen vervolg. Begin 20^e eeuw ontwikkelen de academische ziekenhuizen een eigen vragenlijst die al snel wordt geadopteerd door de koepel van algemene ziekenhuizen, maar lang niet alle ziekenhuizen besluiten tot participatie. In 2005 ontwikkelen de zorgverzekeraars een patiëntenenquête die wordt uitgezet onder hun verzekerdenbestand. Vervolgens ontwikkelt het onderzoeksinstituut NIVEL, gefinancierd door de organisatie voor gezondheidsonderzoek, ZonMw, op basis van de eerder ontwikkelde vragenlijsten, de *Consumer Quality Index*, een gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten. In 2006 wijst de overheid deze methodiek aan als de standaard voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Hoofdstuk II behandelt de *indicatorontwikkeling*. Gegevens van specifieke patiëntengroepen en behandelingen vormen een belangrijke kennisbron voor kwaliteitsverbetering. Door deze gegevens in meetbare normen uit te drukken kan worden vastgesteld of een bepaald afgesproken niveau van kwaliteit is behaald. Al in de jaren zestig wordt begonnen klinische en poliklinische gegevens op landelijk niveau te verzamelen, analyseren en terug te koppelen. Pas eind 20^e eeuw krijgt deze informatie een kwaliteitslabel en in de ziekenhuizen begint men over (kwaliteits)indicatoren te spreken. Tijdens de Leidschendamconferentie in 2000 maken de veldpartijen de afspraak om kwaliteitsindicatoren te gaan ontwikkelen. In 2003 komen, specifiek ten behoeve van het toezicht van de Inspectie van de Gezondheidszorg, indicatoren tot stand, de zogenaamde IGZ-basisset. In 2007 start het programma Zichtbare Zorg waarin indicatoren worden ontwikkeld voor gebruik door alle veldpartijen en in 2010 besluit de minister dit programma onder te brengen in een nieuw op te zetten kwaliteitsinstituut. Daarnaast ontwikkelen verschillende partijen, zoals verzekeraars, beroeps- en patiëntenorganisaties, ook eigen indicatoren.

Deel IV

Deel IV bestaat uit hoofdstuk 12. Het eerste deel van dit hoofdstuk gaat in op belangrijke uitkomsten van het onderzoek en blikt terug op de bijdrage van het theoretisch kader. Het tweede deel richt zich op de implicaties van de studie, geeft aanbevelingen voor de toekomst en reflecteert op het onderzoek en de rol van de onderzoeker. Het hoofdstuk besluit met een aantal inzichten.

Belangrijke uitkomsten

Tot een aantal decennia geleden lag de verantwoordelijkheid voor de medische kwaliteit in ziekenhuizen nog volledig bij de medisch specialisten. In de jaren zeventig van de 20^e eeuw gaan overheid en politiek zich ermee bemoeien, gevolgd door de inspectie en de bestuurders van ziekenhuizen. Medische kwaliteit wordt een integraal onderdeel van de ziekenhuiskwaliteit en in het laatste decennium voor de eeuwwisseling gaan ook patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars een rol spelen bij de vormgeving. Het sociale veld van de ziekenhuiszorg heeft hierdoor een andere samenstelling gekregen. Door overheveling van economisch kapitaal en het verstrekken van subsidies aan bepaalde partijen zorgt de overheid voor machtsverschuivingen in dit veld. Dit heeft betekenis voor de regulerende patronen in het veld en daarmee voor de vormgeving van de ziekenhuiskwaliteit.

Het onderzoek naar de relaties tussen kwaliteitsactiviteiten en regulerende patronen bevestigt de sterker wordende samenhang tussen de regulerende patronen binnen de beroepsgroep van medisch specialisten. Door de landelijke kwaliteitsactiviteiten neemt het aantal ondersteunende functionarissen binnen de ziekenhuizen nog verder toe en de deelname aan landelijke kwaliteitsprojecten versterkt de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen voor kwaliteit. Duidelijk wordt ook dat de overheid steeds vaker invloed uitoefent op de zorginhoud en dat kwaliteitsactiviteiten de maatschappelijke vraag naar transparantie versterken.

Door geloof in de juistheid van een kwaliteitsactiviteit wordt die activiteit een vanzelfsprekend onderdeel van de zorgverlening. Dit komt tot uiting in het ontstaan van specifieke aan de kwaliteitsactiviteit gekoppelde regulerende patronen. Deze patronen blijken alleen te ontstaan indien alle drie gelijkvormigheidsprocessen zich voordoen: nabootsing, het ontstaan van professionele normen en dwang vanuit een machtige externe instantie.

Uit het onderzoek blijkt dat, van de verschillende kenmerken waarin kwaliteitsactiviteiten zich onderscheiden, alleen het kenmerk 'overheidssubsidie' van invloed is op bestaande regulerende

patronen. Overheidssubsidiëring vormt voor partijen een belangrijke reden om aan een kwaliteitsactiviteit deel te nemen. Deze financiering door een 'machtige instantie' leidt niet alleen tot gedwongen gelijkvormigheid, maar ook tot nabootsing uit angst voor negatieve consequenties. De specifieke regulerende patronen die door dergelijke kwaliteitsactiviteiten ontstaan gaan, als gevolg van zelfdisciplinerende gecombineerd met de mogelijkheid van sancties, ook invloed uitoefenen op al bestaande regulerende patronen.

Bijdrage theoretisch kader

Toepassing van onderdelen uit alle vier de sociale theorieën heeft een bijdrage geleverd aan het begrijpen en analyseren van de historische ontwikkelingen. Door op zoek te gaan naar regulerende patronen en veranderingen hierin in kaart te brengen is inzicht verworven in de oorzaken van veranderingen in de vormgeving van ziekenhuiskwaliteit in de afgelopen decennia en waarom disciplinerende hierbij een steeds belangrijker rol ging spelen. Behalve de invloed van regulerende patronen op verschillende niveaus vormt ook het geloof in de juistheid van een bepaalde activiteit of handeling een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van veranderingen. De toenemende disciplinerende wordt bevestigd door het feit dat alle vier de vormen van disciplinerende die in het theoretisch kader worden genoemd (ten behoeve van economisch nut, individueel voordeel, noodzaak van bewijsbare kwalificaties en door toename van regels, toezicht en controle) in de analyse worden teruggevonden.

Theoretische implicaties

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de theorievorming over institutionele veranderingen door te laten zien hoe de vormgeving van een sector (inrichting, uitvoering en besluitvormingsstructuur) wordt beïnvloed door regulerende patronen. Daarnaast biedt dit proefschrift theoretische handvatten voor het 'ontdekken' van deze patronen en geeft het inzicht in het ontstaan van (veranderingen in) deze patronen.

Het onderzoek laat zien hoe verschillende vormen van macht in het sociale veld worden ingezet. Overheveling van *economisch kapitaal* door de overheid kan niet alleen het machtsevenwicht veranderen, maar ook nieuwe partijen aan het veld toevoegen en de prioriteitstelling van handelingen beïnvloeden. Daarmee stuurt de overheid het gedrag binnen het veld en de veldpartijen. *Cultureel kapitaal* vormt, met de waarde die het veld en de maatschappij daaraan hechten, een belangrijke tegenkracht tegen deze overheidssturing. Behoud van cultureel kapitaal en de wijze waarop dit wordt ingezet, blijkt mede de machtsverhoudingen in het veld te bepalen.

Uit het onderzoek blijkt, dat 'aandacht voor kwaliteit' geïnitieerd door de overheid een toenemende disciplinerende tot gevolg heeft. Deze disciplinerende komt tot uiting in het veelvuldige gebruik van woorden als 'steeds vaker', 'toename' en 'toenemend' in de formulering van de regulerende patronen. De disciplinerende functie van regulerende patronen is inherent aan het socialisatieproces, maar de in dit proefschrift blootgelegde patronen verwijzen vooral naar disciplinerende in de vorm van 'controle', 'regels en afspraken' en 'verantwoording'. Daarnaast hebben alle vijf de onderzochte kwaliteitsactiviteiten een toenemende disciplinerende van alle partijen in het veld tot gevolg en zijn alle vier de verschillende soorten disciplinerende uit het theoretisch kader terug te vinden bij de vormgeving van ziekenhuiskwaliteit. Het inzicht, dat de 'aandacht voor kwaliteit' bij de overheid in essentie gericht is op disciplinerende van het sociale veld en de veldpartijen, zal naar verwachting ook van toepassing zijn in andere professionele werelden.

Inzichten

Dit onderzoek laat zien hoe en waarom veranderingen in de kwaliteit van ziekenhuiszorg tot stand zijn gekomen en heeft de volgende inzichten voortgebracht:

1. De sturende rol van de overheid. De maatschappelijke vraag om controle en transparantie heeft, samen met de eis van toegankelijkheid, geleid tot veel aandacht van overheid en politiek voor ziekenhuiskwaliteit. De overheid zet de lijn uit, de andere partijen zorgen voor de invulling.
2. Disciplineren is doel geworden. Kwaliteit en disciplineren zijn de afgelopen decennia een onlosmakelijke combinatie gaan vormen, ondanks het feit dat een antwoord op de vraag of disciplineren leidt tot een betere zorgkwaliteit, niet te geven is. De autonomie van handelen is, zowel professioneel als organisatorisch, steeds verder ingeperkt.
3. Doordat een breed gedragen eenduidige kwaliteitsvisie niet mogelijk blijkt te zijn, heeft kwaliteit een negatieve connotatie gekregen. Doordat veldpartijen verschillende waarden hechten aan de diverse vormen van disciplineren, is het onmogelijk om tot een gezamenlijke visie op kwaliteit te komen. Dit leidt enerzijds tot 'afgedwongen' disciplineren en anderzijds tot onvrede over onvoldoende disciplineren. Kwaliteit heeft hierdoor voor velen een negatieve connotatie gekregen.
4. Het belang van aandacht voor de interactie tussen arts en patiënt. Ziekenhuiskwaliteit heeft de afgelopen decennia vooral vorm gekregen in de ontwikkeling van ondersteunende instrumenten en de inrichting van systemen. De interactie tussen individuele arts en patiënt ontsnapt hieraan, terwijl verondersteld mag worden dat juist daar een belangrijk aanknopingspunt voor verbeteringen ligt. Een koppeling van deze interactie met instrumenten en systemen kan mogelijk gevonden worden in de groeiende zeggenschap van patiënten over hun eigen zorg.

Over de auteur

Lia de Vos (28-9-1954, Vlaardingen), behaalde in 1974 in Utrecht de HBO-opleiding medische microbiologie en in 1989 haar doctoraal examen sociologie met als afstudeeronderzoek de kwaliteit van de psychogeriatrische begeleiding door de RIAGG.

Dit afstudeeronderzoek kreeg een vervolg in de opzet en begeleiding van een aantal vergelijkende kwaliteitsprojecten bij Riagg's in Utrecht, Arnhem en Rotterdam (1989 - 1995) en het landelijk scholingstraject 'Kwaliteit en Programma's' van de Nederlandse Vereniging Ambulante Gezondheidszorg (NVAGG) (1995 - 1997).

Naast haar activiteiten in de ambulante GGZ bekleedde ze vanaf 1989 in het Diaconessenhuis Utrecht de functie van coördinator en later hoofd van de afdeling Kwaliteitsbeleid. Hierbij was ze verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid en voor het opzetten, begeleiden en uitvoeren van kwaliteitstoetsingen. In 1997 heeft ze in het Diaconessenhuis het ziekenhuisbrede traject Patiëntenrouting opgezet. Voor dit traject is in 2000 de *Golden Helix Quality Award* en de *innovatieprijs van de Geneeskundige Vereniging* uitgereikt.

Eind 2000 kwam Lia de Vos in dienst van de Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn/Zutphen als directeur Kwaliteit, Product- en Marktontwikkeling met als opdracht een gelijknamige stafdienst op te zetten. Binnen deze stafdienst werden de volgende aandachtsgebieden geïntegreerd: kwaliteitsbeleid, indicatoren, accreditatie, patiëntenenquête, transmurale zorg, zorgvernieuwing, patiënteninformatie, oncologiebeleid, calamiteiten, klachtenbemiddeling, hygiëne- en infectiepreventie en (steriele) medische hulpmiddelen. Nadat, door de invoering van het nieuwe zorgstelsel, marketing meer centraal kwam te staan, kwaliteit steeds meer een rol kreeg in relatie tot externe presentatie en de ruimte voor interne kwaliteitsinitiatieven minder werd, besloot ze in een promotietraject op zoek te gaan naar verklaringen voor de veranderingen in de vormgeving van kwaliteit.

In 2009 is ze, naast haar promotieonderzoek, gaan werken als senior adviseur en onderzoeker voor STG/Health Management Forum, een netwerkorganisatie met als doel verbetering van de gezondheidszorg door middel van toekomstverkenningen, strategieontwikkeling en zorginnovatie. Naast de begeleiding van bestuurders bij de uitwerking van thema's voor het Toekomstforum over Moedig Leiderschap in 2010, heeft ze zich beziggehouden met het voorbereiden en begeleiden van netwerkbijeenkomsten over strategische zorgthema's. Vanaf 2011 werkt ze als zelfstandig adviseur/onderzoeker in bureau VOS.