

ORDENING

Minder dan excellent is niet gepast

De prestaties van ziekenhuizen, verpleeghuizen en zelfstandige behandelcentra zijn tegenwoordig vaak onderwerp van gesprek. Doorgaans is dat omdat de zorg die ze leveren als ongepast wordt beschouwd, bijvoorbeeld omdat deze onveilig is. Natuurlijk kan worden getracht met beleidsmaatregelen, oftewel op macroniveau, de organisaties, het mesoniveau, gepast te laten presteren. De factoren die van belang zijn voor de prestaties van organisaties zitten echter voor een belangrijk deel op het mesoniveau zelf. Organisaties kunnen zelf iedere dag beter worden in het leveren van zorg, en minder is niet gepast.

**JORIS VAN
DE KLUNDERT**
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

“**W**elke eigenschap dient een object, actie, persoon of prestatie van welke aard ook te hebben om terecht als hoogwaardig te mogen worden beschouwd?” Vrij vertaald, liet Plato deze vraag bijna 2500 jaar geleden door Socrates stellen in een discussie over “het schone”, *κάλον* (Sower, 2009). Wanneer deze vraag wordt toegespitst op de zorg kunnen we ons als nakomelingen van de Griekse

denkers afvragen welke eigenschap zorg dient te hebben opdat zij als hoogwaardig mag worden beschouwd. Plato spreekt in dit verband van *ποιότης*, door Cicero vertaald als *qualitas*, en geldt daarmee als de eerste persoon in de westerse beschaving die over kwaliteit schrijft. Welke kwaliteiten dient een object, actie, persoon of prestatie te hebben om terecht als hoogwaardig te mogen worden beschouwd? Welke kwaliteiten dient zorg te hebben teneinde als hoogwaardig te worden beschouwd? En welke kwaliteiten dient zorg te hebben teneinde als gepast te worden beschouwd?

KWALITEIT VAN ZORG

De definitie van een abstract begrip als kwaliteit is een bijzondere intellectuele prestatie, maar wordt nog bijzonderder wanneer we ons realiseren dat Plato die definitie meteen betreft op objecten, acties, personen en prestaties van welke aard ook. Het begrip kwaliteit heeft de laatste honderd jaar een enorme rol gespeeld in tal van organisaties. In eerste instantie betrof het daarbij vooral productiebedrijven waarin de kwaliteit van de producten, de objecten, zonder veel problemen bleek te kunnen worden gedefinieerd. Veel moeilijker bleek het om het begrip kwaliteit te betrekken op diensten. Een dienst kan immers voor een belangrijk deel uit niet-tastbare elementen bestaan, die onderdeel vormen van de actie waarmee de dienst tot stand komt, of van het resultaat van de dienst, de prestatie. Bovendien, zo blijkt uit het wetenschappelijk onderzoek, kunnen

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

daarbij percepties betreffende de persoon of personen die de dienst leveren een grote rol spelen. Al deze elementen worden al geïncorporeerd in Plato's definitie.

Donabedian (1988) heeft een belangrijke rol gespeeld in de ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Hij onderscheidt daarbij verschillende domeinen van kwaliteit, zoals structuur (objecten, personen), het proces (de actie) en de uitkomst (de prestatie). Ook zijn kwaliteitsparadigma, dat veel-

Niets minder dan 'altijd zonder schade' was goed genoeg

vuldig wordt toegepast in de huidige Nederlandse gezondheidszorg, verhoudt zich daarmee goed tot Plato's oorspronkelijke begrip. Ver voor Plato echter wordt de kwaliteit van zorg al behandeld in geschriften, zij het zonder als zodanig gedefinieerd te zijn. De kwaliteit van zorg wordt namelijk in heel concrete zin besproken in één zeer oude tekst, de Code van Hammurabi die wordt gedateerd op omstreeks 1700 v.Chr. In de vertaling van Johns (1904) treffen we de volgende voorschriften aan die betrekking hebben op het uitvoeren van cataractoperaties.

215. If a surgeon has operated with the bronze lancet on a patrician for a serious injury, and has cured him, or has removed with a bronze lancet a cataract for a patrician, and has cured his eye, he shall take ten shekels of silver.

216. If it be a plebeian, he shall take five shekels of silver.

217. If it be a man's slave, the owner of the slave shall give two shekels of silver to the surgeon.

Hoewel Hammurabi een andere vergoeding gepast acht voor verschillende inwoners van Babylon, is de kwaliteit waarvan de vergoeding afhankelijk wordt gemaakt in alle gevallen hetzelfde. Merk daarbij op dat in deze definitie ook weer een persoon (surgeon), object (bronze lancet), actie (removed a cataract) en een prestatie (cured his eye) worden genoemd. Hammu-

rabi laat geen misverstand bestaan over de maatregelen die hij zal nemen indien deze kwaliteit niet wordt geleverd. Met betrekking tot patrician, plebeian en slave zijn achtereenvolgens van kracht:

218. If a surgeon has operated with the bronze lancet on a patrician for a serious injury, and has caused his death, or has removed a cataract for a patrician, with the bronze lancet, and has made him lose his eye, his hands shall be cut off.

219. If the surgeon has treated a serious injury of a plebeian's slave, with the bronze lancet, and has caused his death, he shall render slave for slave.

220. If he has removed a cataract with the bronze lancet, and made the slave lose his eye, he shall pay half his value.

Een slechte prestatie werd door Hammurabi blijkens deze tekst niet als gepast beschouwd. Niets minder dan 'altijd zonder schade' was goed genoeg. Hammurabi dwong 4000 jaar geleden excellente zorg bij wet af voor cataractoperaties, een ingreep die tegenwoordig nog in Nederland meer dan 100.000 keer per jaar wordt uitgevoerd.

De aanpak die Hammurabi gebruikt om de kwaliteit van cataractoperaties te beheersen is gebaseerd op inspectie: de kwaliteit van de geleverde prestatie vaststellen na levering van de dienst. Deze werkwijze geldt inderdaad als de meest basale vorm van kwaliteitsbeheersing (Fitzsimmons en Fitzsimmons, 2006). W. Edwards Deming (Deming, 1986) merkt echter op dat "Inspection does not improve the quality, nor guarantee quality. Inspection is too late." Onder de instrumenten die Deming ontwikkelde om kwaliteit te verbeteren is het Deming wheel, ook wel bekend als de PDCA-cyclus. Het uitvoeren van deze cyclus leidt tot het stelselmatig oplossen van kwaliteitsproblemen, en het borgen van de oplossingen, zodat ze niet opnieuw optreden. De bijbehorende Statistical Process Control-technieken vormen een meer geavanceerde manier van kwaliteitsbeheersing (Fitzsimmons en Fitzsimmons, 2006). In tegenstelling tot de aanpak van Hammurabi die op het macroniveau betrekking heeft, betreft het dan technieken die op het mesoniveau, het organisatieniveau, geïmplementeerd worden.

Quality Function Deployment (Akao, 1966) geldt als een zeer ver-gevorderde vorm van kwaliteitsbeheersing. Daarin wordt bij het ontwerp van producten en diensten, en bij de processen waarmee ze wor-

den voortgebracht, stelselmatig geredeneerd vanuit de kwaliteiten die de klanten wensen en de correlatie daarvan met de eigenschappen van de voortbrengende processen. Zo wordt de kwaliteit van de uitkomst van de zorg, de prestatie, geborgd door de kwaliteit van het proces, de actie. Toyota ontwikkelde poka-yokes om dit concreet te maken: methoden waarbij het niet meer mogelijk is het proces verkeerd uit te voeren (Shingo, 1986). In de gezondheidszorg blijkt de negentien items tellende Safe Surgery Checklist van de World Health Organisation een poka-yoke die zowel ziekenhuissterfte als complicaties bij operaties met meer dan een derde reduceert (Haynes et al., 2009).

GEPASTE ZORG

Hieruit volgt dat gepastheid van zorg is op te vatten als een eigenschap, een kwaliteit van zorgverlening. In Nederland is het begrip 'gepaste zorg' vooral inhoud gegeven door het gelijknamige rapport van de RVZ (2004). Gepaste zorg wordt daarin gezien als een synthese van enerzijds noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg, en anderzijds patiëntgerichte zorg, waarin de individuele voorkeuren van de patiënt leidend zijn. Deze laatste definitie sluit aan bij wat door het Institute of Medicine wordt gezien als patient-centeredness: de normen en waarden van de patiënt zijn leidend bij de medische besluitvorming (IoM, 2001). In kwaliteitsmanagement zou dit worden benoemd als het klantperspectief, een perspectief dat binnen het denken over kwaliteit van dienstverlening als leidend wordt beschouwd, zoals ook tot uitdrukking komt in Quality Function Deployment. Plato's beschrijvende definitie van kwaliteit heeft daarbij vervolgens plaatsgemaakt voor een normatieve definitie: het voldoen aan of overtreffen van de klantverwachtingen (Parasuraman et al., 1985). Deze patiëntgerichtheid kan op gespannen voet staan met effectiviteit, bijvoorbeeld wanneer de patiënt een behandeling weigert die volgens evidence-based medicine als effectief of zelfs doelmatig geldt. De patiënt kan zich daarbij baseren op zijn of haar eigen waarden, die leiden tot een andere subjectieve waardering van mogelijk te verwachten effecten op de kwaliteit van leven, dan die waarop de effectiviteitsstudies gebaseerd zijn. De consequentie daarvan is niet dat de normen en waarden van de zorgverleners niet van belang zijn. Informatieverstrekking door zorgverleners en communicatie met zorgverleners spelen doorgaans een belangrijke rol bij de waardering door patiënten. Betere informatieverstrekking en communicatie draagt daar-

door bij aan een hogere patiëntgerichtheid. Empathie (Parasuraman et al., 1988; Bowers, 1994; Sower, 2008) en communicatie (Bowers, 1994; Sower, 2008) komen dan ook stelselmatig naar voren in onderzoek naar de eigenschappen die in de ogen van patiënten de kwaliteit van zorg bepalen. Ook veiligheid, zoals we al zijn tegengekomen bij Hammurabi en de surgical safety checklist, wordt volgens Sower (2008) door patiënten gewaardeerd als een van de belangrijkste kwaliteiten van ziekenhuiszorg. Niet doelmatigheid of effectiviteit, maar wel zorgzaamheid, betrouwbaarheid en responsiviteit worden daarnaast door patiënten genoemd als andere belangrijke eigenschappen.

DETERMINANTEN VAN KWALITEIT VAN ZORGVERLENING

Een eerste instrument ter bevordering van zorgkwaliteit is inspectie. Regelmatige inspectie van de kwaliteit van zorg, eventueel gevolgd door sancties zoals ook Hammurabi al praktiseerde, kan zorgverlenende organisaties bewegen erop toe te zien dat er geen zorg wordt geleverd die bij inspectie van onvoldoende kwaliteit wordt bevonden. Zeker wanneer het externe inspectie betreft, kan een negatieve beoordeling leiden tot licentie-, reputatie- en omzetverlies, plus andere negatieve consequenties. Zelfs wanneer de zorgverlenende organisatie niet intrinsiek gemotiveerd is om hoogwaardige zorg te leveren, kan de vrees voor dergelijke ongewenste consequenties ervoor zorgen dat aan de kwaliteitseisen van de inspectie wordt voldaan. Wanneer er, zoals in Nederland, een nationaal systeem van inspectie bestaat, mogen patiënten vervolgens ervan uitgaan dat de zorg aan de eisen van de inspectie voldoet. Betekent het voldoen aan deze eisen dan dat gepaste zorg wordt geleverd? Of mogen patiënten verwachten dat ook meer geavanceerde instrumenten van kwaliteitsbeheersing worden toegepast?

Chase en Hays (1991) kwalificeren organisaties die zich enkel ten doel stellen om hun licentie te behouden als available for service. Volgens hen verwijst dit naar een ontwikkelingsfase in de concurrentiekracht van dienstverlenende organisaties. Het is een categorie van organisaties waar klanten niet naartoe gaan vanwege de kwaliteit maar bijvoorbeeld vanwege de nabijheid, waar innovaties alleen wanneer noodzakelijk en onder druk worden doorgevoerd, en waar er geen duidelijk klantbeeld en dus geen klantgerichtheid bestaat. Een tweede ontwikkelingsfase is die van de

journeyman, de 'gezel' of 'stagiair'. Organisaties in deze categorie bedienen doorgaans een marktsegment dat ze redelijk goed kennen, en doen dat verhoudingsgewijs niet goed en niet slecht. Op sommige kwaliteitsaspecten leveren ze de verwachte kwaliteit, op andere aspecten niet. Een derde ontwikkelingsfase is de fase van distinctive competence achieved. Organisaties in deze fase kennen de variatie in behoefte van de individuele klanten in het segment dat ze bedienen, zoals bijvoorbeeld nodig voor het leveren van patiëntgerichte zorg. Ze slagen erin om consequent en consistent de kwaliteiten te leveren die voor de klant belangrijk zijn, en worden daarop door hun klanten geselecteerd. De vierde en laatste ontwikkelingsfase betreft world-class service delivery. De dienstverlening van organisaties in deze fase van ontwikkeling leidt ertoe dat de klantverwachting wordt verhoogd tot niveaus waaraan de concurrenten niet kunnen voldoen. Ze zoeken systematisch naar verdere verbetering in nauwe samenwerking met de klant, en innoveren snel en succesvol.

Excellentie blijkt dan ook niet te zijn voorbehouden aan for-profitorganisaties, of aan not-for-profit- of non-profitorganisaties

Wanneer Nederlandse zorgprofessionals hun eigen organisaties beoordelen aan de hand van een korte vragenlijst, komen ze vaak uit in de categorie 'journeyman' – een enkeling oordeelt dat zijn of haar organisatie een ontwikkelingsfase verder is: 'distinctive competence achieved'. Gezien het feit dat zorgorganisaties lang een regionale functie hebben gehad met een eigen adherentie-gebied waarin ze 'available for service' werden geacht te zijn, en er pas recentelijk marktwerking en concurrentie is geïntroduceerd waarin ook kwaliteit een rol speelt, is dit wellicht geen verrassende uitkomst. Anderzijds kan deze constatering ook worden opgevat als een aansporing tot verdere ontwikkeling van de concurrentiekracht. Een vervolgvraag die daarbij aan

de orde is betreft de eigenschappen – ofwel kwaliteiten – van organisaties die de concurrentiekracht bepalen. In het bijzonder roept het de vraag op welke kwaliteiten nodig zijn voor 'world-class service delivery', de meest hoogwaardige ontwikkelingsfase, waarbij het begrip excellent synoniem kan zijn met 'world class'.

Helaas zijn er geen wetenschappelijke methoden waarmee eens en voor altijd kan worden vastgesteld welke eigenschappen bepalen of organisaties excellent zijn. Evenmin bestaat er harde kennis over interventies die ertoe leiden dat organisaties deze eigenschappen verwerven. In tegenstelling tot veel ander geneeskundig en gezondheidswetenschappelijk onderzoek, baseert onderzoek op dit gebied zich veelal op (multiple) casestudy's, waarvan de resultaten geen algemene geldigheid hebben. Sterker nog, de evidentie laat eigenlijk zien dat eigenschappen van excellente organisaties niet kopieerbaar zijn. Bovendien blijken excellente organisaties juist geen methoden en technologieën te kopiëren, maar ze altijd te transformeren alvorens ze te gebruiken (Collins, 2001). Excellentie kan dus niet worden gekopieerd via richtlijnen, protocollen, verbeterprogramma's of de nieuwste apparatuur. Excellentie is niet het gevolg van de succesvolle uitvoering van een project of experiment – zoals de invoering van de voornoemde surgical safety check list – maar vraagt telkens weer een zorgvuldig selecteren en vervolgens aanpassen van innovatie (Øvretveit, 2005). Deze werkwijze leidt ertoe dat de verbetering behouden blijft als het verbeterproject is afgelopen, en zo de basis kan vormen waarop een volgende verbetering wordt doorgevoerd. Dat blijkt van organisaties niet zozeer een verzameling cognitieve vaardigheden en instrumenten te vragen, als wel een kern van breed gedragen en door het management actief gepraktiseerde normen en waarden (Collins en Porras, 1997). Het alom bewonderde Southwest Airlines baseert zich op de 'Golden rule: treat people the way that you want to be treated, and pretty much everything will fall into place.' Binnen de wereldwijde ziekenhuiszorg geldt Mayo Clinics als een bijzonder hoogwaardige instelling. Mayo praktiseert het eenvoudige 'value statement' the needs of the patients always come first, en hanteert daarbij kernwaarden zoals respect, compassion, integrity, healing, teamwork, excellence, innovation en stewardship (Berry en Saltman, 2008). Met de normen en waarden als uitgangspunt wordt van werknemers verwacht dat ze de ruimte nemen om zorg te leveren en steeds te zoeken naar verbetering. Vanuit de kern is er een continue ge-

richtheid op verbetering en nieuwe ambities in plaats van tevredenheid over hetgeen al bereikt is, good enough never is (Collins, 2001). Het Indiase Aravind Eye Hospital, dat heden ten dage cataractoperaties uitvoert tegen twee procent van de kosten die daarvoor in Nederland gangbaar zijn, en waarvan de kwaliteit niet onder doet voor die van de Britse zorg, heeft de ambitie to eliminate needless blindness (Janeiro Dias en Viassa Monteiro, 2006). Deze ambitie leidt steeds weer tot een verder streven. Om duurzaam excellent te zijn is winstgevendheid noodzakelijk, maar niet het hoofddoel, zoals ook blijkt uit het value statement van Mayo Clinics of Aravind Eye Hospital. Excellentie blijkt dan ook niet te zijn voorbehouden aan for-profitorganisaties, of aan not-for-profit- of non-profitorganisaties.

CONCLUSIES

Recentelijk zijn verschillende Nederlandse zorgorganisaties in het nieuws geweest omdat ze onveilige zorg leverden. De straffen zijn niet meer als ten tijde van Hammurabi, maar als de kwaliteit in het geding is, dreigt ingrijpen op basis van inspectie. Soms is zo'n organisatie dan zelfs even niet meer 'available for service'. Uit verklaringen van medewerkers blijkt dan dat de gouden regel 'treat people in the way that you want to be treated yourself' niet wordt gevolgd. Is dat gepast? Is het gepast voor zorgverlenende organisaties om te behoren tot de categorie 'available for service', en is het gepast te behoren tot de categorie 'journeyman'? Of is misschien 'the way that you want to be treated yourself' de zorg die geleverd wordt door een excellente zorgorganisatie? Dan is alleen excellente zorg gepast. En dan past het om, Socrates indachtig, iedere dag te werken aan de eigenschappen die de verleende zorg dient te hebben om terecht als hoogwaardig te mogen worden beschouwd.

LITERATUUR

- Akao, Y. (1966) *Development history of quality function deployment. The customer driven approach to quality planning and deployment*. Tokio: Asian Productivity Organization.
- Berry, L. en K. Saltman (2008) *Management lessons from Mayo Clinic*. Columbus (OH): McGraw Hill.
- Bowers, M.R., J.E. Swan en W.F. Koehler (1994) What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, 19(4), 49–55.
- Chase, R.B. en R.H. Hays (1991) Beefing up operations in service firms. *Sloan Management Review*, 33(1), 15–26.
- Collins, J.C. (2001) *Good to great*. New York: Harper-Collins.
- Collins, J.C. en J.I. Porras (1997) *Built to last*. New York: Harper-Collins.
- Davis, K., C. Schoen en K. Stremikis (2010) *Mirror, mirror on the wall: how the performance of the US health care system compares internationally*. New York: The Commonwealth Fund.
- Deming, W.E. (1986) *Out of the crisis*. Boston: MIT Press.
- Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Fitzsimmons, J.A. en M.J. Fitzsimmons (2006) *Service Management*. Boston: McGraw-Hill/Irwin.
- Haynes, A.B., T.G. Weiser, W.R. Berry, S.R. Lipsitz, A.H.S. Breizat (2009) A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499.
- IoM (2001) *Crossing the quality chasm; a new health system for the 21st century*. Washington (DC): Academic Press.
- Janeiro Dias, A. en E.Viassa Monteiro (2006) *Aravind Eye care System. Case study of AESE*. Lissabon: IESE Publishing.
- Johns, C.H.W. (1904) *Babylonian and Assyrian laws, contracts and letters*. New York: The Legal Classics Library, Division of Gryphon Editions.
- Øvretveit, J. (2005) Leading improvement. *Journal of Health Organization and Management*, 19(6), 413–430.
- Parasuraman, A., V.L. Zeithaml en L.L. Berry (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41–50.
- Parasuraman, A., V.L. Zeithaml en L.L. Berry (1988) Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- RVZ (2004) *Gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.
- Shingo, S. (1986) *Zero quality control: source inspection and the poka-yoke system*. Portland (OR): Productivity Press.
- Sower, V.E., J.A. Duffy en G. Kohers (2008) *Benchmarking for hospitals: Achieving best-in-class performance without having to reinvent the wheel*. Milwaukee: Quality Press.
- Sower, V.E. (2009) *Essentials of quality*. Hoboken NJ: John Wiley & Sons.