De rol van de kwaliteitsfunctionaris toen en nu

Adviseren en **uitvoeren**

Hoe heeft de rol van de kwaliteitsfunctionaris zich in de afgelopen 25 jaar ontwikkeld? KiZ-redacteur Gera Welker las een aantal artikelen uit 'de oude doos' en geeft hieronder de grote lijnen weer van het kwaliteitsdenken in de jaren '90 van de vorige eeuw. Monica Haimé en Mona van de Steeg geven een reactie vanuit het perspectief van de moderne kwaliteitsfunctionaris.

Gera Welker

Gera Welker

In september 1992 schreef de heer Steensma in KIZ over de rol van de kwaliteitscoördinator vanuit zijn ervaringen met de ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid in een ziekenhuis. In dit artikel 'De rol van de kwaliteitscoördinator. Hofnar of eenzame fietser' schetste hij een beeld waarbij vanaf eind jaren 80 de 'infrastructuur voor kwaliteitszorg' verankerd lag in diverse commissies, waarbij projectmatig werken aan kwaliteitsverbetering en gebruik van PDCA-cycli nog in de kinderschoenen stond. 'Het kwaliteitsbeleid kwam er eigenlijk op neer dat gestreefd werd naar toename van kwaliteitsbesef en meer projecten' (*Kwaliteit in Beeld*, september 1992, p. 2).
De kwaliteitscoördinator had met name een adviserende rol over het kwaliteitsbeleid en een ondersteunende rol bij de uitvoering ervan. Problematisch aan deze rol was dat hij geen uitvoerende bevoegdheid had, maar wel vaak als 'verlengde arm van de directie' gezien werd en daardoor door de zorgprofessionals als controleur werd ervaren. Daarnaast leefde het misverstand dat de kwaliteitscoördinator verantwoordelijk kon worden gehouden voor kwaliteit van zorg. Steensma pleitte voor een duidelijk – door de bestuurders – uitgedragen visie op kwaliteitszorg en de bijbehorende verantwoordelijkheden.
De rol van de kwaliteitsmanager stond centraal op het Nationaal Kwaliteitscongres in 1998. Er werd tijdens het congres gesproken over deze rol in het licht van de spanning tussen efficiency en kwaliteit. 'Er wordt niet meer met liefde bestuurd; organisaties zijn erop gericht de cijfers te laten kloppen'. De thema's die speelden waren: kwaliteit als een vraagstuk van verbinding, acceptatie van de kwaliteitsmanager, belang van de inzet van teams op processen en de ontwikkeling van de focus van de kwaliteitsmanager van gericht op procedures, registraties en borging naar focus op verbeteren. De verwachting was dat de kwaliteitsmanager steeds meer zou opgaan in de lijn. Slechts een derde deel van de deelnemers van het congres in 1998 was ervan overtuigd dat de kwaliteitsmanager in het jaar 2010 nog zou bestaan…

Drie generaties

In 2002 werd een samenvatting gepubliceerd van het zogenaamde ontwikkelingsprofiel van een kwaliteitsfunctionaris. Op basis van drie generaties kwaliteitsdenken werd geschetst welke rol een kwaliteitsfunctionaris kan hebben. In de 1e generatie, 'het huis op orde', is kwaliteitsdenken gefocust op het conformeren aan specificaties. Daarbij passen de taken als het in kaart brengen van afdelingsprocessen, het doen van audits en metingen, het sturen op deelprocessen en het inzetten op verbeteracties. In de 2e generatie kwaliteitsdenken, 'de verbouwing', ligt de focus op klantgericht verbeteren. De kwaliteitsfunctionaris houdt zich bezig met het herontwerpen van processen gericht op klanten en het continu verbeteren van resultaten door deze met alle betrokkenen te analyseren. In de 3e generatie, 'afbraak en nieuwbouw', is men gericht op maatschappelijke doelstellingen en het anticiperen op veranderingen in organisaties.
De kwaliteitsfunctionaris dient mee te denken in ketens en netwerken van organisaties, die een variëteit aan klantenbehoeften kunnen vervullen. Geconstateerd werd in 2002 dat er een

steeds grotere roep kwam om 2e generatie kwaliteitsdenken (aantoonbare resultaten, het sturen op uitkomstindicatoren en transparantie, klantfocus) terwijl het profiel van de meeste kwaliteitsfunctionarissen zich nog op het 1e generatie kwaliteitsdenken richtte.

Gera Welker las :

D.J. Steensma, De rol van de kwaliteitscoördinator. Hofnar op eenzame fietser. *KIB,* september 1992, p. 1-3

C.J.W.M. Mondriaan-Van Zutphen, Een slimme manager van kwaliteit is op de toekomst voorbereid. *KIB,* 3, 1998, p. 16-17

T. Vervoort-Stoelinga, F.E. Wiersma, J.M. Buiting, R. van Lier, De ideale kwaliteitsfunctionaris kleurt als een kameleon met de organisatie mee. *KIB* 3, 2002, p. 4-5

Informatie over de auteur
Gera Welker is adviseur Beleid en Implementatie bij het UMCG en redactielid van KiZ..

De rol van de kwaliteitsfunctionaris toen en nu

Doen wat deugt en **deugd doet**

De eerste opleidingsgroep kwaliteitsfunctionarissen in 1993 telde twaalf deelnemers, de meesten waren werkzaam in ziekenhuizen. Nieuw destijds was om het patiëntenperspectief als vertrekpunt te nemen voor kwaliteitsmanagement. Belangrijk op dit moment is reflectie op het vak. Naast vaardigheden als verbinden, verstandig omgaan met regels en de dialoog aangaan.

M. Haimé en M. van de Steeg

In 1993 startte de eerste opleiding Kwaliteitsfunctionarissen (OKF) op initiatief van een Commissie bestaande uit afgevaardigden van de overheid, de ziektekostenverzekeraars en de inspectie. Marius Buiting en Monica Haimé waren de opleiders van het eerste uur. Hij werd geselecteerd op basis van zijn conceptuele en medisch inhoudelijke kennis en zij vanwege haar praktische ervaring en organisatorische expertise. Beiden waren zij op dat moment al ruim vijf jaar actief op het vlak van kwaliteitskunde in de zorg, onder andere met de voorbereiding van de Kwaliteitswet Zorginstellingen die in 1996 van kracht ging. De eerste opleidingsgroep kwaliteitsfunctionarissen telde twaalf deelnemers, de meesten waren werkzaam in ziekenhuizen. Wanneer we nu terugkijken: wat maakte de kwaliteitsfunctionarissen tot lust en wat maakte hen tot last om in huis te hebben?

Een highlight in de eerste opleiding was het project mammacarcinoom dat plaatsvond in het Reinier de Graaf Gasthuis (RddG). Een gastspreker uit het RddG vertelde hoe zij erachter waren gekomen dat het proces van aanmelden van een patiënt tot het stellen van een diagnose drie tot acht dagen kon duren. Voorheen had nog niemand zich ooit gebogen over de informatie omtrent deze gang van zaken. In overleg met de betrokken professionals bracht de kwaliteitsfunctionaris de handelingen in kaart die nodig waren voor het stellen van een diagnose. Het bleek professioneel en organisatorisch mogelijk om voor 85% van de patiënten binnen vier uur een diagnose te kunnen stellen. Het was een 'eyeopener' in die dagen. Nog groter was de eyeopener dat de meeste, maar niet alle, patiënten binnen vier uur de diagnose gesteld wilden hebben. Het was een betrekkelijk 'eenvoudig' project. De kwaliteitsfunctionaris bracht het proces in kaart, ordende de informatie, organiseerde de bijeenkomsten van de betrokken professionals en hielp om het diagnostisch proces te herontwerpen. Op dat moment was het procesdenken niet nieuw, het stroomdiagram bestond al lang. Wat wel nieuw was, was dat het perspectief van patiënten als vertrekpunt werd gehanteerd. En

Mona van de Steeg en Monica Haimé

Beeld: Shutterstock

De kwaliteitsfunctionaris van nu raakt soms verstrikt in een web van belangen

wat ook nieuw was, was dat een kwaliteitsfunctionaris de professionals faciliteerde, ondersteunde en hielp om hun patiënten beter van dienst te zijn. In essentie is dit waar het in het vak van kwaliteitsfunctionarissen om draait: Neem het patiëntenperspectief als vertrekpunt, kijk wat patiëntvriendelijker, effectiever en efficiënter kan en faciliteer alle betrokken partijen om het voor elkaar te krijgen.

In-gewikkeld

In de afgelopen 25 jaar zijn er diverse ontwikkelingen geweest die het werken aan kwaliteit van zorg nodeloos ingewikkeld hebben gemaakt. Als het ware is de essentie in- gewikkeld geraakt in een overdaad aan middelen om het doel te bereiken. De middelen zijn tot doel verheven, de checklists, de afvinklijsten, de instrumenten, de schema's, de programma's en vooral ook de toename van externe partijen die zich bemoeien met de verantwoording over de interne werkprocessen zonder dat zij daar een meerwaarde aan leveren. Elke schakel extra zonder toegevoegde waarde is een kans op fouten extra leert ons het kwaliteitsdenken.
De populariteit van het boek *Verdraaide organisaties* van Wouter Hart en Marius Buiting is hoopgevend; terug naar de essentie, terug naar de bedoeling. Bestuurders, professionals en kwaliteitsfunctionarissen raken geïnspireerd om te reflecteren op de status quo in hun instelling. In die reflectie komt men tot de conclusie dat het eenvoudiger kan, dat de lijnen korter kunnen, dat het belangrijk is om dat wat van waarde is in de zorg te laden en dat wat waarde-loos is weg te gummen.
Goede voorbeelden zijn Buurtzorg, JP van de Bent en Humanitas Akropolis; voorbeelden van zelforganisatie waarin professionals zowel richting als ruimte krijgen om elke dag geïnspireerd aan de slag te gaan. En een lust zijn dan de kwaliteitsmedewerkers die ondersteunen, helpen en faciliteren. Niet de 'lastige' kwaliteitsfunctionarissen die middelen tot doel verheffen en als kippen zonder kop in opdracht van hun leidinggevende elk afvinklijstje van elke (externe) partij toepassen als zou daarmee de zorg een stap verder komen.

Hart voor de patient

Een highlight in één van de recente opleidingsjaren vormde het project "Hart voor de patiënt". In navolging van het voorbeeld uit Ryhov County Hospital Jönköping, Zweden[1] had een kwaliteitsfunctionaris aan de dialyse-patiënten in haar instelling gevraagd wie zou willen leren om zichzelf aan te sluiten op de dialyse. Tot haar grote verrassing was het resultaat dat 60% van de patiënten het zou willen leren: het zou hen meer vrijheid, meer ruimte en meer regie over het eigen leven kunnen geven. Vervolgens was uiteraard de vraag: wat is daar voor nodig, hoe is het te organiseren, te monitoren en op verantwoorde wijze vorm te geven? Wie moeten we bij elkaar brengen om het voor elkaar te krijgen?
Op dat moment gaat de kwaliteitsfunctionaris aan de slag die een lust is voor de organisatie. Met kennis van zaken, met de beschikking over instrumentarium, vertrekkend vanuit het patienten- of cliëntenperspectief. De kwaliteitsfunctionaris die van daaruit kijkt wat er patiëntvriendelijker, effectiever en efficiënter kan en die de betrokken partijen faciliteert om het voor elkaar te krijgen.

Reflectie

Belangrijk op dit moment is de tijd voor reflectie. De eerste groep kwaliteitsfunctionarissen waren de pioniers die met een beperkt instrumentarium hun ondersteunende faciliterende rol vervulden. De huidige groep is een groep die soms door de bomen het bos niet meer ziet. De nieuwe rol van de kwaliteitsfunctionaris vraagt ook om andere competenties: reflecteren, verbinden, de dialoog aan kunnen gaan en het laten prevaleren van het gezonde verstand boven de drang tot controle.
De reflectieve vragen helpen om gefocust te blijven op de schoonheid van het vak. "Doe jij werk dat deugt en deugd doet?", vraagt Harry Kunneman aan kwaliteitsfunctionarissen in opleiding. "Wat kun jij helpen laden en wat zou jij moeten helpen gummen?", vraagt Wouter Hart "Wat kun jij doen om professionals te helpen om afgestemd te blijven of te raken op de pati-

ent die jij de helpende hand wil bieden?", vraagt Anne Goossensen. "Aan welke knoppen moet je nu wel en niet draaien om een proces te stroomlijnen?', vraagt Jan de Vries. "Wie ben jij eigenlijk, waar ben jij goed in, wat kun jij inzetten om mensen met elkaar te verbinden?", vraagt Daniel Ofman.
Indringend is elk jaar de boodschap van Donald Berwick, voormalig CEO van het Institute for Healthcare Improvement (IHI): "Het moet radicaal anders. Zorg is niet dbc's openen en sluiten of poliklinieken draaien of rondes lopen. Zorg is het aangaan van helende relaties. Zorg is niet voorbehouden aan professionals, zorg begint bij de patiënt, bij diens familie en diens verwanten. Informatie geven en tijd nemen voor voorlichting en onderricht aan patiënten is zorg." Hij pleit voor zorg die vertrekt vanuit de patiënt of cliënt, en terecht, want dat is het enige vertrekpunt voor de kwaliteitsfunctionaris die het vak van kwaliteitszorg ambieert.
Het is geen nieuwe boodschap. Dit is altijd al de visie op de rol van de kwaliteitsfunctionaris geweest. In een context waarin het systeem efficiency meer bekrachtigt dan patiëntvriendelijkheid blijkt het moeilijk maar gelukkig niet onmogelijk om te doen wat deugt en deugd doet. De kwaliteitsfunctionaris raakt nu soms verstrikt in een web van belangen, eisen vanuit externe partijen en een teveel aan glanzend instrumentarium, mooie methodieken en middelen die hen afleiden van de enig juiste focus: de patiënt en wat die nodig heeft.
Door de veranderde omstandigheden is de rol van de kwaliteitsfunctionaris nu meer gericht op innovatie. De kwaliteitsfunctionaris moet leren spelen met de regels en minder volgens de regels: van plan en do naar act en reflect.

Noten
1.Hemodialysis clinic Ryhov County Hospital in Jönköping, Sweden: http://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/APatientDirectsHisOwnCareFarmanSelfDialysis.aspx

Informatie over de auteurs:
Monica Haimé en **Mona van de Steeg** zijn kerndocenten van de OKF.

[A D V E R T E N T I E]

Michel van Schaik (directeur Gezondheidszorg Rabobank):

‘Iedere euro die je in de zorg **stopt moet maximaal renderen’**

De afdeling zorg van de Rabobank, verantwoordelijk voor zo’n 7 miljard aan geïnvesteerd vermogen in de zorg, heeft eigenlijk een dubbele rol. Aan de ene kant analyseert directeur Gezondheidszorg Michel van Schaik de ontwikkelingen in het zorglandschap en baseert daarop de keuze om een initiatief wel of niet te financieren. Aan de andere kant geeft de financier ook mede-vorm aan dat landschap vanuit een duidelijke visie op de meerwaarde die zorg moet leveren. Zo is de Rabobank als financier medeverantwoordelijk voor de toekomst van de zorg. Michel van Schaik gaat op het KiZ-congres op 5 november in Burgers’ Zoo in Arnhem in gesprek met de zaal over de toekomst van de zorg.

Mariët Ebbinge

Michel van Schaik

Om vooruit te kunnen kijken, is het soms goed om eerst terug te blikken. Want als je de lijn terug volgt naar de bron, weet je vaak ook wat je in de toekomst moet gaan doen. Je weet dan immers weer wat je oorspronkelijke doel was. Van Schaik ziet grote gelijkenissen tussen de Rabobank, zijn werkgever, en de zorg. Zo is het ontstaan van de Rabobank vergelijkbaar met die van de meeste zorginstellingen.

‘Net als in de zorg is maatschappelijke betrokkenheid de belangrijkste reden geweest om de toen geheten Raiffaisenbank op te richten. Arme boeren zijn gaan samenwerken in een coöperatie. Ze legden geld bij elkaar om te sparen zodat ze samen een ploeg konden kopen. Hierdoor werden ze productiever en hielden geld over om land bij te kopen en aan de armoede te ontsnappen.’

Nu, zo veel jaren later, is de Rabobank, uitgegroeid tot een instituut. ‘Helaas zijn we ons ook in zekere zin zo gaan gedragen. De reality check kwam toen er een aantal dingen flink mis gingen [o.a de Liborfraude, ME]. Nu leeft binnen de bank de discussie weer op: waartoe zijn we eigenlijk op aarde?’

Van Schaik ziet bij ziekenhuizen een gelijksoortige ontwikkeling. ‘In de tweede helft van de vorige eeuw ontstonden er armenhuizen voor mensen die anders geen zorg konden krijgen. Dat is geëvolueerd tot grote ziekenhuizen met veel afdelingen en een enorme omzet. Ook daar moet je de vraag stellen: doen die ziekenhuizen waar ze oorspronkelijk voor bedoeld waren?’

Teruggaan naar de roots. ‘Uiteindelijk moet de bank, maar ook de zorg, dienstbaar zijn aan de samenleving. De vraag: wat is je legitimering?, zou elke dienstverlenende instantie zich moeten stellen. Dat geldt ook voor zorgverzekeraars trouwens’, zegt Van Schaik die op de ochtend van het interview een indringend gesprek had met een bestuurder van een zorgverzekeraar: ‘Als 3 van de 10 Nederlanders geen vertrouwen heeft in zorgverzekeraars, zoals uit de polls blijkt, moet je daar wat mee als zorgverze-

keraar. Om te beginnen moet je je rol zuiver houden en niet op de stoel van de zorgverlener gaan zitten.'

Investeren

De Rabobank verleent kredieten aan zowel de care- als de curesector. Zo'n tien jaar geleden heeft de Rabobank "selectie aan de poort" ingevoerd. 'Wij zijn toen strenger geworden in het toekennen van krediet, omdat we toen al zagen dat de toegevoegde waarde van sommige zorginstellingen dubieus is. Dat heeft er onder meer toe geleid dat we nog geen euro hebben hoeven af te schrijven.'

Al vindt Van Schaik de bank soms nog steeds "te lief". 'We moeten nog kritischer zijn, want iedere euro die je in de zorg stopt moet maximaal renderen in termen van toegevoegde waarde voor de patiënt. Niet alleen in geld, maar vooral ook in maatschappelijke en klantwaarde.' Ook hier trekt Van Schaik weer een parallel met zijn werkgever. 'De Rabobank heeft een ander governancemodel dan de meeste banken. Wij keren geen winst uit. Een expliciete doelstelling is dat de bank klantwaarde moet leveren. Met datzelfde kritische oog moet de bank naar financieringsaanvragen uit de zorgsector kijken.'

Geld dat door spaarders aan de Rabobank wordt toevertrouwd is geld waar de bank voorzichtig mee om moet gaan. 'Wat mijn afdeling probeert te doen is ons bij elk verzoek de vraag stellen is de financiering die van ons verlangd wordt uit te leggen aan de burger? Wordt de burger, bijvoorbeeld in de persoon van de patiënt, er beter van?'

Dat waarde toevoegen zit volgens Van Schaik bijvoorbeeld in de doelstelling om de burger zo lang mogelijk vitaal te houden. 'Dat bevordert ook de vitaliteit van de samenleving. En dat heeft weer positieve gevolgen voor de BV Nederland: we houden op deze manier de economie concurrerend. Dat is belangrijk in de wetenschap dat er een grote uitstroom gaat plaatsvinden van pensioengerechtigden. De beroepsbevolking die zorg moet dragen voor een grotere groep niet werkenden, wordt steeds kleiner.'

Meetlat

ING, AMRO, Rabo, BNG en Triodios zijn de banken die kredieten verstrekken aan de zorg. De Rabo is een van de grootste geldschieters maar heeft niet de ambitie de investering in de zorg te vergroten. 'We verstrekken geld vanuit een duidelijke visie. Dat is de meetlat voor ons handelen.'

Hoe de meetlat eruit ziet? Rabobank kijkt bij een kredietaanvraag naar de toegevoegde

Beeld: Shutterstock

Van Schaik: 'Klinische leiders moeten met moderne technologie een andere invulling durven geven aan hun beroep'

waarde van een zorgorganisatie: kan deze misschien gemist worden? 'Vaak is het zo dat een deel van de zorg die geleverd wordt, net zo goed en misschien beter door een ander verleend kan worden. Dat nemen we dan mee in onze afweging om al dan niet te financieren.'

'Ook kijken we of een instelling hoog of laag in de waardeketen zit. Als een instelling hoog zit en dingen doet die anderen niet kunnen, zijn we eerder geneigd om te financieren. Een topklinisch ziekenhuis in een regio waar verder niets is, is een betere investering dan een algemeen ziekenhuis in een regio waar er al te veel zijn.'

> 'Als je kunt bepalen wat je beter moet doen, kun je ook bepalen wat je beter niet meer kunt doen'

De bank is al geruime tijd kritisch als het gaat om het financieren van vastgoed. 'Als wij een aantal jaren geleden blind hadden geïnvesteerd in verzorgings- en verpleeghuizen omdat het aantal ouderen fors toeneemt, hadden we nu met een probleem gezeten. Wij zagen al lang geleden dat het scheiden van wonen en zorg tot leegstandsrisico's zou leiden. En nog steeds

denken we dat veel vastgoed in de toekomst voor het verlenen van zorg niet meer nodig is.'

Zorglandschap

In hoeverre geeft de bank vorm aan een nieuw zorglandschap? 'Wij zijn voorwaardenscheppend en niet sturend. Ondernemers met goede plannen die waarde toevoegen willen wij ondersteunen, maar bij zorgaanbieders die zich defensief gedragen en zich niet aanpassen aan de veranderende omgeving moeten wij terughoudend zijn.'

Maar de bank is wel mede-bepalend in het opnieuw vormgeven van het zorglandschap. Zo investeert de bank in toenemende mate in nieuwe toetreders, zoals thuiszorgorganisatie Buurtzorg en focusklinieken als het Prinses Maxima Kinderoncologisch Centrum en Oogkliniek De Zonnestraal.

Voor investeren in de gevestigde orde deinst de bank terug. 'Veel klassieke zorgaanbieders zitten aan het einde van hun levenscyclus. Zij lijken niet in staat het tij te keren. Ze zijn log, aanbodgedreven, te weinig klantgericht en zouden met de huidige technologische middelen veel meer waarde kunnen creëren voor de burger dan ze nu doen. De nieuwe focusklinieken maar ook Buurtzorg - de Easyjets in de zorg - hebben die lijn omhoog wel gevonden en dat stimuleren wij als bank.'

Áls de bank al in klassieke zorginstellingen – lees ziekenhuizen- investeert, dan is de discussie over welke zorg geleverd moet worden gevoerd onontkoombaar. 'Wij vragen altijd: vertel, waar ben je goed in? Ben je een algemeen ziekenhuis dat dichtbij de burger geplande zorg verleent? Of kun je je beter specialiseren in bepaalde vakgebieden? Ik vind het onbestaanbaar dat in de zorg vaak wordt toegewerkt naar minimale volumenormen waar een instelling aan moet voldoen om een bepaalde behandeling te mogen blijven verrichten. Dat kan nooit de bedoeling zijn. Je moet willen excelleren in datgene wat je doet en het anders laten.'

Helaas ziet Van Schaik het nog maar mondjesmaat gebeuren. 'Ziekenhuisbestuurders zijn nog niet bereid of in staat om die harde keuzes te maken.' Hij ziet eerder dat zij de omgekeerde beweging maken. 'Zij vluchten in schaalvergroting door te fuseren of samen te werken. Ze denken dan dat hun onderhandelingspositie naar de zorgverzekeraars wordt vergroot. Maar de cruciale vraag is of de patiënt daarmee beter geholpen is.'

Voor Van Schaik is dat 'het begin van het einde'. 'Het is energieverspilling. Ziekenhuizen worden nog complexer. Ze zijn nog meer dan voorheen met zichzelf bezig en zijn sterk intern gericht om bijvoorbeeld afdelingen goed met elkaar te laten samenwerken.'

Wie?

Wie gaat de zorg veranderen? Niet de zorgverzekeraars verwacht Van Schaik. 'Zorgverzekeraars willen graag invloed hebben op hoe het zorglandschap eruit ziet, maar missen de legitimering. De vraag is of ze niet te veel op de stoel van de zorgverlener gaan zitten. Bovendien, als puntje bij paaltie komt, laten ze het afweten.' Van Schaik noemt het voorbeeld van de focusklinieken. 'Focusklinieken kunnen als hefboom werken voor veranderingen in de cure. Als bepaalde zorg beter en goedkoper door deze klinieken kan worden gegeven, zou dat verzekeraars argumenten moeten geven om dezelfde zorg uit een ziekenhuis weg te halen.'

De patiënt en cliënt zullen steeds meer invloed hebben op het zorglandschap, aldus Van Schaik. 'Want de patiënt die zich ervan bewust wordt zal zich liever in een focuskliniek laten behandelen dan in een ziekenhuis als de zorg daar beter is. Daar zal een enorme stimulans vanuit gaan voor de ontwikkeling van dit soort nieuwe vormen van zorg.' Ook ziet hij –aarzelend- hoogwaardige zorgorganisaties ontstaan die mede door patiënten zijn geïnitieerd. Hij noemt als voorbeeld het door de Rabobank mede-gefinancierde Maxima Kinderoncologisch Centrum. 'Dat heeft de vorm van een coöperatie gekregen waarbij de ouders van kinderen met kanker en oncologen aandeelhouders zijn.'

Maar uiteindelijk zijn het de zorgprofessionals die de zorg moeten veranderen. Daar is Van Schaik van overtuigd. Dat betekent dat er leiders in de zorg moeten opstaan die daarvoor durven te gaan. Klinische leiders die met gebruikmaking van moderne technologie en nieuwe inzichten een andere invulling durven geven aan hun beroep.'

En de kwaliteitsmanager? Van Schaik heeft een duidelijke visie op de rol van de kwaliteitsfunctionaris nu en in de toekomst. 'De kwaliteitsfunctionaris moet boven zichzelf uitstijgen en zich niet te veel verliezen in indicatoren. Hij of zij moet zich de fundamentele vraag stellen wat het onderscheidend vermogen is van de zorginstelling. Ook als dat betekent dat er zorg moet worden afgestoten. Want: als je kunt bepalen wat je beter moet doen, kun je ook bepalen wat je beter niet meer kunt doen. Als de kwaliteitsfunctionaris dat niet kan, wie dan wel?'

Informatie over de auteur
Mariët Ebbinge is journalist en eindredacteur van KiZ.