

## 'Welzijnswerkers leveren geen hondebrokken'

### Uitgangspunten voor mensgerichte kwaliteitszorg

#### Inleiding

"Wat deze instelling doet is goed, dat willen we uitstralen. Daarom willen we met kwaliteitszorg aan de slag," aldus een manager van een brede welzijnsinstelling in een gesprek over kwaliteitszorg. In een nadere toelichting bij zijn vraag naar ondersteuning daarbij, geeft hij aan vooral meer greep te willen hebben op het doen en laten van zijn medewerkers. Want hoe kan hij zijn 'klant' (de gemeente) kwaliteit garanderen, als hij zijn 'productiemiddelen' (de uitvoerend werkers), niet 'onder controle' heeft?

Hij gebruikt de metafoor van de fabriek voor hondebrokken: 'alles is erop gericht dat het baasje de hondebrokken koopt en zijn hond er goed van eet'. Daaraan ontleent hij de definitie van 'een goed product'. Om dat te realiseren moet hij het productieproces beheersen. Daartoe dient hij meer 'grip te krijgen' op het doen en laten van zijn medewerkers. In de ontwikkeling van standaarden, normen, richtlijnen, protocollen en registratiesystemen ziet hij in eerste instantie de oplossing van zijn problemen. Of we die voor hem kunnen ontwikkelen.

Deze manager is geen uitzondering in de sector zorg en welzijn. De metafoor van het productieproces van materiële goederen in het bedrijfsleven heeft een brede verspreiding gekregen. Kwaliteitszorg die vanuit deze gedachte ontwikkeld en ingevoerd wordt, is primair een kwestie van normering, standaardisering en protocollering.

Maar is deze metafoor wel toepasbaar in het veld van de dienstverlening? Leveren organisatieadviseurs, psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal cultureel werkers dan wel jeugdhulpverleners gegarandeerd kwaliteit wanneer hun handelen in hoge mate voorspelbaar wordt en ze volgens een vast stramen te werk gaan? De medewerkers van de manager uit het voorbeeld, maatschappelijk werkers, kinderwerkers en sociaal-cultureel werkers, zijn daar zeer ambivalent over. Ze erkennen wel de problemen waar het management mee worstelt, voelen ook zelf de door bezuinigingen toegenomen werkdruk, kennen zelf ook de verleiding om hun

werk terug te brengen tot hapklare brokken, maar ze zien in een dergelijk beleid niet terug wat de door henzelf ervaren kwaliteit van hun professionele handelen uitmaakt: "Welzijnswerkers leveren geen hondebrokken".

#### Het probleem

De stelling die in dit artikel wordt verdedigd, luidt dat een aanzienlijk deel van het kwaliteitsbeleid zoals dat nu ontwikkeld wordt in de sector zorg en welzijn, de kwaliteit van het uitvoerend werk nauwelijks raakt. Het kwaliteitsbeleid op organisatieniveau en de werkelijkheid van het primaire proces staan soms haaks op elkaar. Nu hoeft dat op zich geen probleem te zijn, maar de meeste kwaliteitssystemen blijken direct invloed uit te oefenen op het dagelijks handelen van uitvoerend werkers. En dat levert vaak fricties op binnen instellingen. Door de huidige dominantie van het managementvertoog wordt verondersteld dat het helpen van een cliënt aan dezelfde eisen moet voldoen als 'het runnen van de toko', terwijl het omgekeerde nauwelijks in beeld komt. De stijl van leidinggeven aan de organisatie wordt te veel ontleend aan de fabrieksmetafoor en is weinig geënt op de karakteristieken van de professionele dienstverlening.

Een andere insteek voor kwaliteitszorg is daarom nodig. Om deze stelling te onderbouwen, wordt in het navolgende een kritische blik geworpen op de twee invalshoeken die op dit moment dominant zijn in het kwaliteitsbeleid van de welzijnssector: de ISO-systematiek en het Nederlandse Kwaliteitsmodel. Voor deze kritiek gaan we vooral te rade bij bedrijfskundigen en organisatieadviseurs. Dat laatste is nodig omdat veel managers in de sector zorg en wel-

---

Mw. dr W.J.E. van IJzendoorn is medewerker bij het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).

Prof. dr G. van der Laan is eveneens medewerker bij het NIZW en daarnaast bijzonder hoogleraar maatschappelijk werk aan de Universiteit Utrecht. Adres: NIZW, Postbus 19152, 3501 DD Utrecht

zijn hun ondernemende benadering kennelijk onvoldoende toetsen aan recente bedrijfskundige literatuur. We kijken tevens naar de praktijk van de professionele dienstverlening in de sector zorg en welzijn met de vraag welke eisen deze praktijk stelt aan zinvolle kwaliteitszorg.

Daarin zijn twee centrale vragen aan de orde. De eerste heeft betrekking op de eigen aard van dienstverlening: in hoeverre is een dienst iets anders dan een product? De tweede op het professionele karakter van de dienstverlening in deze sector: wat is de plaats van professionals in het denken in termen van producten en markten?

### ISO-systematiek

Een belangrijke trendsetter voor de ontwikkeling van kwaliteitszorg in de welzijnssector is de VOG (Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde en Gesubsidieerde Sector). Als werkgeversorganisatie voor instellingen voor maatschappelijk werk, sociaal-cultureel werk, maatschappelijke opvang, kinderopvang en jeugdhulpverlening heeft ze voor deze werksoorten kwaliteitscriteria opgesteld. (Zie Buitink en Dym 1994; Bölger 1996; Dym en Kraai 1995; Dym en Wilmink 1995) Voor enkele werkvelden zijn deze criteria nog in een experimenteel stadium, bij voorbeeld voor het sociaal-cultureel werk, voor de maatschappelijke opvang en voor de residentiële jeugdhulpverlening. Voor andere werkvelden zijn ze inmiddels formeel vastgelegd, zoals voor het maatschappelijk werk en voor de ambulante jeugdhulpverlening.

De VOG baseert zich met haar criteria op de NEN-ISO-systematiek. (Buitink en Dym 1994: 10; Buitenhok en Kaufmann 1995) In de ISO-systematiek is vastgelegd hoe kwaliteitssystemen eruit moeten zien. Ze omvatten de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de processen en de voorzettingen voor het realiseren van kwaliteitszorg.

De VOG heeft een aantal redenen om voor deze systematiek te kiezen. (Zie Buitenhok en Kaufmann 1995) In de eerste plaats, zo betoogt ze, is de ISO-systematiek een internationaal, wijd verbreid en veel toegepast systeem. In Nederland is het ook de basis voor kwaliteitszorg in de gezondheidszorg. (*Nationale Raad voor de Volksgezondheid* 1990) Daarmee biedt de systematiek de mogelijkheid tot afstem-

ming van kwaliteitssystemen op andere sectoren die dezelfde principes gebruiken en kan de welzijnssector leren van de ervaringen die andere organisaties met de systematiek opgedaan hebben. Omdat bovendien aansluiting gezocht kan worden bij toetsingssystemen van die sectoren, wordt toetsing van kwaliteit goedkoper. Ten slotte ziet de VOG als voordeel dat de ISO-systematiek de mogelijkheid biedt om op termijn een certificatiesysteem in te voeren. (Buitenhok en Kaufmann 1995)

De ISO-systematiek kent echter een aantal ernstige beperkingen, zoals ervaringen in het bedrijfsleven inmiddels leren. Vanuit Deloitte en Touche Management Consultants bogen Maas en Kamp (1994) zich over de betekenis van de ISO-systematiek omdat zij schrokken van de ontwikkeling van kwaliteitszorg in het midden- en kleinbedrijf. In hun adviespraktijk werden zij geconfronteerd met opdrachten van bedrijven die "voor zo'n 70 à 80% iets aan kwaliteitszorg wilden doen" om zo snel en goedkoop mogelijk een kwaliteitshandboek op te stellen dat voldoet aan de ISO-norm. Hun opdrachtgevers beschouwden additionele zaken, zoals het starten van verbeterteams of het aanbieden van scholingsprogramma's, als louter ballast. Echte zorg voor kwaliteit en de motivatie om ook daadwerkelijk aan verbeteringen te werken ontbraken. Zij wilden slechts zo snel en goedkoop mogelijk een certificaat bemachtigen.

De certificatie-koorts steekt inmiddels ook haar kop op in de welzijnssector. De eerste instellingen voor sociaal-cultureel werk laten zich al keuren om het ISO-certificaat in de wacht te slepen. Ironisch genoeg is de eerste instelling voor kinderopvang met een ISO-certificaat inmiddels ter ziele.

Een belangrijke beperking van de ISO-systematiek situeren Maas en Kamp in de nadruk die de 'harde' kant van een organisatie krijgt. Kwaliteitszorg die wordt opgezet vanuit de ISO-systematiek richt zich vrijwel uitsluitend op systemen en structuren en krijgt daarmee een heel technische invulling. De meer 'zachte' kant, die betrekking heeft op de mens in de organisatie, op vaardigheden en op cultuur, blijft vrijwel volledig buiten beschouwing. De ISO-norm streeft heel duidelijk naar beheersing en standaardisering van het productie- of dienstverleningsproces.

Dit vinden we voor een belangrijk deel terug in

de VOG-benadering. Zo beoordeelde de VOG in de periode 1991 tot 1993, zeventien instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Ten minste drie kwart van de instellingen kreeg het advies het hulpverleningsproces qua inhoud, organisatie en verloop *procedureel* te structureren. (Dym 1994) Deze adviezen bouwen voort op een eerder door de VOG ingenomen stelling: "Inhoudelijke deskundigheid en betrokkenheid zijn noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarden om de kwaliteit van de hulpverlening die binnen een instelling en in teamverband gegeven wordt te garanderen. Pas door afstemming, stroomlijning, voorspelbaarheid en veranderbaarheid van het hulpaanbod wordt de kwaliteit van de hulpverlening een instellingszaak. Pas dan kan er op instellingsniveau kwaliteit gegarandeerd worden." (Dym 1993)

## De eigen aard van professionele dienstverlening

In de sociale sector komt men al snel in de problemen met het technische, op de ISO-systematiek gebaseerde kwaliteitsbeleid, omdat een benadering van beheersing en standaardisering, en de aard van het werk in deze sector elkaar niet goed verdragen.

De bedrijfskundigen Broekhuis en De Leeuw (1995a) twijfelen om die reden sterk aan de bruikbaarheid van de ISO-systematiek voor de professionele dienstverlening. Zij hebben het over de dienstverlening door juristen, organisatieadviseurs, medici, docenten, psychologen, en in grote lijnen ook over wat lager geprofessionaliseerde werksoorten als het maatschappelijke werk en het sociaal-cultureel werk.

Hun zeer grondige kritiek op de ISO-richtlijn kan als volgt worden samengevat. Een *product* onderscheidt zich wezenlijk van een *dienst*, omdat:

- a een dienst niet losgemaakt kan worden van de persoonlijke *competenties* van de dienstverlener;
- b de *klant* meestal 'co-producent' is van een dienst: de klant heeft een actieve en sturende rol;
- c dienstverlenende processen *slecht voorspelbaar en opsplitsbaar* zijn: de specificatie van een volgende fase kan meestal alleen plaatsvinden als de resultaten van een voorafgaande fase bekend zijn;
- d in de sector zorg en welzijn meestal sprake is van *professionele dienstverlening*: de professio-

nals hebben meestal een eigen, (soms) wettelijk verankerde, verantwoordelijkheid; en  
 e in dienstverlenende activiteiten geen *resultaat* gegarandeerd kan worden: de enige garantie is dat de dienstverlener een 'vakmatig adequate inspanning' zal leveren.

Volgens Broekhuis en De Leeuw (1995 a en b) is het laatste van een heel andere orde dan het leveren van producten waarbij het resultaat wel wordt gegarandeerd. Dienstverleners die een resultaat garanderen, zijn volgens hen dikwijls te kwalificeren als "malafide". Zij wijzen op de "principeel beperkte standaardiseerbaarheid en de in zekere mate uniciteit van elke dienst" en vrezen daarom dat de ISO-systematiek in de sociale sector kan leiden tot een "nutteloos en irritatie opwekkend kwaliteitssysteem".

Broekhuis en De Leeuw maken een onderscheid tussen de kern- en de randaspecten van dienstverlening. Bij een tandarts bij voorbeeld is de kern de technische handeling van het maken van een goede en mooie reparatie. De randaspecten hebben te maken met wachttijd, bejegening enzovoort. Sturing van kwaliteit op deze onderscheiden aspecten moet op een verschillende manier gestalte krijgen. De voorspelbaarheid en bestuurbaarheid van de rand zijn meestal groter dan van de kern. De verantwoordelijkheid voor de kernaspecten ligt volgens deze auteurs bij de professionals, voor de randaspecten bij de professionele organisatie.

Dit standpunt wordt in grote lijnen gedeeld door de organisatiedeskundigen Vogelesang en Hageman (1993) die een dienst dan ook beschouwen als een sociaal proces, waarin de interactie met de klant het meest vitale element is. Kijkend naar de introductie van de ISO-systematiek in de zorgsector waarschuwt ook Donker (1992) voor verlies van flexibiliteit en ontwikkelingspotentieel.

## Kosmetische aanpassingen

Nu realiseert ook de VOG zich inmiddels dat de aanvankelijk door haar geformuleerde criteria beperkingen kennen. In haar nota met de concept-criteria voor de jeugdhulpverlening merkt ze op dat factoren als betrokkenheid, inzet, cultuur en persoonlijke originaliteit van de medewerkers weliswaar van groot belang zijn, maar zich moeilijk laten vertalen in toetsbare criteria. (Bölger 1996: 9) De

VOG waarschuwt er vervolgens voor de criteria niet eenzijdig te gebruiken "... als een instrument voor – ogenschijnlijke – beheersing van het professioneel handelen, zonder dat het een functie vervult in het kader van het voortdurend leren van professionals en van een meer omvattend kwaliteitsbeleid." (Bölger 1996: 9) De VOG verwacht dat de criteria dan namelijk snel hun waarde zullen verliezen.

Zolang aan externe toetsing aan de hand van de criteria geen straffen of beloningen verbonden worden, zal de nadelige werking van kwaliteitsbeleid dat gebaseerd is op de ISO-systematiek voorlopig nog wel meevallen. Vooral ook omdat de implementatie van beleid op de werkvloer doorgaans nogal stroefrig verloopt en er meestal wel een modus wordt gevonden met bestaande werkwijzen. (Van der Laan 1994a)

Op grond van de ervaringen van Maas en Kamp is echter te voorspellen dat met het verbinden van een certificaat aan de toetsing en de mogelijkheid dat subsidies daarvan afhankelijk worden, welzijns- en hulpverleningsinstellingen snel verzeild zullen raken in de door hen geschetste certificatiwaan met alle onbedoelde negatieve gevolgen van dien. Kan een ander, meer integraal model van kwaliteitszorg de genoemde bezwaren ondervangen? We kijken naar het Nederlands Kwaliteitsmodel, dat de laatste tijd in welzijns- en hulpverleningsinstellingen steeds meer opgeld doet.

## Het Nederlands Kwaliteitsmodel

Maas en Kamp (1994) zoeken de "pil tegen ISO-hoofdpijn" in een meer integraal model van kwaliteitszorg, waarin ook de 'zachte' kant een volwaardige plaats krijgt. Daar horen onder andere bij: de betrokkenheid en inzet van het management, het ontwikkelen van (interactieve en communicatieve) vaardigheden en het zich eigen maken van een 'verbeterattitude'.

De VOG is onlangs met dit integraal kwaliteitsmodel in zee gegaan. Instellingen voor jeugdhulpverlening zijn de eerste proeflokaties. (*Projectgroep Kwaliteit VOG/JHV* 1995) Het model is een Nederlandse versie van het model van de European Foundation for Quality Management (EFQM). De handleiding is opgesteld door het Instituut Nederlandse Kwaliteit. (*Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit* 1992) In

de wandelgangen heet het model dan ook het 'Nederlandse Kwaliteitsmodel'.

Geïnitieerd door de steunfunctie PRISMA wordt op dit moment eveneens met dit model geëxperimenteerd in een aantal welzijnsinstellingen in Noord-Brabant. (*Zelfevaluatiemodel voor welzijnsinstellingen* 1995) De Twern, een welzijnsinstelling met als hoofdtak het uitvoeren van sociaal-cultureel werk in Tilburg en Oisterwijk, bracht als eerste de resultaten van de zelfevaluatie naar buiten. (Van Loon 1996)

Het model is een zelfevaluatiemodel, waarmee gestreefd wordt naar Totale Kwaliteit. Het betekent dat het model pretendeert alle voor kwaliteit relevante gebieden in een organisatie te bestrijken. Daartoe onderscheidt het negen aandachtsgebieden ondergebracht in een cluster 'organisatie' en een cluster 'resultaat'. Gezamenlijk bepalen de gebieden het succes van een organisatie, zo is de achterliggende gedachte, waarbij het ene gebied meer gewicht in de schaal legt dan het andere.

Aan dit model van de aandachtsgebieden is de idee gekoppeld dat organisaties op weg naar totale kwaliteit vijf fasen doorlopen, van activiteiten-, via proces-, systeem- en ketenoriëntatie naar totale zorg voor kwaliteit. Met de zelfevaluatie gaan bedrijven of instellingen op zoek naar punten voor verbetering. Door systematisch aan verbeteringen te blijven werken doorlopen ze de onderscheiden fasen om ten slotte uit te komen bij Totale Kwaliteit.

Het gericht-zijn op verbeteringen is dus een belangrijke voorwaarde voor een succesvol kwaliteitstraject. Hierin ligt een belangrijk verschil met de ISO-systematiek. Andere belangrijke voorwaarden die de Stuurgroep noemt zijn de betrokkenheid van iedereen, het werken met feiten en niet met meningen, en het voorkomen van vrijblijvendheid van de exercitie. Tot zover de schets van het model in een notedop.

Het Nederlands Kwaliteitsmodel biedt zeker een breder perspectief dan de ISO-systematiek. Er wordt geprobeerd het beheersingsstreven in te perken door het aanbrengen van verbeteringen te benadrukken. In principe wordt informatie hier dus niet gebruikt voor controle, maar voor terugkoppeling in het kader van een leerproces. Bovendien bevatten de aandachtsgebieden niet alleen 'harde' systeem- en structuuraspecten, maar is er ook aandacht voor

meer culturele en sociale aspecten. Een derde verbetering betreft het streven ook de werkvloer te betrekken bij kwaliteitszorg. Doordat in principe iedereen betrokken moet zijn, is kwaliteitszorg in dit model minder een top-downexercitie dan in de ISO-systematiek.

Toch kleven ook aan dit model de nodige bezwaren. In de eerste plaats is het model empirisch en methodologisch slecht onderbouwd. De idee dat de negen aandachtsgebieden onderling samenhangen en bepalend zijn voor kwaliteit is niet meer dan een aanname. (Van der Loo en Giljam 1995: 215) Daarbij komt dat de belofte van een succesvolle werking van het model in de praktijk regelmatig beschaamd wordt. Pollitt (1996) haalt diverse onderzoeken aan waaruit blijkt dat bij een gelijke, hoge investering in een traject voor Totale Kwaliteit de kans op (dure) teleurstelling zeker zo groot is als de kans op succes.

Een derde, meer principiële beperking van het model is dat de stroomlijning van het 'productieproces' volgens criteria van efficiëntie en effectiviteit, de kern van het kwaliteitsconcept blijft. Hierin verschilt het niet van de ISO-systematiek. Gezien de bedrijfsmatige achtergrond is dit niet verbazingwekkend. Met het uitgangspunt 'meten is weten' dienen organisaties de weg naar verbetering met cijfers te plaveien, zodat het productieproces efficiënt en effectief zal verlopen. Nu is er natuurlijk niets tegen efficiënt en effectief werken, integendeel. Wanneer het echter de belangrijkste en enig leidende waarden voor kwaliteit zijn, verzandt men snel weer in een technische invulling die geen recht doet aan de specifieke kenmerken van dienst- en hulpverlening. Daarbij legt de voorwaarde van cijfermatige onderbouwing ernstige beperkingen op, omdat juist even belangrijke aspecten zoals interactie en communicatie niet of nauwelijks evalueerbaar zijn in kwantitatieve termen. Zoals Broekhuis en De Leeuw (1995b) ook stellen, zijn "eisen die kwantitatief te meten zijn, niet altijd relevant en eisen die moeilijk of niet te evalueren zijn, niet altijd onbelangrijk."

Kortom, met het Nederlands kwaliteitsmodel blijft zorg voor totale kwaliteit vooral een technisch-instrumentele exercitie. Dit eendimensionale kwaliteitsbegrip doet onvoldoende recht aan de dienst- en hulpverlening vanuit een normatieve professionaliteit. De efficiëntiedrang en marktgerichtheid van het model leiden gemakkelijk tot vormen van 'tayloris-

me' in de dienst- en hulpverlening. Schiff en Goldfield (1994) geven er diverse voorbeelden van uit de medische wereld. Van Houten en Prins (1995) bespreken deze ontwikkeling voor de Nederlandse 'zorgmarkt'. Dienstverleningsprocessen worden opgeknipt in deeltaken die door verschillende personen worden uitgevoerd. Professionals leveren stukgoed en zijn onderling uitwisselbaar. De planning en aansturing zijn gericht op deeltaken en niet op de competenties van personen. (Van der Laan 1994b)

Van der Loo en Giljam (1995) vermoeden op basis van hun onderzoek in algemene ziekenhuizen dat dergelijke ontwikkelingen in professionele organisaties niet zo'n vaart zullen lopen, omdat de effecten van kwaliteitsmanagement hier eerder als '...symbolisch en cosmetisch dan als structuurdoorbrekend aangemerkt moeten worden' (p. 212). Of dit ook geldt voor zorg- en welzijnsvoorzieningen, waar de professionals een minder sterke positie innemen dan artsen en specialisten in ziekenhuizen, valt echter te betwijfelen. Er zijn steeds meer voorbeelden van instellingen waarin vraag en aanbod van elkaar worden losgekoppeld en de professionele competentie, die in het verleden ingezet werd voor de afstemming van hulpvraag en hulpaanbod, naar de marge wordt gedrongen. De merkwaardige mix van marktgerichtheid en zorgtaylorisme leidt tot een uitholling van de professionele rol. Broekhuis en De Leeuw (1995a) spreken van "professionele organisaties die men via machinebureaucratische mechanismen probeert te besturen".

Een dergelijke visie op besturing, zo betogen Broekhuis en De Leeuw (1995a), "sluit het professionele debat uit, de basis voor de productie van (professionele) kennis. Het ontkent de uniciteit van dienstverleningsprocessen en de beperkte voorspelbaarheid van de processen. In deze visie op de besturing van kwaliteit wordt ontkend dat het besturen van kwaliteit vooral gericht moet zijn op het besturen van het *proces* waarin kwaliteit inhoud en betekenis krijgt."

## Professionele competentie

De bedrijfskundige exercitie van Broekhuis en De Leeuw brengt het debat over kwaliteit terug naar het punt waar het hoort: de eigen aard van professionele dienstverlening. Hoe ziet die eruit?

Professionaliteit in de sector zorg en welzijn wordt onder meer afgemeten aan de manier waarop beroepskrachten bemiddelen tussen de aanspraken van de individuele cliënt en de beschikbaarheid van hulpbronnen en voorzieningen in de maatschappij. Theorieën over professionalisering gaan niet zelden mank aan de eenzijdigheid van een systeemperspectief. Daarin let men vooral op (on)afhankelijkheidsrelaties in termen van macht en geld. Dat levert het beeld op van professies die er vooral op uit zijn hun eigen machtspositie te consolideren. Tevens wordt professionaliteit vooral opgevat als de technische bekwaamheid tot het uitvoeren van instrumentele en strategische handelingen. (Vgl. Baart in dit themanummer)

Vanuit een leefwereldperspectief komen echter allerlei normatieve bindingen en culturele uitingen binnen maatschappelijke uitwisselingsrelaties in beeld. Professies zijn belangrijk in de overdracht van centrale maatschappelijke waarden. (Van der Laan 1994b)

Kenmerkend voor het professionele dienstverleningsmodel is dat zowel de geldigheidsaanspraken van de cliënt, als van allerlei (andere) opdrachtgevers en professionals ter discussie komen. Elk geval wordt op de eigen merites beoordeeld. De vraag is niet hoe betrokkenen aanspraken *geldend* kunnen maken. De vraag is eerder of aanspraken *geldig* zijn. (Van der Laan 1995) De geldigheid van de aanspraken wordt getoetst in een gespreksituatie waarin cliënt en dienstverlener gelijkwaardige participanten zijn. Dat vereist enerzijds voldoende agogische ruimte (Soetenhorst-De Savornin Lohman 1990), anderzijds rugdekking vanuit de organisatie om de ruimte daadwerkelijk te gebruiken. Vaak is immers een confrontatie tussen dienstverlener en cliënt nodig om de discussie over geldigheid vlot te trekken.

De professional treedt in dit model dus niet op als louter de belangenbehartiger van de cliënt. De aanspraken van de cliënt zijn niet heilig. Ze worden getoetst op hun geldigheid. Daarin zijn ook dikwijls normatieve en subjectieve kwesties in het geding, die zich onttrekken aan technische beslisseregels. In een professioneel model wordt gestreefd naar een relatie op voet van gelijkheid en een gemeenschappelijke definitie van de situatie. Professionaliteit wordt onder andere uitgedrukt in pro-

ceduroel correct handelen en in een zorgvuldige beoordeling van het individuele geval. Het handelen wordt eerder gekenmerkt door prudentie dan door de onbemiddelde toepassing van algemene regels.

In de directe confrontatie tussen professional en cliënt is het mogelijk technische regels, normatieve overwegingen en subjectieve ervaringen op elkaar te betrekken en te toetsen op criteria van zowel effectiviteit als humaniteit. Een dergelijk model van professionele dienstverlening is breder dan de karikatuur van de technische probleemoplosser die met behulp van zijn gereedschap kist gedecideerd ingrijpt in lineaire ketens van oorzaak en gevolg, die planmatig werkt in de richting van vooraf gedefinieerde oplossingen en wiens handelen gestandaardiseerd en voorspelbaar is.

Misschien moeten we een competente professional wel karakteriseren als iemand die op elke situatie verschillend en onvoorspelbaar reageert en toch adequaat handelt. Competentie impliceert dat een professional evenveel gezichten heeft als cliënten en dat standaardisering zich niet zo goed verdraagt met het idee van lerende professionals in lerende organisaties.

### Zorg voor dynamische, mensgerichte kwaliteit

Onder meer in de instelling van de manager uit de inleiding van deze bijdrage hebben we gezocht naar een alternatief voor het streven naar kwaliteit met behulp van standaardisering, normering en uniformering. We hebben met hem eerst op een rij gezet wat kwaliteitszorg voor de instelling zou moeten betekenen. Daarbij kwamen twee verlangens naar voren. Enerzijds wil de manager naar buiten toe kunnen laten zien wat de instelling de samenleving te bieden heeft. In zijn onderhandelingen met de gemeente als subsidiegever moet hij dat duidelijk kunnen demonstreren, het liefst met harde gegevens. Anderzijds wil hij een instelling met goede en betrokken medewerkers, die vakbekwaam en zo zelfstandig mogelijk hun werk doen. Contact met hen vindt hij heel belangrijk, vooral ook omdat hij van zijn medewerkers signalen verwacht van problemen in de samenleving waar de instelling op moet kunnen anticiperen.

Wanneer we met deze manager een traject van kwaliteitszorg als controle- en beheersingsinstrument waren ingegaan, waren we aan de slag gegaan met de normering van het werk, het opstellen van regels en protocollen en met een systeem om de werkers te controleren. We zouden een berg papier geproduceerd hebben en de medewerkers belast hebben met allerlei bureaucratische rompslomp. Vanuit een dergelijke technocratische invalshoek wordt kwaliteitszorg primair een instrument voor het management.

We hebben echter voor een andere, meer dynamische en mensgerichte invalshoek gekozen, die beter past bij het specifieke karakter van welzijnswerk. (Van IJzendoorn 1994) Na de gesprekken met het management zijn de verlangens rond kwaliteitsontwikkeling bij de medewerkers geïnventariseerd. De kwaliteit van het eigen professioneel handelen kwam daarin voor het voetlicht: op de hoogte blijven, kritisch blijven, nieuwe ideeën opdoen. Dat waren enkele van de belangrijkste wensen. Opvallend in deze gesprekken was dat de medewerkers enerzijds oog hadden voor de problemen van het management, maar anderzijds zich ook in de steek gelaten voelden. De manier waarop het management over hun werk sprak, riep ergernis op. Ze voelden zich niet gehoord en gewaardeerd.

Op basis van de diverse gesprekken is het kwaliteitstraject vervolgd met het van stal halen van een aantal oude vertrouwde middelen. Om zich te kunnen blijven ontwikkelen in en aan het werk is groepsgewijs een herstart gemaakt met intervisie- en consultatiebijeenkomsten. Daarin wordt serieus werk gemaakt van intercollegiale toetsing. De beroepskrachten spreken elkaar aan op gevolgde werkwijzen en letten naast kwaliteitscriteria als integriteit en zorgvuldig handelen tegelijk op efficiëntie en effectiviteit. Er is geprobeerd de professionals ervan bewust te maken dat ze de laatste twee criteria niet aan het management moeten overlaten. De vraag 'ben je wel effectief bezig?' is een van de belangrijkste in het professionele beraad. Om de communicatie tussen management en uitvoerenden weer vlot te trekken zijn er workshops opgezet, waarin thematisch enkele netelige werkproblemen besproken zijn. Pas in het vervolg van het traject is gekeken welke structurele maatregelen nodig waren om een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit

blijvend te kunnen realiseren. (Van IJzendoorn, in voorbereiding)

In deze instelling is ervoor gekozen kwaliteitszorg te zien als een leer- en ontwikkelingsinstrument. Vanuit dit perspectief wordt kwaliteitszorg enerzijds een manier om dynamiek in het werk te houden, anderzijds een manier om recht te doen aan het mensgerichte karakter van het werk. Kwaliteit is dan meer dan efficiëntie en effectiviteit. Gebruikerskwaliteit, professionele kwaliteit, relationele kwaliteit, kwaliteit van leven (Van der Loo 1995; Van Houten en Prins 1995) zijn belangrijke dimensies die weer bestaansrecht krijgen.

In de zorg voor dynamische kwaliteit staan samenwerking, open communicatie, terugkoppeling, reflexie en leren centraal. In feite doen we daarmee voor een deel een beroep op de traditionele zorg voor professionele kwaliteit in de vorm van 'peer reviews' (Pollitt 1996): voor het forum van beroepsgenoten wordt verantwoording afgelegd van het professionele handelen. In de dienst- en hulpverlening van de welzijnssector zijn intervisie en supervisie daarbij welbekende methoden. Om de mensgerichte dimensie van kwaliteit recht te doen, dienen zowel technisch-instrumentele als normatieve en persoonlijke aspecten voor het voetlicht te komen. (Van der Laan 1990, 1991; Schilder en Kaayk 1994; Schilder en Wouters, in voorbereiding) Bovendien wordt vanuit dit perspectief actief feedback gezocht bij cliënten of gebruikers en wordt hun informatie te baat genomen voor verbetering van de dienst- en hulpverlening. Exit-interviews, cliëntenpanels en jongerenraden zijn enkele voorbeelden van instrumenten daarvoor. (Jumelet en Van IJzendoorn 1996) Zo wordt voorkomen dat het beraad met beroepsgenoten ontaardt in zelfgenoegzaamheid en het professionele handelen niet ten overstaan van anderen verantwoord wordt.

Naast intervisie en collegiale consultatie, waarin de directe zorg voor de kwaliteit van het professioneel handelen een plaats krijgt, kan in kwaliteitskringen gezocht worden naar meer gezamenlijke verbeterpunten in (de organisatie van) de dienst- en hulpverlening. (Zie bij voorbeeld Kanters en Verbeek 1996; Leentvaar 1996) Hoewel kwaliteitskringen in de genoemde voorbeelden horizontaal zijn samengesteld, is het ook mogelijk met meer verticaal samengestelde groepen te werken. Voor het verbe-

teren van de communicatie en uitwisseling van ideeën tussen werkvloer en management kan dit een goede strategie zijn.

Dynamische, mensgerichte kwaliteitszorg krijgt primair gestalte op de werkvloer en wordt een belangrijk instrument voor uitvoerend werkers in de verbetering en ontwikkeling van hun werk. Het management respecteert de autonomie van de medewerkers zonder hen aan hun lot over te laten. Het schept voorwaarden voor feedback, zorgt voor 'reflexieve ruimte' en verlangt tegelijk dat er verantwoording wordt afgelegd en resultaten zichtbaar gemaakt worden.

Kwaliteitszorg in de sociale sector moet bovenal bijdragen aan de kwaliteit van leven van de cliënt. We moeten echter niet uit het oog verliezen dat het ook gaat om de kwaliteit van de arbeid van de uitvoerend werkers.

## Geraadpleegde literatuur

- Bölger, H., *Concept kwaliteitscriteria voorzieningen voor residentiële jeugdhulpverlening*, VOG, Rijswijk 1996.
- Broekhuis, H. en A.C.J. de Leeuw, "NEN-ISO nummering in de professionele dienstverlening 1", *Bedrijfskunde*, 67(1995) 2, p. 71-79.
- Broekhuis, H. en A.C.J. de Leeuw, "NEN-ISO nummering in de professionele dienstverlening 2", *Bedrijfskunde*, 67(1995) 3, p. 66-74.
- Buitenhek, E. en R. Kaufmann, *Zorg voor kwaliteit*, VOG, Rijswijk 1995.
- Buitink, J. en S. Dym, *Afgevoegen, Kwaliteitsnormen maatschappelijk werk*, VOG, Rijswijk 1994.
- Donker, M.C.H., *Zin en onzin van de ISO-richtlijn 9004-2 in de gezondheidszorg*, Voordracht t.b.v. de Conferentie 'Kwaliteit en verzekering in de Gezondheidszorg' 1992.
- Dym, S., *Onderzoek naar de gevolgen van kwaliteitsbeoordeling bij instellingen voor maatschappelijk werk*, VOG, Rijswijk 1994.
- Dym, S. en B. Kraai, *Een referentiemodel voor het leveren van kwaliteit. Experimentele kwaliteitsnormen ten behoeve van organisaties voor Sociaal Cultureel Werk*, VOG, Rijswijk 1995.
- Dym, S. en R.M. Wilmsink, *Een referentiemodel voor het leveren van kwaliteit. Experimentele kwaliteitsnormen ten behoeve van organisaties uit de Maatschappelijke Opvang*, VOG, Rijswijk 1995.
- Houten, D.J. van, en M.C.J. Prins, "Kwaliteit en zorg. Over zorg-Taylorisme en kwaliteit van het leven", *Sociale Interventie*, 4(1995)2, p. 47-55.
- Ijzendoorn, Mieke van, *Kwaliteit zonder kaspone. Een denkkader voor kwaliteitszorg in de welzijnssector*, NIZW, Utrecht 1994.
- Ijzendoorn, W.J.E. van, *De achterkant van kwaliteitszorg. Dynamische kwaliteitszorg in vijf welzijnsinstellingen*, NIZW, Utrecht (in voorbereiding).
- Jumelot, H. en M. van Ijzendoorn, "Luistert u naar uw cliënt? Exitlijsten en cliëntenfeedback in de jeugdzorg", *VOG-Jeugdhulpverlening Magazine*, 4(1996)2, p. 6-7.
- Kanters, T. en G. Verbeek, *Kwaliteit in werking. Een handleiding voor methodische kwaliteitsbevordering in teams verzorging*, NIZW, Utrecht 1995.
- Laan, G. van der, *Legitimatieproblemen in het maatschappelijk werk*, Utrecht 1990.
- Laan, G. van der, "Een etiquette voor het maatschappelijk werk", *TVA* 20(1991)4, p. 288-304.
- Laan, G. van der, "Van turbulentie tot stroomlijning", *Sociale Interventie*, 3(1994a)4, p. 139-150.
- Laan, G. van der, "Tussen cliënt en consument staat de professional", in: J. Zeelen et al. (red.) *De toekomst van de sociale interventie*, Groningen 1994b.
- Laan, G. van der, "Tot zijn recht komen. Het beroepsprofiel van de sociaal-juridische dienstverlener en de aanspraken van de cliënt", *SJD. Tijdschrift voor Sociaal-Juridische Dienstverlening*, 1995/5.
- Leentvaar, M., *Kwaliteit ontwikkel je zelf*, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht 1996.
- Loo, H.R. van der, "Kwaliteitszorg als evenwichtskunst", in: M.G. Bockholdt (red.), *Programma evaluatie sleutel tot kwaliteit*, Utrecht 1995.
- Loo, H.R. van der, en M.J. Giljam, "De blinde vlekken van Total Quality Management", *M&O* 1995/3, p. 202-217.
- Loon, K. van, *Kwaliteit als nieuwe stimulans. Zelfevaluatie*, De Twern, Tilburg 1996.
- Maas, J.G.V. en B.W.C.M. Kamp, "Is er een remedie tegen de ISO-ziekte?", *Sigma* 1994/1, p. 28-33.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Discussienota begripkader kwaliteit van instellingen*, Zoetermeer 1990.
- Pollitt, Ch., *Business and professional approaches to quality improvement: a comparison of their suitability for the personal social services*, Paper presented to the STAKES/European Centre for Social Welfare and Research (internat.seminar), Helsinki 1996.
- Projectgroep Kwaliteit VOG/JHV, *Handleiding positiebepaling en resultaatverbetering*, VOG, Rijswijk 1995.
- Schiff, G.D. en N.I. Goldfield, "Deming meets Braverman: Toward a progressive analysis of the continuous quality improvement paradigm", *International Journal of Health Services*, 24(1994)4, p. 655-673.
- Schilder, L. en M. Kaayk, *Gelijkwaardigheid in de hulpverleningsrelatie: je weet niet wat je ziet*, in: J. van Mens-Verhulst en L. Schilder (red.), *Debatten in de vrouwenhulpverlening*, Amsterdam 1994.
- Schilder, L. en P. Wouters, "Kwaliteitsbewaking binnen de beroepsgroep", in: G. van der Laan (red.), *De lerende professie*, Utrecht (in voorbereiding).



Soetenhorst-De Savornin Lohman, J., *Doe wel en zie om. Maatschappelijke hulpverlening in relatie tot het recht*, Amsterdam/Lisse 1990.

Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit, *Handleiding positiebepaling & verbeteren organisaties zonder winstoogmerk*, Haarlem 1993.

Vogelezang, H. en T. Hageman, *Service management. De sociale constructie van diensten*, Baam 1993.

Zelfevaluatiemodel voor welzijnsinstelling, *Zorg + Welzijn*, 2(1996), p. 28.

## Summary

In this article the current systems of quality control, mainly developed in business contexts and nowadays rather naively adopted in welfare work and social service, are profoundly analysed and criticized. An alternative approach, based on the principles of the selflearning and selfregulating abilities of professionals, is put forward.