



Gabriëlle Verbeek Rob Hoogma

“Is er iemand tegen kwaliteit?”

Kwaliteitszorg heeft afgelopen decennia veel aandacht gekregen in de zorg. Dit heeft geleid tot het ontstaan van kwaliteitssystemen en de verplichting tot certificering. Het is echter de vraag of hierdoor de kwaliteit van zorg daadwerkelijk verbetert. De praktijk lijkt weerbarstiger te zijn dan was gehoopt. Er lijkt bovendien geen vanzelfsprekende samenhang te zijn tussen de geleverde kwaliteit van dienstverlening en het hebben van een certificaat.

Twijfels en weerzin Geen enkele zorginstelling lijkt eraan te ontsnappen: het streven naar een certificaat of keurmerk. Slechte prestaties komen op het internet te staan: sterftcijfers, fouten, valpartijen en andere calamiteiten. Elke cliënt zal weten waar de beste kwaliteit te vinden is. Bestuurders van zorginstellingen voelen de hete adem van de buitenwereld in de nek.

Hoewel er op veel plekken hard gewerkt wordt aan certificatie-trajecten (“We moeten dit jaar het papiertje zien te halen”) zijn er steeds meer hardop de twijfels te horen

[tekst in kader] “De ene helft van het jaar schrijven we onze plannen op, de andere helft zijn we kwijt aan verantwoording over de resultaten”

Frissen 2005

Recent landelijk onderzoek van het NIVEL naar de effectiviteit van kwaliteitssystemen bevestigt de genoemde knelpunten. Een kwart van de instellingen in het NIVEL-onderzoek (Sluijs e.a., 2007) zegt zelf cliëntgericht te werken, waardoor de tevredenheid van de cliënten is toegenomen. En in een kwart van de instellingen zijn de zorgprocessen en uitkomsten verbeterd. Maar de klachten zijn ook toegenomen. Meer papier, veel als overbodig ervaren verantwoording e.d. De echte volhouders op het gebied van kwaliteitssystemen zeggen dat alles op alles gezet moet worden om alsnog op systematische wijze verbeteringen te meten en mensen zover te krijgen dat ze hiermee werken. Intussen groeit de weerzin op de werkvloer.

Tijd om pas op de plaats te maken. Hoe moeten we de huidige effecten van het kwaliteitsdenken beschouwen, wat betekent die weerzin? Zijn dat die onwillige professionals en die vervelende managers die niets willen verantwoorden of hebben ze inderdaad terechte kritiek? En van welke aannames gaat het huidige kwaliteitsmanagement in de zorg uit? Waar was het in de kwaliteitszorg om te doen?

Hoe heeft het zover kunnen komen?

Kwaliteitssystemen hebben een bijzondere geschiedenis. In de opkomende auto-industrie in de Verenigde Staten en de oorlogsindustrie in de Tweede Wereldoorlog werden de handelingen van de arbeiders tot in detail beschreven, genormeerd en geborgd. Een wapen moest tijdens de Tweede Wereldoorlog op het slagveld betrouwbaar zijn, ook al waren de diverse onderdelen ervan gemaakt door werknemers uit verschillende fabrieken en landen die elkaars taal en gewoonten niet kenden. Men ontdekte principes waarmee een en ander te realiseren was. Deze vorm van standaardisatie werd steeds verder geperfectioneerd en werd de basis van de International Standardisation Organisation (ISO). Er kwamen vervolgens normen voor de wijze waarop kwaliteitszorg zou moeten worden toegepast en normen voor het extern toetsen van kwaliteitszorg (Casparie en Verbeek, 2006). Onze huidige vormen van certificatie en externe toetsing in de zorg zijn hiervan afgeleid.

In de oorspronkelijke benadering van kwaliteitszorg staat het voldoen aan de opgestelde eisen centraal. Het doel is het voorkómen van ongewenste afwijkingen. Als aan deze eisen niet wordt voldaan, worden de fouten opgespoord en geëlimineerd. Dit proces is gebaseerd op controle van de diverse processen en van het eindproduct. De eisen die aan het proces, maar vooral aan het product worden gesteld, worden zo veel mogelijk vooraf geformuleerd.

Het introduceren van kwaliteitssystemen in de zorgsector vond plaats in de tijd dat de behoefte aan transparantie en verantwoording steeds meer toenam. In het rapport van de WRR (bewijzen van goede dienstverlening, 2004) wordt duidelijk gemaakt dat deze behoefte ook opkwam in een tijd waarin geleidelijk meer wantrouwen ontstond tussen de actoren in de zorg: de leveranciers van de diensten, de externe toezichthouders, de verzekeraars, georganiseerde cliëntenorganisaties, politici en ambtenarij. Dit had deels zijn oorsprong in de wijze waarop

verantwoording plaatsvond en de focus van de media op de verzelfstandigde maatschappelijke taken.

De voorvechters voor kwaliteitszorg vonden hun medestanders bij meer partijen. Beroepsbeoefenaren, cliënten, verzekeraars en Inspectie voor de Gezondheidszorg onderschreven de ontwikkeling van kwaliteitszorg, overigens om heel uiteenlopende redenen. Daar waar de verzekeraars behoefte hadden aan meer vergelijkbaarheid van aanbieders, zagen de beroepsbeoefenaren een kans om hun deskundigheid vast te leggen en gefinancierd te krijgen, terwijl managers in kwaliteitszorg een mogelijkheid tot profilering van hun organisatie zagen. De term 'kwaliteitszorg' werd getransformeerd naar 'kwaliteitssysteem', waarbij verbetering van de zorg en verantwoording over die zorg bij elkaar werden gebracht. Vervolgens werd het gebruik van dit kwaliteitssysteem gezondheidszorg breed opgelegd omdat er dan ook systematisch en eenduidig (lees vergelijkbaar) verantwoording afgelegd en gevraagd kon worden. Toezichthouders en financiers hoopten daarmee aan cliënten en parlement te kunnen laten zien dat er kwaliteit werd geleverd. En zo niet, dat er ook ingegrepen werd. De rotte appels zouden zo wel door de mand vallen... Een aantal aanbieders ging voortvarend te werk en dacht zich met behulp van een kwaliteitssysteem te kunnen onderscheiden van anderen. Al snel werd echter het hebben van een certificaat een kwalificer: je moet het hebben om te mogen leveren. Het werken met die systemen is intussen contraproductief aan het worden.

Schijnzekerheid De gedachte dat de zorg volledig meetbaar is aan de hand van indicatoren is een illusie.

Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld al jaren dat patiënten- of cliënten-enquêtes niet echt informatie geven over de daadwerkelijke beleving/ervaring van de zorg. De vaak hoge tevredenheidsscores lijken eigenlijk steeds minder te zeggen. Gelukkig komen er steeds meer andere vormen van onderzoek in zwang die niet meer allen gericht zijn op indicatoren maar op de ervaring zelf. Deze methoden zijn meer kwalitatief of narratief georiënteerd. Deze worden echter nog niet erkend als representatief omdat vergelijkbaarheid nauwelijks aan de orde zou zijn. Het werken met indicatoren kan bovendien gemakkelijk leiden tot strategisch gedrag: indien indicatoren de basis vormen voor het afleggen van verantwoording, gaan mensen zich gedragen naar die indicatoren. Of ze zorgen ervoor dat het lijkt of ze die indicatoren realiseren.

"We moesten dit najaar voor het bronzen keurmerk alle zorgplannen volgens een nieuwe systematiek op orde krijgen. Met de verantwoordelijkheden erbij. De bewoners moesten vervolgens in een noodtempo alles zien en ondertekenen, anders kwamen we niet in aanmer-

king voor het certificaat. Vraag me niet hoe, maar het is gelukt dankzij ieders inzet. De papieren zijn op orde en we hebben het certificaat. Goed voor het imago van de club. Directie en buitenwacht zijn tevreden over ons.

"Toch vraag ik me af of dit nu echt veel bijdraagt. Want die bewoners van ons hebben intussen echt geen betere zorg gekregen! We leveren nog steeds hetzelfde, alleen leggen we het beter vast. Wat hier eigenlijk nodig is, is iets heel anders. Dat we de vraag van bewoners in beeld hebben en daarnaar handelen. Dat is een veel grotere verandering. Dat is een stuk moeilijker."

Unithoofd woonzorgcentrum

Er is het voorbeeld van decubitus, waarvan de definitie werd veranderd zodat men beter scoorde op de indicator, terwijl de praktijk niet wezenlijk veranderde. Ook buiten de sector kennen we dit gedrag. Neem de NS waar de treinen conform contract voor 95% op tijd moeten rijden. En onlangs hoorden we dat de NS dat inderdaad doet. Maar de frequente reiziger op het spoor weet inmiddels ook dat machinisten weliswaar op tijd weggrijden, om regelmatig enige honderden meters buiten het station de trein stil te zetten. Dit zonder misseven van bovenaf.

"In het kader van gefaseerd en gelaagd toezicht was het zeer gemakkelijk en mogelijk geweest om de inspectie zo te informeren, dat er een gewenst beeld ontstaat. De verleiding is groot om dit zo te doen."

Bestuurder van een zorginstelling

Nu kunnen we deze voorbeelden als uitzonderingen betitelen, maar is dit daadwerkelijk zo? Hoeveel instellingen jagen nu op de certificering, om het vervolgens erbij te laten?

Bureaucratie De tragedie van kwaliteitssystemen is recht evenredig met de hoeveelheid papier die zij met zich meebrengen. Zorgverleners klagen steen en been over alle papieren die zij moeten invullen. In het eerder geciteerde onderzoek van het NIVEL stelt driekwart van de zorginstellingen ook dat door het kwaliteitssysteem regelgeving en administratieve lasten fors zijn toegenomen en 41 procent ervaart een toename van de werkdruk. En dat doen ze naast de verplichtingen die van andere toezichthouders afkomen, zoals zorgverzekeraars, CiZ en diverse inspecties.

De WRR spreekt van 'stapelings van toezicht en verantwoording' (2004). Opvallend daarbij is dat de verschillende actoren niet van elkaar weten welke administratieve verantwoording zij vragen en ook geen beeld heb-

ben van de reeds aanwezige administratieve lastendruk, ondanks het feit dat de centrale overheid al jaren probeert die administratieve lastendruk terug te dringen.

Deze stapeling van lastendruk is voor een belangrijk deel ook te wijten aan de aannames die ten grondslag liggen in het vragen om verantwoording en die hun wortels hebben in het New Public Management c.q. de vigerende opvattingen over risicomanagement (zie ook Hoogma en Van Dalen in *Zorgvisie*, dec 2007).

Hoe noodzakelijk is 'het systeem'?

Kwaliteitssystemen zijn veelal opgebouwd vanuit het principe "in gelijke gevallen handelt men op een gelijke wijze". Standaardisatie van werkprocessen geeft intern weliswaar duidelijkheid over handelwijzen, maar deze duidelijkheid leidt tot normering van het gedrag van de hulpverleners (in het uiterste geval vastgelegd in protocollen) en gaat ten koste van de uniciteit van dienstverlening.

Kwaliteitssystemen leiden tot een aantal algemene eisen waaraan de zorg moet voldoen, uitgedrukt in meetbare indicatoren (normen van verantwoorde zorg, alarmbellen e.d.). Deze indicatoren lijken op het eerste oog logisch, maar bij nadere oriëntatie sluiten deze minder aan op de persoonlijke (zorg)behoeftes van cliënten in het kader van de kwaliteit van hun eigen leven. Wat voor de een belangrijk is, hoeft voor de ander minder te zijn. Het leidt misschien zelfs af van individuele dienstverlening, omdat aan die andere eisen (die van het kwaliteitssysteem) moet worden voldaan.

Rapportage van de WRR (2004) verwijst in dit verband naar de dictatuur van de middelmaat. Er gaat veel aandacht uit naar negatieve afwijkingen van het gemiddelde, terwijl nieuwe initiatieven en inhoudelijke kaders weinig belangstelling krijgen, noch gemakkelijk gehonoreerd worden.

De aanwezigheid van een 'systeem' heeft een anonimiserende werking naar de cliënt en de medewerker. Het dreigt de medewerker te verleiden tot systemisch handelen. Zeker in een cultuur van blame en shame, waarbij steeds meer het verschil gaat ontstaan tussen hoe iemand als mens zou reageren en als functionaris, die onderdeel is van het systeem. Iedereen van ons kent de voorbeelden die niet eens zo schokkend zijn. De medewerkers van het callcentre van een organisatie die volgens protocollen moeten handelen. In plaats van mensen te stimuleren een persoonlijke professionaliteit te ontwikkelen, lijken zij uitvoerders te worden van een systeem. (Smeijsters, 2006) Hoogleraar Hans Strikwerda noemt dit georganiseerde onverantwoordelijkheid.

Vinkenburg constateert dat in de dienstensector (waar-

onder de zorg) modellen als ISO-norm en INK tekort schieten omdat zij de menselijke dimensie missen. Aan deze modellen ontbreken menselijke factoren zoals communicatie, macht en cultuur (Vinkenburg 2006, pag. 3)

Het hebben van een "kwaliteitssysteem" geeft bovendien geen garanties over tekort schietende kwaliteit, zoals blijkt uit recente publicatie over kwaliteitsmisstanden in ziekenhuizen of andere zorginstellingen. Hoewel men gecertificeerd was (en iedereen op de hoogte was van de slechte verhoudingen tussen de professionals) konden deze misstanden toch ontstaan. In de systemen is onvoldoende aandacht voor persoonlijke verhoudingen of de feitelijk uitgevoerde professionele handelingen.

Neveneffecten zijn hoofdeffecten?

In het oplossen van de problemen rond kwaliteitszorg zijn twee richtingen te constateren: bijschaven en doorzetten, óf de huidige praktijk herijken op zijn effecten en doelstellingen, om zodoende een nieuwe koers en (deels nieuwe) instrumenten te ontwikkelen.

Het eerste suggereert eigenlijk dat het hebben van een kwaliteitssysteem waarde vrij is en dat het alleen maar zou gaan om het vervolmaken en wegpoetsen van de neveneffecten. Opvallend is echter dat het verbinden van verschillende doelstellingen (verbetering van de zorg en externe verantwoording) juist de zogenaamde neveneffecten met zich meebrengen.

Een misschien meer fundamenteel probleem is echter het volgende. In navolging van Habermas (1989) is te spreken van de systeemwereld van de organisatie en de leefwereld van de cliënt (Van Dalen e.a., *Congres Lef en Liefde in de zorg*, 2007). De organisatie is een interferentiezone, waar beide werelden bij elkaar komen. In de systeemwereld wordt strategisch gehandeld op basis van doel-middelen rationaliteit. Relaties zijn er instrumenteel en nut is er een belangrijke waarde. In de systeemwereld gebruiken mensen elkaar als instrument voor het zo efficiënt mogelijk realiseren van hun eigen belangen en doelstellingen. In deze wereld past het voorbeeld van de thuiszorgmedewerkster die snel, efficiënt en vakmatig een wond verzorgt binnen het aantal daarvoor geïndiceerde zorgminuten, daarover een adequate aantekening maakt in het dossier en op deze wijze haar productienorm realiseert

In de leefwereld staat 'communicatief handelen' centraal. Dit is handelen gericht op een goede onderlinge verstandhouding, overeenstemming en zingeving. Door interactie met anderen geef je betekenis aan je eigen handelen en aan wie je bent als persoon. Dit handelen is in essentie onvoorspelbaar en onbeheersbaar. Je kunt immers niet op voorhand aangeven hoe er op je handelen wordt gereageerd, wat er uit ontstaat, welke beteke-

nis er aan wordt gegeven en je kunt je handelen niet terugdraaien. Het gaat in de leefwereld niet alleen om de goede verzorging van de wond, de vakkundig uitgevoerde operatie of om 'objectieve waarheid'. Waarachtigheid en integriteit zijn er de belangrijke waarden. In deze wereld past de zorgverlener die, over de grenzen van zijn/haar technisch-professionele interventies heen, er voor de cliënt probeert te zijn en aansluit bij diens wezen en vragen.

Habermas waarschuwt voor kolonisering van de leefwereld door de systeemwereld, namelijk dat de waarden uit de systeemwereld als efficiency, nut, objectiviteit, en meetbaarheid worden gebruikt binnen interpersoonlijke relaties in de leefwereld" (Van Dalen in ZM, 10-2006). De systeemwereld legt als het ware een managementwereld over de leefwereld. En dat verklaart voor een deel de verschillen in subjectieve ervaringen en de "harde" cijfers die geproduceerd worden in de benchmarks en cliëntenenquêtees.

Veel hulpverleners en cliënten herkennen de overheersing van de leefwereld door de systeemwereld, zoals onder meer blijkt uit de spontane onderschrijving van het manifest van de stichting Beroepszeer.

Het moge duidelijk zijn dat in onze ogen de oplossing niet zit in het bijschaven en vervolmaken.

Wat dan wel? Er zijn natuurlijk geen pasklare antwoorden, maar er zijn wel een aantal uitgangspunten die richting geven aan een andere manier van denken over kwaliteitszorg.

In de eerste plaats dienen verbeteren én extern verantwoord worden wezenlijk van elkaar gescheiden te worden. Dat is een eerste voorwaarde. Dat leidt eerder tot blamfree evaluation en is waarschijnlijk alleen mogelijk in een cultuur waar fouten maken mag en waar ervan geleerd wordt. Een cultuur waarin vertrouwen en de wil tot verantwoording afleggen waarom men handelt zoals men handelt, een vanzelfsprekendheid is. Dat vraagt om actieve coöperatie van management en medewerkers. En ook om management dat intrinsiek geïnteresseerd is in de vraagstukken van medewerkers en cliënten. Sommige pleiten in dit verband voor een Rijnlands besturingsconcept (Brouwer, 2007)

Zo'n insteek stelt ook eisen aan de externe verantwoording naar toezichthouders en publieke tribune. Dit is echter - ook politiek gezien - complex. De huidige externe verantwoording is juist gebaseerd op generalisaties en afwijkingen van het gemiddelde. Er zou echter meer gezocht moeten worden naar instrumenten die de waarde van het eigene en specifieke voor cliënten zichtbaar maken. Cliënten zijn gebaat bij variatie en keus op een voor hen uniek en passend aanbod. Dat levert vanzelfsprekend wel problemen op als het gaat om verge-

lijikbaarheid. De vraag is echter of dat dan erg is, omdat juist de verantwoording veel specifiek en uitgebreid zal zijn.

Ten tweede zullen feedbackloops over de dienstverlening tussen cliënt en medewerker en/of organisatie een meer vanzelfsprekend onderdeel moeten zijn van het dienstverleningsproces zelf. Daar horen dan eenvoudige instrumenten bij die gemakkelijk in het werk gebruikt kunnen worden en die ook het werk(en) van de professional beter maken. Stelselmatig reflecteren ligt voor de hand. Dit is niet nieuw, maar gebeurt in de praktijk nu te weinig. Ook gebeurt dit in de care-sector zelden aan de hand van een kernvraag die je als professional of manager dichterbij de cliënt brengt, namelijk of de geleverde dienstverlening family-proof is. Dat wil zeggen, is de hulpverlening aan jouw cliënten van dien aard of niveau dat jij deze ook aan een jou dierbaar iemand zou aanbieden, indien deze op dit soort hulpverlening aangewezen zou zijn? De ervaring leert dat identificatie met de positie van de cliënt helpt bij het in gang zetten van verbeteringen voor meer kwaliteit van bestaan in de zorg. De zorg komt als het ware dichterbij, wordt niet meer gezien als 'van de ander' maar ook als iets wat iedereen kan overkomen - wat in feite natuurlijk ook zo is.

Methodieken en werkwijzen voor kwaliteitszorg hebben hun nut, maar zijn geen doel op zich. Een van de instrumenten is natuurlijk het periodieke cliënten-ervaringsonderzoek dat niet alleen uitgaat van de normatieve kaders, maar dat begint bij de ervaring zelf, ongeacht de inzet van de professional of organisatie. Pas dan kan echt worden nagegaan in hoeverre de aanbieder voldoende aansluit op de vraag van de cliënt. Gelukkig komen er steeds meer vormen van onderzoek in zwang die niet meer alleen gericht zijn op indicatoren maar op de ervaring van cliënten zelf. Deze methoden zijn meer kwalitatief of narratief georiënteerd. Ze laten het verhaal zien van mensen.

"Wij doen wel aan kwaliteitszorg, maar we noemen het niet meer zo. Er staat bij ons juist zo min mogelijk op papier. We gebruiken feedback op alle mogelijke manieren. Van de cliënt, van de medewerker, tussen diensten. Ons systeem is gebaseerd op visie en communicatie in plaats van papier".

Stafmedewerker Kwaliteit en Scholing, instelling wonen en zorg voor mensen met een handicap

Uiteraard zijn voor kwaliteitsmethodieken ook andere ontwerpeisen te noemen dan dat ze voldoen aan de Demingcyclus. Zoals: papierarm, werkplezier vergrotend, dialoog bevorderend, direct effect resortherend, meer ruimte biedend en meer verantwoordelijkheid. In welke mate dat kan hangt uiteraard af van de soort dienst-

verlening. Op meer plaatsen zijn er initiatieven - sommige onlangs gestart, anderen hebben al een langere traditie - zonder dat daarbij woorden als kwaliteitszorg of -systeem worden gebruikt. Deze initiatieven bevinden zich binnen en buiten de reguliere zorg en werken gestaag aan de kwaliteitsverbetering van hun dienstverlening.

Kenmerkend hiervoor is dat zij de persoonlijke behoeftes en beleving van de cliënt centraal stellen en medewerkers ondersteunen bij hun dagelijks handelen. Daar ligt de kern van wat kwaliteit van zorg kan zijn. ZM

Auteurs

Gabriëlle Verbeek, projectleider kwaliteit bij Siza Dorp Groep en directeur Artemea, bureau voor vraagsturing en innovatie in de zorg

Rob Hoogma, voorzitter raad van bestuur Siza Dorp Groep

Literatuur

Brouwer, J.J. Einde van de zorgmarkt is in zicht, *Zorgvisie*, 11-2007

Casparie A.F. en G. Verbeek. Inleiding Handboek Kwaliteit van Zorg.

Maarssen: Elsevier, 2006

Dalen, A. van, "Meervoudig verantwoord" *ZM* 2006, 10, p 2-5

Dalen, A. van en R.E.C.S. Hoogma, "Professionals en managers: samen werken aan kwaliteit van leven en zorg". Congres Lef en Liefde in de zorg, 23 maart 2007

Dalen, A. van en R.E.C.S. Hoogma, In het verleden behaalde successen zijn geen garantie voor de toekomst! *Zorgvisie* december 2007

Dalen, A. van, "Beziëld besturen" *ZM* 2007, 12, p 6-9

Frissen, P "Hard op weg naar de totalitaire samenleving" *NRC*

Handelsblad 20 oktober 2005 p 6

Habermas, J. "De nieuwe overzichtelijkheid". Amsterdam: Boom, 1989

Hoekstra, J. "Werken aan de autonomie van mensen met een verstan-

delijke beperking". Lemmer: Bureau Kwalitas, 2002

Hoogsteder, J, Tijd voor persoonlijke aandacht: oudere medewerkers over de kwaliteit van het werk". Bureau Brede Weg, februari 2005

Hoorn, E. van e.a. "De kleine zelfbeschikking en de herovering van vraagsturing". In: *Zorgaanbod en cliëntenperspectief*. Blz 42-69.

Zoetermeer: RVZ, 2003

Klerk, M de en R. Schellingerhout, "Ondersteuning gewenst". Mensen met lichamelijke beperkingen en hun voorzieningen op het terrein van wonen, zorg, vervoer en welzijn". Den Haag; SCP, 2006

Kunneman, H. "Van theemutsencultuur naar walkmanego".

Amsterdam: Boom, 1996

Pool, A. "Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening".

Utrecht: Lemma, 1995

Sluijs, E., Keijser, A. en C. Wagner, "Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005". Utrecht: NIVEL, 2007

Smeijsters, H. "Vakmanschap is meesterschap. De professional als middelpunt van management en onderzoek". *MGV* 2006, 61 (11) 930-941

Tonkes, E. "Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector". Utrecht: NIZW, 2003

Verbeek, G, "De cliënt centraal, wat nu? Management van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg". Maarssen: Elsevier, 2002

Verbeek, G. "Cliënten als gesprekspartner". *Cliënt en Raad*, maart 2003b

Verbeek, G, "Moderniseren is noodzaak" *Tijdschrift voor Verzorging* mei 2004

Vinkenburg, H. "Dienstverlening: paradigma's, deugden en dilemma's". *Kwaliteit in praktijk*, februari 2006

VGN, Visiedocument Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg". Utrecht:

VGN, 2007

WRR. "Bewijzen van goede dienstverlening". Den Haag: WRR, 2004

WRR, "De verzorgingsstaat heroverwogen. Over verzorgen, verzekeren, herheffen en verbinden" Den Haag, WRR, 2006