

 **NIVEL**
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Colofon

Opdrachtgever

ZorgOnderzoek Nederland

Financiering

ZorgOnderzoek Nederland

Uitvoering

M. Place (Trimbos-instituut)

M. van Ooyen (Trimbos-instituut)

A. de Veer (Nivel)

C. Wagner (Nivel)

Eindredactie

P. Anzion

Lay-out

P. Anzion

K. Oskam

Productie

Drukkerij Anraad, Nieuwegein

ISBN 90-5253-319-9

© 2000, Trimbos-instituut en NIVEL, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut en het NIVEL.

Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ

Deel 1

Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk

M. Place (Trimbos-instituut)

M. van Ooyen-Houben (Trimbos-instituut)

A. De Veer (Nivel)

C. Wagner (Nivel)

Utrecht, mei 2000

Trimbos-instituut - Postbus 725 - 3500 AS Utrecht - Tel. 030-2971100 -
Fax 030 2971111

Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Tel. 030 2729700 - Fax 030 2729729

Opdrachtgever: ZorgOnderzoek Nederland (ZON)

Inhoud

1	Inleiding	7
1.1	Achtergrond van het onderzoek	7
1.2	Opbouw rapport	8
1.3	Gebruikte begrippen	9
2	Opzet van het onderzoek	11
2.1	Doel en vraagstelling	11
2.2	Indeling en selectie van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren	12
2.3	De vragenlijst	16
2.4	Deelnemende instellingen	16
2.5	De interviews	17
2.6	De analyse van de gegevens	17
2.7	Leeswijzer	18
3	Beleid en organisatie	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Marktonderzoek	23
3.3	Kwaliteitsplan	31
3.4	Gedragcode	38
3.5	Kwaliteitshandboek	43
3.6	Zorgprogramma	48
3.7	Klachtenreglement en klachtenbehandeling	57
3.8	Interne audit	64
3.9	Externe audit	70
3.10	Cliëntenraad	76
4	Personeelsmanagement	83
4.1	Inleiding	83
4.2	Deskundigheidsbevordering en scholing	83
4.3	Intervisie	89
5	Management van processen op het niveau van afdeling/programma	97
5.1	Inleiding	97
5.2	Productprofiel	97
5.3	Kwaliteitswerkplan	102
5.4	Dossieronderzoek	107
5.5	Intercollegiale toetsing	113
5.6	Verbeterprojecten	118
6	Management van het primaire proces	125
6.1	Inleiding	125
6.2	Routingprotocol	125
6.3	Zorgplansystematiek	134
6.4	Protocollen specifieke situaties	142

7	Waardering door klanten en belanghebbenden	153
7.1	Inleiding	153
7.2	Onderzoek naar waardering door cliënten	153
7.3	Exitinterview met cliënten	162
7.4	Externe toetsing vanuit cliëntenperspectief	169
7.5	Onderzoek naar waardering door familie	174
8	Waardering door medewerkers	179
8.1	Inleiding	179
8.2	Tevredenheidsonderzoek onder medewerkers	179
9	Waardering door de maatschappij	185
9.1	Inleiding	185
9.2	Imago-onderzoek	185
10	Bedrijfsresultaten	189
10.1	Inleiding	189
10.2	Efficiëncymeting	189
11	Klinische resultaten	197
11.1	Inleiding	197
11.2	Effectmeting	197
12	Indicatoren	205
12.1	Inleiding	205
12.2	Het denken over indicatoren	205
12.3	Ervaringen met indicatorsystemen	207
13	Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	213
13.1	Randvoorwaarden en processen	213
13.2	Resultaten en uitkomsten van zorg	217
13.3	Indicatoren	220
13.4	Conclusies en aanbevelingen	220
	Literatuur	225
	Bijlage 1 Leden van de begeleidingscommissie	227
	Bijlage 2 Uitkomsten enquête kwaliteitsfunctionarissen over gebruik instrumenten en indicatoren	229
	Bijlage 3 Vragenlijst over instrumenten en indicatoren	231
	Bijlage 4 Deelnemende instellingen	235
	Bijlage 5 Schema voor een instrument en een indicator	237
	Bijlage 6 Opzet en inhoud van de onderzochte instrumenten voor het meten van waardering door cliënten	239
	Gegevens auteurs	241

1 Inleiding

1.1 *Achtergrond van het onderzoek*

Instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)¹ spannen zich de laatste jaren in om op een systematische manier kwaliteitsbeleid te voeren. Geïnspireerd door de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de gemaakte afspraken op de kwaliteitsconferenties in Leidschendam (1990 en 1995) werken zij aan de opbouw van kwaliteitssystemen en maken zij de zorg transparant en toetsbaar. Instellingen zijn zich er steeds meer van bewust dat zij aan externe belanghebbenden zoals cliënten(organisaties), verzekeraars en overheid verantwoording moeten afleggen over de kwaliteit van de geboden zorg. Het toenevend gebruik van instrumenten en indicatoren als onderdeel van een integraal kwaliteitssysteem moet in dit licht worden gezien (GGZ Nederland, 1999; Van Ooyen & Place, 2000).

Van februari 1999 tot mei 2000 hebben het Trimbos-instituut en het NIVEL gezamenlijk een onderzoeksproject uitgevoerd naar de waarde en het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de GGZ. Een kwaliteitsinstrument wordt opgevat als een methode of procedure om de kwaliteit van zorg op een systematische wijze te bewaken en te verbeteren. Kwaliteitsinstrumenten worden gebruikt om de doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van de zorg te bevorderen, zorg die is afgestemd op de behoefte van de cliënt. (kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996) Een indicator wordt opgevat als een (getals)waarde om de kwaliteit van de zorg te meten c.q. te monitoren. Een indicator zegt iets over het proces of de uitkomst van de zorgverlening. Een indicator vooronderstelt dat een instelling gebruik maakt van een meetinstrument om de indicator te kunnen vaststellen.

Het project vond plaats in het kader van het Programma Kwaliteit van zorg in de GGZ van ZorgOnderzoek Nederland (Kwaliteit van zorg, 1998). Dit programma heeft als doel het bevorderen van de ontwikkeling en borging van kwaliteit in de GGZ. Meer in het bijzonder wil het programma de in het veld gebruikte kwaliteitsinstrumenten evalueren. Instrumenten kunnen bij gebleken waarde in de praktijk geschikt worden gemaakt voor een GGZ-brede implementatie. Het onderhavige onderzoeksproject wil aan deze doelstelling een bijdrage leveren.

1 GGZ staat steeds voor GGZ én verslavingszorg.

Het project bestaat uit twee delen. Deel 1 behelst een kwalitatief onderzoek, deel 2 een kwantitatief onderzoek. De kwalitatieve studie beantwoordt de vraag naar de kwaliteit van bestaande en in ontwikkeling zijnde kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren. Over dit deel van het onderzoek wordt in dit rapport verslag gedaan.

De kwantitatieve studie uit het tweede deel geeft een landelijk representatief beeld van de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid in de GGZ. Deze studie maakte deel uit van een grotere kwantitatieve studie naar het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg, die het NIVEL in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft uitgevoerd met het oog op de Leidschendamconferentie in mei 2000. Over het kwantitatieve deel van het onderzoek wordt apart gerapporteerd (De Veer e.a., 2000).

In het project is samengewerkt met GGZ Nederland en Q-net, het overleg van kwaliteitsfunctionarissen in de GGZ, onder andere om te komen tot een relevante selectie van te onderzoeken kwaliteitsinstrumenten. Een commissie heeft het onderzoek begeleid. In deze commissie waren het management van instellingen, onderzoekers, cliënten, de inspectie en GGZ Nederland vertegenwoordigd (zie bijlage 1).

GGZ Nederland is bezig met de ontwikkeling van een doorgeefluik voor instrumenten en andere relevante informatie over kwaliteitszorg, die instellingen kunnen gebruiken voor hun kwaliteitsbeleid. Indien de instellingen hiermee akkoord gaan² kunnen instrumenten die waardevol zijn gebleken opgenomen worden in het doorgeefluik, zodat alle GGZ-organisaties daarvan kunnen profiteren.

1.2 *Opbouw rapport*

Dit rapport is bedoeld voor het management, medewerkers, stafmedewerkers en cliënten(raden) in instellingen voor GGZ. Zij kunnen de beschreven ervaringen van collega-instellingen met kwaliteitsinstrumenten en indicatoren en de aanbevelingen benutten om hun kwaliteitsbeleid verder uit te bouwen.

In hoofdstuk 2 wordt het onderzoek beschreven naar doel, vraagstellingen en aanpak. Stilgestaan wordt bij de voor het onderzoek geselecteerde kwaliteitsinstrumenten en instellingen, de vragenlijst, interviews en de gegevensanalyse.

In de hoofdstukken 3 tot en met 11 worden vervolgens de ervaringen beschreven die de instellingen in de praktijk met de instrumenten en indicato-

2 De instellingen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen zullen hierover benaderd worden door het Trimbos-instituut en het NIVEL.

ren hebben opgedaan. In deze hoofdstukken wordt eerst een definitie gegeven zoals die in het onderzoek is gehanteerd. deze definities zijn afgeleid uit de literatuur over kwaliteitsinstrumenten en –indicatoren. Daarna wordt beschreven wat de doelstellingen en inhoud zijn volgens de geïnterviewde personen in de onderzochte instellingen en wie bij de instellingen bij een instrument of indicator betrokken is. Vervolgens wordt de waarde van het instrument omschreven conform de vraagstelling van het onderzoek: wordt het uniform toegepast, wat is bekend over de validiteit en betrouwbaarheid, en hoe effectief en bruikbaar wordt het ervaren. Elk hoofdstuk gaat over de instrumenten die betrekking hebben op een van de aandachtsgebieden van kwaliteitszorg. Hoofdstuk 13 vat de belangrijkste resultaten samen. Ook bevat dit hoofdstuk een aantal conclusies en aanbevelingen. Instellingen kunnen hiermee het gebruik van instrumenten en indicatoren in hun eigen praktijk bevorderen en het rendement verhogen.

1.3 Gebruikte begrippen

De begrippen die in de GGZ worden gebruikt verschillen vaak per deelsector. Waar bijvoorbeeld in de ene sector of instelling sprake is van hulpverlening, hulpverlener en hulpverleningsplan worden elders de begrippen begeleiding, begeleider en begeleidingsplan of behandeling, behandelaar en behandelplan gebruikt. Als gevolg van reorganisaties en samenwerkingsverbanden hebben nieuwe begrippen ingang gevonden als cluster, divisie en circuit. In dit rapport is gekozen voor een uniform gebruik van begrippen.

- *Cliënt* wordt ook gebruikt voor patiënt, bewoner, klant.
- *Medewerker* staat voor hulpverlener, begeleider, therapeut.
- Met *manager* wordt bedoeld een leidinggevende zoals een afdelings- of sectorhoofd, clustermanager, de directie. *Coördinatoren* worden als zodanig benoemd.
- *Stafmedewerker* verwijst naar beleidsmedewerker, staffunctionaris, kwaliteitsfunctionaris en medewerker personeel en organisatie.
- Wanneer gesproken wordt over instrumenten op *afdelingsniveau*, dan worden hieronder ook de instrumenten op het niveau van circuits, sectoren, programma's en clusters begrepen.

2 Opzet van het onderzoek

2.1 Doel en vraagstelling

Instellingen in de GGZ gebruiken diverse kwaliteitsinstrumenten en –indicatoren zonder dat altijd duidelijk is op welke manier deze in de dagelijkse praktijk worden toegepast en welke waarde ze precies voor de kwaliteit van de zorg hebben. Er spelen vragen als: hoe bruikbaar zijn de instrumenten en indicatoren? Worden ze op uniforme en doelmatige wijze toegepast? Hoe zinvol en effectief zijn ze met het oog op de te realiseren kwaliteit? Hoe cliëntgericht zijn ze; zijn cliënten betrokken bij de ontwikkeling en bij het gebruik? Inzicht in dergelijke vragen is nodig om te kunnen bepalen welke instrumenten en -indicatoren waardevol zijn en mogelijk GGZ-breed kunnen worden ingevoerd.

Het doel van dit deel van het onderzoek is dan ook het geven van inzicht in de waarde van actuele kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren.

De centrale vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt.

- 1 Wat is de waarde van bestaande en in ontwikkeling zijnde kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de GGZ?
 - 1.1 Hoe effectief en bruikbaar ervaren instellingen de ontwikkelde instrumenten en indicatoren met het oog op het realiseren van de gewenste kwaliteit?
 - 1.2 Wat is bekend over de validiteit en betrouwbaarheid?

De waarde van een instrument wordt niet alleen bepaald door eigenschappen van dat instrument. Voor een goed kwaliteitsbeleid is ook van belang dat een instrument gebruikt wordt voor de bewaking en continue verbetering van de zorg aan cliënten.

Daarom is in dit onderzoek niet alleen gekeken naar de inhoud en de vorm van instrumenten, maar ook naar de manier waarop ze gebruikt worden. De voornaamste vraag is, of een instrument wordt ingezet als onderdeel van een cyclus, waarin de uitkomsten uit het instrument teruggekoppeld worden naar de betrokkenen en gebruikt worden in evaluaties van de zorg. Hiervoor is nodig dat een instrument is ingebed in de beleidsvoering. De waarde van kwaliteitsinstrumenten en indicatoren omvat dan ook, naast instrumentele aspecten, attitude- en cultuuraspecten in een organisatie en de wijze van gebruik.

Het onderzoek is kwalitatief van aard en gebaseerd op de bevindingen van de geïnterviewde personen in een steekproef van instellingen. Deze bevindingen

zijn meestal subjectief en niet afgeleid uit onderzoek of anderszins aantoonbaar te maken gegevens. Het gaat hier dan ook hoofdzakelijk om de *ervaren* waarde van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren.

2.2 *Indeling en selectie van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren*

Het onderzoek is gestart met een literatuurstudie. Hierin zijn kwaliteitsinstrumenten geïnventariseerd die in aanmerking komen voor het onderzoek. Met name het Basisdocument Kwaliteitsbevordering in de GGZ en de verslavingszorg (1994), het toetsingskader met kwaliteitscriteria dat in de GGZ en de verslavingszorg voor interinstitutionele toetsing wordt gebruikt (Place e.a., 1999) en het onderzoek van het NIVEL naar kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg (1995, 2000) waren een belangrijke informatiebron. De literatuur leverde in totaal 53 kwaliteitsinstrumenten op voor de GGZ.

De kwaliteitsinstrumenten en indicatoren zijn ingedeeld in zes aandachtsgebieden van kwaliteitszorg:

1. **Beleid en organisatie.** Hier gaat het om processen op instellingsniveau, waarbij op basis van interne en externe omstandigheden en ontwikkelingen duidelijke visies, doelstellingen en plannen worden uitgewerkt, uitgevoerd en getoetst.
2. **Personeelsmanagement.** Dit betreft de wijze waarop medewerkers bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken en hoe hun deskundigheid wordt bevorderd.
3. **Middelenmanagement.** Dit is de inzet van middelen om tot goede kwaliteit van zorg te komen.
4. **Management van processen op programma- of afdelingsniveau.** Hier gaat het om procesbeheersing door bevordering van systematisch en planmatig werken en het gebruiken van informatie (indicatoren) over hulpvragen, processen en uitkomsten van de zorg om verbeteringen en vernieuwingen aan te brengen.
5. **Management van het primaire proces.** Dit betreft het systematisch en cyclisch werken in individuele zorgprocessen.
6. **Resultaatgebieden.** Hier worden onderscheiden:
 - waardering door klanten en belanghebbenden
 - waardering door medewerkers
 - waardering door de maatschappij
 - bedrijfsresultaten
 - klinische resultaten.

Deze aandachtsgebieden zijn afgeleid uit twee modellen voor kwaliteitsbeleid die op dit moment het meest gangbaar zijn in GGZ-instellingen: het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) en dat van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) in de uitwerking die daaraan is gegeven voor de GGZ (Place e.a., 1999). Beide zijn integrale modellen, dat wil zeggen: ze betreffen zowel randvoorwaarden in een organisatie als processen en uitkomsten van zorg en gaan ervan uit dat randvoorwaarden en processen in samenhang de kwaliteit van zorg en de uitkomsten bepalen. De door ons gehanteerde aandachtsgebieden zijn terug te vinden in beide modellen (Van Ooyen e.a., 1998). Zo wordt optimaal aangesloten bij kwaliteitstrajecten in de GGZ en zijn de resultaten van dit onderzoek zo breed mogelijk toepasbaar en herkenbaar, zowel voor instellingen die met het INK-model werken als voor instellingen die met het HKZ-model aan de slag zijn gegaan.

Binnen elk aandachtsgebied kan de instelling instrumenten inzetten. Tabel 1 geeft een overzicht van instrumenten en indicatoren naar aandachtsgebied. In de tabel is ook aangegeven welke functie een instrument heeft: is het een instrument dat dient voor de marktverkenning, normering, toetsing of verbetering van het handelen? In combinatie vormen normerende, toetsende en verbeterende instrumenten een kwaliteitscyclus. De indicatoren zijn gekoppeld aan de vijf resultaatgebieden.

Tabel 1 Kwaliteitsinstrumenten en indicatoren geordend naar aandachtsgebieden en functie

Aandachtsgebieden	Functie			Verbeterende instrumenten
	Marktkerkenning	Normerende instrumenten	Toetsende instrumenten	
1. <i>Beleid en Organisatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Marktonderzoek gebruikers en verwijzers* • Bijhouden literatuur en trends • Samenwerking en regionaal overleg 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsplan* • Gedragscode* • Professioneel statuut • Kwaliteitshandboek* • Privacyreglement • Zorgprogramma* 	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsjaarsverslag • MIS* • Commissies (MIP, FONA, M&M) • Klachtenreglement- en behandelings* • Audits intern & extern* • Cliëntenraad* • Benchmarking 	
2. <i>Personeelsmanagement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheidsbevordering en scholing 	<ul style="list-style-type: none"> • Personeelsbeleidsplan • Functie- en taakomschrijvingen • Wervings- en inwerkprocedures • Regelingen bij ziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Functioneringsgesprekken • Beoordelingsgesprekken • Ontslagregeling en exitgesprekken 	<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheidsbevordering en scholing
3. <i>Middelenmanagement/ diensten door derden</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Begroting • Plan met eisen aan hygiëne, voeding, veiligheid • afspraken met leveranciers 		
4. <i>Management processen op niveau afdeling of programma</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Productprofiel* • Kwaliteitswerkplan* 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossieronderzoek* • Intercollegiale toetsing* 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterprojecten*
5. <i>Management primair proces</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Routingprotocol* • Zorgplansystematiek* • Protocollen specifieke situaties* 		<ul style="list-style-type: none"> • Intervisie*

<i>Resultaatgebieden</i>	<i>Indicatoren</i>	<i>Instrumenten</i>
6. <i>Waardering door klanten en belanghebbenden</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Waardering cliënten* • - Waardering familie* 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek waardering door cliënten • Exitinterviews cliënten* • Toetsing vanuit cliëntenperspectief* • Onderzoek waardering door familie*
7. <i>Waardering door medewerkers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Waardering medewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> • Tevredenheidsonderzoek medewerkers*
8. <i>Waardering door maatschappij</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Imago instelling 	<ul style="list-style-type: none"> • Imago-onderzoek*
9. <i>Bedrijfsresultaten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiëncymeting*
10. <i>Klimische resultaten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Klimische effecten 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectmeting*

Om na te gaan welke instrumenten het veld belangrijk vindt om te onderzoeken hebben de 92 leden van Q-net, een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen werkzaam in de GGZ, een enquête gekregen. In deze enquête werd hun de lijst met instrumenten – elk instrument voorzien van een definitie – voorgelegd met het verzoek aan te geven welke instrumenten zij van belang vinden voor het onderzoek (zie bijlage 2). 55 vragenlijsten zijn ingevuld geretourneerd. De aldus verkregen informatie is gebruikt voor de selectie. Daarnaast is het oordeel van de begeleidingscommissie over de relevantie van instrumenten meegewogen en is een inschatting gemaakt van de haalbaarheid: is in de GGZ genoeg ervaring opgedaan met een instrument om de waarde ervan te kunnen onderzoeken. Op basis van deze oordelen en inschattingen zijn uiteindelijk 27 instrumenten geselecteerd voor het onderzoek.

Indicatoren zijn in het onderzoek geïnventariseerd. Met indicatoren kan de kwaliteit worden gemeten van zowel het zorgproces, de organisatorische en voorwaardelijke processen als van de uitkomsten van deze processen. De instrumenten en indicatoren die zijn geselecteerd en onderzocht, zijn in tabel 1 met een asterisk aangeduid.

2.3 *De vragenlijst*

Het gebruik en de waarde van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren zijn in beeld gebracht met een semi-gestructureerde vragenlijst met overwegend open vragen. De vragenlijst is afgenomen in face-to-face-interviews op locatie bij de instellingen. De vragen gaan over de bruikbaarheid, de effectiviteit en opbrengst, de validiteit en betrouwbaarheid van de instrumenten en indicatoren. De vragen zijn opgenomen in bijlage 3.

2.4 *Deelnemende instellingen*

Voor het brancherapport van GGZ Nederland (1999) heeft het Trimbos-instituut onderzoek gedaan naar de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid in de lidinstellingen.³ Uit het databestand van dit onderzoek zijn 30 instellingen geselecteerd die beschikken over de te onderzoeken kwaliteitsinstrumenten. Het gaat om een selecte steekproef van de instellingen met de meeste instrumenten. Zoveel mogelijk is geprobeerd te zorgen voor een evenwichtige deelname van de verschillende deelsectoren (RIAGG, RIBW, APZ, Verslavingszorg, MKD/MKT en geïntegreerde voorziening) en een goede spreiding

³ In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de vragenlijst die het NIVEL hanteert in de onderzoeken voor de Leidschendamconferenties (1995, 2000).

van de instrumenten over deze sectoren. De directie van de geselecteerde instellingen werd in een brief verzocht om aan het onderzoek deel te nemen. Desgevraagd bleek in het daarop volgende telefonisch contact met de onderzoekers dat de instellingen niet altijd over de te onderzoeken instrumenten beschikten. Op dat moment werd in overleg gekozen voor een interview over een ander instrument dat de instelling wel gebruikte. Hierdoor was het niet goed mogelijk om de gewenste evenwichtige verdeling van instrumenten over de sectoren te realiseren. Het was ook niet mogelijk om per instrument evenveel interviews te houden. Enkele instellingen wilden of konden niet aan het onderzoek meedoen, zodat in totaal 27 instellingen hebben deelgenomen (zie bijlage 4).

2.5 *De interviews*

De interviews vonden zo veel mogelijk op één dag in de instelling plaats. Meestal werden de gesprekken door twee onderzoekers gehouden; terwijl de een het gesprek voerde, legde de ander de antwoorden schriftelijk of in een laptop vast en stelde desgewenst aanvullende vragen ter verduidelijking. De interviews zijn gehouden met personen die ervaring hadden met de toepassing van het instrument of de indicator. Geïnterviewd zijn managers, medewerkers, stafmedewerkers en cliënten(raad). Om de ervaringen met een instrument zo breed en gedegen mogelijk in beeld te krijgen is gestreefd naar groepsinterviews (twee tot vijf personen). In gevallen waarin een groepsinterview niet mogelijk of niet zinvol was zijn individuele interviews gehouden. De interviews zijn door de onderzoekers uitgeschreven in een schema. Dit is ter accordering teruggestuurd naar alle respondenten. In totaal zijn 115 interviews gehouden. Elk interview heeft een nummer gekregen (1 tot en met 115). In de tekst wordt verwezen naar de interviews waarin de aldaar vermelde uitspraken zijn gedaan. Het nummer van de betreffende interview(s) is weergegeven in superscript.

2.6 *De analyse van de gegevens*

De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van een schema waarin de resultaten per instrument of indicator zijn samengevat (zie bijlage 5). Omdat over elk instrument/indicator verschillende interviews zijn gehouden zijn er meerdere schema's per instrument/indicator. De betreffende schema's zijn onderling vergeleken en geanalyseerd. Dit heeft geresulteerd in de beschrijvingen die in de hierna volgende hoofdstukken aan de orde komen. De beschrijvin-

gen bevatten vooral meningen en inschattingen van de geïnterviewden. Cijfermateriaal bleek nauwelijks voorhanden.

2.7 Leeswijzer

Niet iedereen zal in alle instrumenten even geïnteresseerd zijn. Waar het management wellicht meer wil weten over instrumenten voor beleid en organisatie kan de belangstelling van medewerkers uitgaan naar instrumenten voor het primaire proces. Tabel 2 bevat een leeswijzer waaruit opgemaakt kan worden welke informatie waar te vinden is.

De leeswijzer laat per aandachtsgebied (kolom 1) zien welke instrumenten onderzocht zijn (kolom 2) en op welke kwaliteitsaspecten die instrumenten vooral gericht zijn (kolom 3). In kolom 4 wordt een korte typering gegeven, en in kolom 5 ziet u in welke paragraaf u de beschrijving van het instrument kunt vinden.

Elke paragraaf in het rapport eindigt met een conclusie over het instrument, met sterke en zwakke kanten en aanbevelingen. Bij de sterke en zwakke kanten gaat het niet alleen om kenmerken van het instrument, maar ook om hoe het in de instellingen wordt gebruikt. In hoofdstuk 13 vindt u een samenvatting en algemene conclusies.

Tabel 2 leeswijzer

Wat wilt u verbeteren Beleid en organisatie	Kan met behulp van	Voor kwaliteitsaspect(en)	Korte typering	Lees
<ul style="list-style-type: none"> • Marktonderzoek • Kwaliteitsplan • Gedragscode • Kwaliteitshandboek • Zorgprogramma • Klachtenreglement en klachtenbehandeling • Interne audit 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid • Transparantie en doelmatigheid • Cliëntgerichtheid • Doeltreffendheid, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie • Doeltreffendheid, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie • Cliëntgerichtheid • Transparantie en doeltreffendheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan een beeld geven van het voorkomen van bepaald gedrag bij doelgroepen. Resultaten kunnen gebruikt worden voor gerichte preventie- en zorgactiviteiten. Zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens zijn nodig. Vraagt een financiële investering en een aanzienlijke inspanning. • Breed en bruikbaar planmatig sturingsinstrument voor kwaliteitsbeleid. Kwaliteit van zorgprocessen staat centraal. Onderdeel van voortdurend stapsgewijs proces van kwaliteitsverbetering. Vaak te veelomvattend. Impliceert instellingsbrede betrokkenheid en draagvlak. • Bevat gedragsregels voor medewerkers. Bevordert volgens geïnterviewden professionaliteit van het handelen. Toepassing wordt bevorderd door bespreking met medewerkers en cliënten. Mag niet te beperkend en formaliserend werken. • Bevat kwaliteitsdocumenten en instrumenten. Volgens geïnterviewden nuttig als naslagwerk. Dwingt tot nadenken over kwaliteit. Bijdrage aan kwaliteit van zorg is twijfelachtig mede door ontbrekend toezicht op toepassing. Moet goed toegankelijk zijn en actueel gehouden worden. • Beschrijft doelen, processen, taken etc. voor samenwerking t.b.v. gespecificeerde doelgroep. Indruk is dat het bijdraagt aan inzichtelijkheid van het zorgaanbod en samenwerking. Insteek moet zijn de behoefte van de cliënt en de inhoud van de zorg. Vergt consensus tussen professionals. • Vaak de laatste mogelijkheid om een klacht op te lossen. Voorkeur geniet bespreking en bemiddeling in vroeg stadium. Kan leiden tot meer openheid en verbetering cliëntenzorg. Vraagt tijdsinvestering en kan emotioneel belastend zijn voor medewerkers en cliënten. Is wettelijk verplicht. • Gaat om beoordeling door de instelling zelf volgens een standaardprocedure. Leerzaam. Levert informatie voor verbeterpunten en er wordt op toegezien dat deze ook worden uitgevoerd. Kost veel tijd en procedures kunnen remmend werken voor vernieuwingen. 	<ul style="list-style-type: none"> §3.2 §3.3 §3.4 §3.5 §3.6 §3.7 §3.8 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Externe audit • Cliëntenraad 	<ul style="list-style-type: none"> • Doeltreffendheid, doelmatigheid, zorg op maat, cliëntgerichtheid en transparantie • Cliëntgerichtheid, zorg op maat, transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Is een standaardprocedure van zelftoetsing en externe visitatie die inzicht geeft in kwaliteitsbeleid en mogelijke verbeteringen. Leidt tot meer kwaliteitsbewustzijn. Wordt positief gewaardeerd door management en medewerkers. Neemt veel tijd, gaat gepaard met papieren rompslomp. • Geeft handen en voeten aan medezeggenschap van cliënten en draagt bij aan gelijkwaardige positie van cliënten. Kost leden veel tijd. Actieve ledenwerving en tijdige en voldoende informatie van en naar de raad zijn nodig. Vaak nog onvoldoende ingebed in kwaliteitssysteem. Is wettelijk verplicht. 	§3.9 §3.10
<i>Personneelsmanagement</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deskundigheidsbevordering en scholing • Intervisie 	<ul style="list-style-type: none"> • Doeltreffendheid en cliëntgerichtheid • Doeltreffendheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Het werken met een opleidingsplan, dat gebaseerd is op inventarisatie van behoeften en aansluit bij het instellingsbeleid, maakt scholing structureel en systematisch en werkt motiverend voor medewerkers. Weinig bekend over effecten en transfer van geleerde naar praktijk. • Is vorm van feedback waarbij therapeuten aan de hand van casussen het eigen functioneren toetsen aan dat van anderen. Deelnemers voelen zich gesteund en gehoord. Werkwijze varieert. Structureel kader ontbreekt vaak waardoor risico bestaat dat afgeweken wordt van de doelstelling. 	§4.2 §4.3
<i>Management van processen op afdelings- of programma-niveau</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Productprofiel • Kwaliteitswerkplan • Dossieronderzoek • Intercollegiale toetsing 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparantie • Transparantie, doelmatigheid en doeltreffendheid • Cliëntgerichtheid, transparantie en doelmatigheid • Doeltreffendheid en doelmatigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Bevat een beschrijving van zorgaanbod of zorgprocessen, en criteria waaraan men het proces kan toetsen. Daardoor kunnen personen en instellingen extern en intern beter inzicht in het product krijgen. • Geeft volgens geïnterviewden richting aan acties om de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren en fungeert als feedbackinstrument. Koppeling aan managementinformatiesysteem en instrumenten voor toetsing is gewenst. Draagt bij aan kwaliteitsbewustzijn medewerkers. • Bedoeld als middel voor verbetering van dossiervorming en om te toetsen of de zorg aan kwaliteitscriteria voldoet. Draagt bij aan structurering en sturing van het primaire proces. Vereist een bepaalde systematiek in dossiervorming, anders is het tijdrovend. • Biedt houvast om zaken bespreekbaar te maken. Kan de zorg toetsen en verbeteren en cliëntbesprekingen beter structureren. Kost weinig tijd. Motivatie en onderling vertrouwen deelnemers vereist. 	§5.2 §5.3 §5.4 §5.5

	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid, doeltreffendheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie • Cliëntgerichtheid en transparantie • Cliëntgerichtheid en transparantie • Cliëntgerichtheid en doeltreffendheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid, doeltreffendheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedoeld voor verbeteringen op breed terrein. Zijn volgens geïnterviewden succesvoller als een vaste systematiek wordt gevolgd bij de planning en uitvoering. Systematiek kan zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Draagvlak en evaluaties zijn belangrijk. • Instrument om het zorgproces te structureren en transparant te maken. Indruk is dat het de doelmatigheid bevordert. Levert systematische informatie over de hulpvraag van cliënten. Om medewerkers tot consequente toepassing aan te zetten is ondersteuning en feedback nodig. Bijdrage aan cliëntgerichtheid onduidelijk. • Instrument voor afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag. Geeft eenduidigheid van termen en handelen. Invoering kan moeizaam proces zijn dat veel tijd vergt. Scholing en begeleiding van medewerkers noodzakelijk. Heeft volgens geïnterviewden een brede impact op de kwaliteit van zorg. Bevordert transparantie en cliëntgerichtheid. • Zijn bedoeld om handelingen in specifieke situaties verantwoord en transparant te laten plaatsvinden, bieden houvast voor medewerkers. Medewerkers gebruiken de protocollen niet consequent. Implementatie vraagt tijd en aandacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedoeld voor verbeteringen op breed terrein. Zijn volgens geïnterviewden succesvoller als een vaste systematiek wordt gevolgd bij de planning en uitvoering. Systematiek kan zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Draagvlak en evaluaties zijn belangrijk. 	\$5.6	
<i>Management van het primaire proces</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Routingprotocol • Zorgplansystematiek • Protocollen specifieke situaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Doeltreffendheid • Cliëntgerichtheid en zorg op maat • Cliëntgerichtheid, zorg op maat, doeltreffendheid, 	<ul style="list-style-type: none"> • Levert informatie op over waardering van onderdelen van het zorgproces, ook over aspecten die vanuit het perspectief van cliënten belangrijk zijn. Geeft aanleiding tot verbetering kwaliteit van zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. • Kan bestaan uit schriftelijke vragenlijst of mondeling gesprek met hulpverlener. Indruk is dat het goed inzicht geeft in oordeel cliënt over zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. Door vaste structuur komt informatie beschikbaar voor afdeling en instelling. • LPR heeft dit instrument ontwikkeld voor de klinische sector en beschermd worden. Zorg wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria. Cliëntenraad is actief betrokken. Procedure is vrij omslachtig. Cyclische toepassing zou onderdeel moeten zijn van kwaliteitsbeleid van instelling. • Geeft inzicht in behoefte van familie aan ondersteuning of betrokkenheid. Eenmalig gebruik, niet ingebed in kwaliteitsbeleid. Wordt waardevol gevonden omdat 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrument om het zorgproces te structureren en transparant te maken. Indruk is dat het de doelmatigheid bevordert. Levert systematische informatie over de hulpvraag van cliënten. Om medewerkers tot consequente toepassing aan te zetten is ondersteuning en feedback nodig. Bijdrage aan cliëntgerichtheid onduidelijk. • Instrument voor afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag. Geeft eenduidigheid van termen en handelen. Invoering kan moeizaam proces zijn dat veel tijd vergt. Scholing en begeleiding van medewerkers noodzakelijk. Heeft volgens geïnterviewden een brede impact op de kwaliteit van zorg. Bevordert transparantie en cliëntgerichtheid. • Zijn bedoeld om handelingen in specifieke situaties verantwoord en transparant te laten plaatsvinden, bieden houvast voor medewerkers. Medewerkers gebruiken de protocollen niet consequent. Implementatie vraagt tijd en aandacht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedoeld voor verbeteringen op breed terrein. Zijn volgens geïnterviewden succesvoller als een vaste systematiek wordt gevolgd bij de planning en uitvoering. Systematiek kan zijn ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Draagvlak en evaluaties zijn belangrijk. 	\$6.2
<i>Meting waardering door klanten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoek naar waardering door cliënten • Exitinterview met cliënten • Externe toetsing vanuit cliëntenperspectief • Onderzoek naar waardering door familie 		<ul style="list-style-type: none"> • Levert informatie op over waardering van onderdelen van het zorgproces, ook over aspecten die vanuit het perspectief van cliënten belangrijk zijn. Geeft aanleiding tot verbetering kwaliteit van zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. • Kan bestaan uit schriftelijke vragenlijst of mondeling gesprek met hulpverlener. Indruk is dat het goed inzicht geeft in oordeel cliënt over zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. Door vaste structuur komt informatie beschikbaar voor afdeling en instelling. • LPR heeft dit instrument ontwikkeld voor de klinische sector en beschermd worden. Zorg wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria. Cliëntenraad is actief betrokken. Procedure is vrij omslachtig. Cyclische toepassing zou onderdeel moeten zijn van kwaliteitsbeleid van instelling. • Geeft inzicht in behoefte van familie aan ondersteuning of betrokkenheid. Eenmalig gebruik, niet ingebed in kwaliteitsbeleid. Wordt waardevol gevonden omdat 	<ul style="list-style-type: none"> • Levert informatie op over waardering van onderdelen van het zorgproces, ook over aspecten die vanuit het perspectief van cliënten belangrijk zijn. Geeft aanleiding tot verbetering kwaliteit van zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. • Kan bestaan uit schriftelijke vragenlijst of mondeling gesprek met hulpverlener. Indruk is dat het goed inzicht geeft in oordeel cliënt over zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. Door vaste structuur komt informatie beschikbaar voor afdeling en instelling. • LPR heeft dit instrument ontwikkeld voor de klinische sector en beschermd worden. Zorg wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria. Cliëntenraad is actief betrokken. Procedure is vrij omslachtig. Cyclische toepassing zou onderdeel moeten zijn van kwaliteitsbeleid van instelling. • Geeft inzicht in behoefte van familie aan ondersteuning of betrokkenheid. Eenmalig gebruik, niet ingebed in kwaliteitsbeleid. Wordt waardevol gevonden omdat 	<ul style="list-style-type: none"> • Levert informatie op over waardering van onderdelen van het zorgproces, ook over aspecten die vanuit het perspectief van cliënten belangrijk zijn. Geeft aanleiding tot verbetering kwaliteit van zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. • Kan bestaan uit schriftelijke vragenlijst of mondeling gesprek met hulpverlener. Indruk is dat het goed inzicht geeft in oordeel cliënt over zorg. Representativiteit en betrouwbaarheid zijn zwakke punten. Door vaste structuur komt informatie beschikbaar voor afdeling en instelling. • LPR heeft dit instrument ontwikkeld voor de klinische sector en beschermd worden. Zorg wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria. Cliëntenraad is actief betrokken. Procedure is vrij omslachtig. Cyclische toepassing zou onderdeel moeten zijn van kwaliteitsbeleid van instelling. • Geeft inzicht in behoefte van familie aan ondersteuning of betrokkenheid. Eenmalig gebruik, niet ingebed in kwaliteitsbeleid. Wordt waardevol gevonden omdat 	\$7.2
					\$7.3	
					\$7.4	
					\$7.5	

		preventieve zorg voor familie	het aanknopingspunten biedt voor nieuwe op familie gerichte activiteiten.	
<i>Meting waardering door medewerkers</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tevredenheidsonderzoek onder medewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> • Algemeen: kwalitatief betere zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Instelling kan hiermee zicht krijgen op hoe medewerkers hun werk waarden. Maakt knelpunten zichtbaar. Landelijk ontwikkelde instrumenten, waarmee vergelijking tussen instellingen mogelijk is, zijn beschikbaar. Arbeidsintensief instrument. 	§8.2
<i>Meting waardering door maatschappij</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Imago-onderzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Cliëntgerichtheid in de zin van toegankelijkheid, drempelverlaging 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrument meet opvattingen in de maatschappij over een instelling, bijvoorbeeld naamsbekendheid en vertrouwen. Nodig is een steekproef van bewoners in verzorgingsgebied. Moeilijk als instelling volledig zelfstandig uit te voeren. Onderzoeksexpertise en organisatie nodig. 	§9.2
<i>Meting bedrijfsresultaten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiëncymeting 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelmatigheid en transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Levert gegevens op over de productie in relatie tot de kosten, ten behoeve van managementsturing. Vaak gekoppeld aan managementinformatiesysteem. Moet flexibel antwoord kunnen geven op steeds nieuwe vragen van management en medewerkers. 	§10.2
<i>Meting klimische resultaten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectmeting 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelreffendheid en doelmatigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • Kan bestaan uit actie- of vragenlijstonderzoek of oordelen van hulpverleners. Om kwaliteit te kunnen verbeteren is koppeling met processen nodig. Ook is informatie over tevredenheid en cliëntkenmerken gewenst. Er wordt (o.a.) gebruik gemaakt van standaardinstrumenten. 	§11.2
<i>Zicht op kwaliteit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren 	<ul style="list-style-type: none"> • Sturing en transparantie 	<ul style="list-style-type: none"> • Gaat om een (getals)waarde om de kwaliteit van de zorg te monitoren en sturen. Zegt iets over proces of uitkomst van zorg, bijvoorbeeld behandelduur, reden uitstroom, verbetering bij uitstroom, aantal contacten. Systematisch werken met indicatoren gebeurt nog nauwelijks. 	§12.2 §12.3

3 **Beleid en organisatie**

3.1 *Inleiding*

Om goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren zijn niet alleen primaire processen van belang, maar ook processen en randvoorwaarden op het niveau van de organisatie. We bespreken in dit hoofdstuk een aantal instrumenten op het niveau van de organisatie/instelling die een bijdrage kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg. We beginnen met marktonderzoek, dat zicht moet geven op ontwikkelingen in doelgroepen en hulpvragen. Daar kan de instelling haar beleid op afstemmen. Daarna bespreken we instrumenten met een overwegend normerend karakter: het kwaliteitsplan, de gedragscode, het kwaliteitshandboek en het zorgprogramma. Vervolgens komen toetsende en verbeterende instrumenten aan de orde: het klachtenreglement met de klachtenbehandeling, interne en externe audits en de cliëntenraad.

3.2 *Marktonderzoek*

3.2.1 *Definitie*

Hieronder vallen diverse vormen van signalering van (nieuwe) doelgroepen en (veranderingen in) hulpvragen, bijvoorbeeld onderzoek naar doelgroepen; literatuurstudie over doelgroepen; het volgen van ontwikkelingen bij doelgroepen; informatie verzamelen en uitwisselen in overlegstructuren; het in beeld brengen van het aanbod van andere instellingen; het analyseren van registratiecijfers over de zorg of van epidemiologische onderzoeksgegevens. De hier onderzochte marktonderzoeken betreffen empirisch onderzoek naar (mogelijke) doelgroepen.

3.2.2 *Geïnterviewden*

- instellingen voor verslavingszorg^{104,109} (1 manager, 1 medewerker)

3.2.3 *Doelstellingen*

Het marktonderzoek heeft in de onderzochte instellingen de volgende doelstellingen.

- verkrijgen van een goed beeld van lokaal gebruik van alcohol en drugs en ontwikkelingen daarin^{104,109}

- Het voorkomen van alcohol- en drugsproblematiek, door groepen te identificeren waarop men de interventie of preventie-activiteiten moet richten^{104,109}

Een afgeleid doel is dat het een indicatie geeft voor de toekomstige vraag naar verslavingszorg¹⁰⁴ of dat het informatie levert voor beleidsadviezen aan overheden.¹⁰⁹ Bij beide instellingen heeft het marktonderzoek betrekking op gebruik bij jongeren. Het instrument draagt bij aan doelmatig werken. Er kunnen immers meer gerichte interventies gepleegd worden.¹⁰⁴

3.2.4 *Inhoud*

Bij één instelling is het marktonderzoek breed en systematisch opgezet.¹⁰⁴ Vier gegevensbronnen worden in deze instelling gebruikt.

- Eenmaal per twee jaar vult een representatieve steekproef van middelbare scholieren een schriftelijke vragenlijst in over hun alcohol- en drugsgebruik.
- Eenmaal per twee jaar worden leden van een risicogroep (gebruikers van de jeugdhulpverlening, bezoekers van koffieshops en discopubliek) bevraagd met een schriftelijke lijst.
- Twee keer per jaar worden de leden van een panel geïnterviewd over actuele ontwikkelingen. Dit panel bestaat uit 25 tot 30 personen uit verschillende netwerken, bijvoorbeeld gabbers, trendy disco's, dj's en veldwerkers.
- De instelling gebruikt eigen informatie uit vragen die gesteld worden bij de telefonische hulplijn en het aantal aanvragen om de kwaliteit van XTC te testen.

Dit alles levert kwantitatieve en kwalitatieve gegevens op, die elk jaar worden gerapporteerd in een boekje. De gegevens uit het kwalitatieve onderzoek worden bij de volgende peiling onderdeel van de kwantitatieve vragenlijsten. Het marktonderzoek loopt vanaf 1993.

Bij de andere instelling loopt het marktonderzoek anders.¹⁰⁹ Daar leveren informanten de gegevens. Dat zijn bijvoorbeeld gebruikers, mensen eromheen, barkeepers, portiers en ambulancepersoneel. Volgens de geïnterviewde zijn ongeveer 30 personen nodig om een goed beeld te kunnen krijgen. Bij de informanten wordt mondeling een vragenlijst afgenomen, die kwalitatieve gegevens oplevert. Afname gebeurt eenmaal per jaar. Soms verzamelt de instelling aanvullend kwantitatief materiaal, maar de voorkeur gaat uit naar kwalitatieve informatie, die volgens de geïnterviewde meer zegt over lokale trends en nuances. Eén eis is dat de informanten zelf direct zicht moeten heb-

ben op gebruik, en niet via via. De informanten spelen een cruciale rol: 'Hoe meer tijd je stopt in het vinden van informanten, des te beter wordt je instrument'. Voor onderzoek onder verschillende doelgroepen zijn verschillende informanten nodig. Het marktonderzoek loopt hier vanaf 1995, echter omdat er de laatste twee jaar onvoldoende financiële middelen waren zijn er te weinig informanten en stagneert de verwerking van de gegevens.

3.2.5 *Betrokkenen*

De beide onderzochte marktonderzoeken worden uitgevoerd in het gebied (gemeente, regio) van de instelling; externe onderzoekers hebben er inbreng in (gehad).

Bij de ene instelling wordt het onderzoek uitgevoerd door een extern bureau.¹⁰⁴ De vragen zijn opgesteld door dit bureau in samenwerking met de instelling. De vragenlijst voor scholieren is een lijst die ook in andere Europese landen wordt gebruikt. De gemeente financiert het onderzoek en beoordeelt elk jaar opnieuw of deze het wil uitvoeren. Het onderzoek wordt begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers van de instelling en de onderzoeker. De verantwoordelijkheid voor het onderzoek ligt bij het onderzoeksbureau.

De andere instelling heeft het marktonderzoek in eigen beheer.¹⁰⁹ De vragenlijst voor informanten is ontwikkeld door externe onderzoekers; de eigen veldwerkers nemen de lijst af. De verantwoordelijkheid voor het onderzoek en voor evaluatie en bijstelling van het instrument ligt bij het management en een medewerker van de afdeling preventie.

3.2.6 *Uniforme toepassing*

Uniformiteit is het streven als het gaat om afname van vragenlijsten.¹⁰⁹ Dit streven wordt met sommige delen van het marktonderzoek wel gehaald, met andere niet. Het kwantitatieve onderzoek onder scholieren is gestandaardiseerd en getoetst op betrouwbaarheid.

Over de uniforme toepassing van de andere onderdelen (risicogroep, panel, sleutelfiguren en informanten) is geen informatie. De geïnterviewden hebben de indruk dat deze minder uniform worden toegepast en minder betrouwbare informatie opleveren. De gegevens uit het panel zijn 'zeer zacht maar wel waardevol', aldus de geïnterviewde. De meeste vragen uit de lijst voor informanten lokken verder gesprek uit, en dan gaan de kenmerken van de interviewer meespelen. Deze laatste lijst is geëvalueerd in een gesprek met de interviewers. Resultaat hiervan is geweest dat de lijst is ingekort.

De procedure voor de afname ligt bij de ene instelling vast¹⁰⁴; bij de andere is er geen vaste procedure. Het enige dat vastligt is welke soort informanten gezocht moeten worden.¹⁰⁹

3.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Het eerste doel (verkrijgen van een goed beeld van het gebruik) wordt door het brede systematisch opgezette marktonderzoek bereikt.¹⁰⁴ Het marktonderzoek via informanten leidt tot een ‘redelijk’ doelbereik, aldus de geïnterviewde. Dit ligt niet zozeer aan het instrument zelf als wel aan het gebrek aan middelen.¹⁰⁹

Het tweede doel (het kunnen inzetten van gerichte interventies) wordt ook bereikt.^{104,109}

Over het derde (afgeleide) doel (informatie leveren voor toekomstig beleid van de instelling en van overheden) zijn geen gegevens bekend.

Deze informatie over doelbereik is grotendeels gebaseerd op de indrukken van geïnterviewden. Alleen van het scholierenonderzoek is bekend dat het representatief is en een hoge respons heeft, en dus een goed beeld kan geven van het gebruik bij de doelgroep.¹⁰⁴

Andere effecten

Het marktonderzoek heeft een aantal als positief ervaren neveneffecten. Een eerste is dat gemakkelijker toegang verkregen wordt tot bepaalde instellingen als de reden van de interventie onderbouwd kan worden met onderzoeksgegevens.¹⁰⁴ Toen bijvoorbeeld uit marktonderzoek bleek dat zich binnen de populatie van de jeugdhulpverlening risicogroepen bevonden, waren de betrokken instellingen ook bereid om mee te doen aan een preventieproject.

Een tweede positief neveneffect is dat het onderzoek de instelling jaarlijks veel landelijke publiciteit oplevert. Dit is goed voor de naamsbekendheid.¹⁰⁴

Een derde effect is dat via het onderzoek mensen zijn gevonden voor het drugsinformatieteam.¹⁰⁹ Ook bleek dat respondenten het leuk vonden om over hun gebruik te vertellen.¹⁰⁹ Bovendien heeft de instelling door het marktonderzoek groepen gebruikers gevonden die nog niet bekend waren.¹⁰⁹

Waardering

De waardering is groter in de instelling die het marktonderzoek systematisch en breed uitvoert. Daar waardeert het management het marktonderzoek positief en vinden medewerkers het een noodzakelijk instrument om een goed preventiebeleid te kunnen voeren.¹⁰⁴ Minpunt is dat het management de in-

formatie in de praktijk niet gebruikt om de inzet van zorg te bepalen.¹⁰⁴ In de andere instelling leidt het marktonderzoek al enige tijd een enigszins kwijnend bestaan door gebrek aan financiële middelen.¹⁰⁹ Het management ziet hier de beperkingen van het huidige marktonderzoekssysteem, maar wil dit instrument toch blijven inzetten; medewerkers mopperen omdat niet uit het marktonderzoek wordt gehaald wat er in zit.¹⁰⁹

Er zijn geen gegevens over de waardering van cliënten. Eén geïnterviewde geeft aan dat noch cliënten noch de cliëntenraad op de hoogte zijn gebracht van het marktonderzoek.¹⁰⁹

3.2.8 Bruikbaarheid

Implementatie

De bruikbaarheid van de resultaten is belangrijk. In één instelling bleek deze de eerste jaren onvoldoende was voor alcoholgebruik.¹⁰⁴ Er kwamen vooral prevalentiegegevens naar voren en daarmee was nog niets bekend over problematisch gebruik. Daarom zijn meer specifieke vragen toegevoegd. Verder is het van belang om voldoende geld te vinden voor het vinden van informanten en voor het interviewen; gebrek aan geld werkt belemmerend, zo leert de ervaring in een de van instellingen.¹⁰⁹ Ondersteunende faciliteiten (kwaliteitsborging, continuïteit) moeten er ook voldoende zijn.¹⁰⁹ Er moet voor gezorgd worden dat de privacy van informanten en degenen over wie ze het hebben, is gewaarborgd.¹⁰⁹

Vereiste inzet

De kosten van het marktonderzoek variëren. Eén instelling geeft aan dat het jaarlijks f80 000 tot f90 000 kost, de andere antwoordt dat dit eigenlijk f120 000 tot f125 000 is. Het benaderen van informanten door veldwerkers, het uitwerken van de vragenlijsten, de begeleiding en supervisie van interviewers en de opzet van het geheel kosten aardig wat tijd.¹⁰⁹ Beide instellingen hebben externe financiering, of ze zoeken het.^{104,109} De baten overstijgen de kosten niet zonder meer. Dit lijkt afhankelijk van de mate waarin een soepel verloop mogelijk is en middelen hiervoor beschikbaar zijn. Het marktonderzoek is bruikbaar voor andere instellingen binnen de sector^{104,109} en buiten de sector, voorzover het gaat om informatie over bepaalde groepen zichtbare personen.¹⁰⁹

Inbedding

In de instelling waar de uitvoering en de interpretatie uitbesteed zijn aan een extern onderzoeksbureau vindt dit plaats in voortdurende wisselwerking met

de instelling.¹⁰⁴ De resultaten worden besproken in het werkoverleg. Het werkplan van het volgend jaar wordt erop gebaseerd. De gemeente bepaalt echter uiteindelijk qua preventie gebeurt.¹⁰⁴ In de andere instelling is er geen directe inbedding in het kwaliteitsbeleid van de instelling en is het marktonderzoek ook geen onderdeel van een deelsysteem, waarbinnen het geëvalueerd wordt en de resultaten gebruikt worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg.¹⁰⁹

3.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Met marktonderzoek kan een goed beeld verkregen worden van het gebruik van alcohol en drugs bij jongeren, en, breder bekeken, van het voorkomen van bepaald gedrag bij doelgroepen van zichtbare personen, mits het gebaseerd is op betrouwbare informatie en breed genoeg is opgezet. Risicogroepen kunnen ermee geïdentificeerd worden, en instellingen kunnen gerichte preventie- of zorgactiviteiten ontwikkelen. Marktonderzoek vereist naast kwantitatieve ook kwalitatieve gegevens om lokale trends en nuances te signaleren.

Marktonderzoek vraagt een financiële investering in middelen en (geschoolde) medewerkers.

Als het marktonderzoek niet goed is ingebed in het (kwaliteits)beleid van de instelling, niet regelmatig wordt geëvalueerd en geactualiseerd en niet wordt gebruikt voor het ontwikkelen of verbeteren van het preventie- of zorgaanbod van de instelling, kan het zijn informatiewaarde en bruikbaarheid verliezen.

Sterke kanten

- Het is goed te gebruiken om een beeld te krijgen van het voorkomen van bepaald gedrag bij doelgroepen, in dit geval het gebruik van alcohol en drugs door jongeren.
- De resultaten kunnen gebruikt worden voor het ontwikkelen of verbeteren van gerichte preventie- en zorgactiviteiten.
- Het zorgaanbod blijft actueel.

Zwakke kanten

- Het vraagt een financiële investering en een aanzienlijke inspanning.
- De bruikbaarheid is sterk afhankelijk van de betrouwbaarheid en representativiteit van de informatie.
- Het zoeken van informanten kost veel tijd.
- Het heeft steun nodig vanuit het beleid van de instelling.

Aanbevelingen

- Zorg dat informatie beschikbaar komt over risicogroepen, zodat het onderzoek gebruikt kan worden voor het ontwikkelen of bijstellen van preventie- en zorgactiviteiten.
- Voer het onderzoek uit met goed geschoolde en gemotiveerde medewerkers.
- Zorg voor betrouwbare informanten die uit eigen waarneming kunnen rapporteren.

- Waarborg hun privacy en die van degenen over wie informatie beschikbaar komt.
- Probeer goede informanten vast te houden, gebruik bijvoorbeeld een panel.
- Zorg voor voldoende financiële middelen en organiseer ondersteunende faciliteiten.
- Bewaak de toepassing en de bruikbaarheid van het instrument door regelmatige evaluaties en verbeteringen.

3.3 *Kwaliteitsplan*

3.3.1 *Definitie*

Het kwaliteitsplan beschrijft het beleid van de instelling voor kwaliteit. Het omvat een intentieverklaring door de Raad van Bestuur/de directie, een missie of visie op kwaliteit, de doelen voor kwaliteit, de prioriteiten, een planning, de voorwaarden en middelen, de aanpak, de taken en verantwoordelijkheden, en de resultaten van overleg met zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties.

3.3.2 *Geïnterviewden*

- 2 RIAGG's^{28,29} (1 manager (directeur), 1 stafmedewerker)
- 2 geïntegreerde voorzieningen^{22,30} (1 manager, 1 stafmedewerker, 1 medewerker)
- 2 RIBW's^{25,26} (2 managers (1 directeur), 2 medewerkers)
- 2 instellingen voor verslavingszorg.^{20,23} (1 leidinggevende, 2 stafmedewerkers)

3.3.3 *Doelstellingen*

Het kwaliteitsplan heeft de volgende doelen.

- het vormgeven aan een integraal kwaliteitsbeleid²⁸ waarin het strategisch beleid is opgenomen (TQM)²⁵
- het systematisch vastleggen^{22,26}, implementeren²⁹, en het bewust blijven van de beleidspunten³⁰
- een bedrijfsmatige, uniforme aanpak van de zorgprocessen die in kaart worden gebracht^{20,23} en waarop wordt gestuurd^{20,25,29}.
- informeren van medewerkers over het kwaliteitsbeleid²⁵

Met het kwaliteitsplan wil men vooral de volgende kwaliteitsaspecten verbeteren.

- transparantie^{20,23,25,28,29}
- doelmatigheid^{22,25,28,29,30}
- cliëntgerichtheid^{20,25,28,30}
- doeltreffendheid^{25,28,30}

3.3.4 *Inhoud*

Het kwaliteitsplan is in veel instellingen onderdeel van een continu proces van beleidsontwikkeling^{20,22,26,30,25}; het beleidsplan stoelt op het meerjarenbeleidsplan, op een eerdere kwaliteitsnotitie, een beleidsevaluatie, klachtenregistraties, audits, of op een inventarisatie van wensen van leidinggevenden. Het kwaliteitsplan van enkele instellingen beschrijft wat zij daar onder kwaliteit verstaan^{28,30}; soms is de visie op kwaliteit in een eerdere notitie beschreven.²⁰ Alle instellingen noemen een aantal thema's of activiteiten voor het komende jaar, terwijl sommige hierbij nog prioriteiten aangeven.^{22, 23} Een enkel kwaliteitsplan bevat een fasering van de activiteiten²⁰, of een uitleg van de kwaliteitscyclus.²⁸

Wat zijn de onderwerpen of activiteiten die het kwaliteitsplan vermeldt? Een paar voorbeelden. Het beschrijven van de inhoud en organisatie van het zorgproces^{20,23,25}, het werken met systematisch opgezette zorgplannen³⁰, activiteiten voor cliëntenbeleid³⁰, de crisis- of calamiteitenregeling²⁵, en indicatoren voor de kwaliteit van de zorg.²⁸

3.3.5 *Betrokkenen*

Het kwaliteitsplan wordt in vier instellingen door de kwaliteitsfunctionaris^{22,26} of de directie en het managementteam^{25,30} opgesteld. Er is ook één instelling die het plan in een bijeenkomst van sleutelfiguren, begeleid door een externe adviseur, heeft opgesteld²⁰; in een andere instelling zorgde een stuurgroep kwaliteit voor het opstellen van het plan en weer een andere instelling trok hiervoor tijdelijk een externe medewerker aan.²⁸

In de meeste instellingen^{20,22,23,25,28,30} is de directie verantwoordelijk voor de vaststelling van het plan, de kwaliteit en de toepassing ervan. In één instelling²⁹ heeft de Raad van Toezicht het plan vastgesteld. In een andere instelling is de kwaliteitsfunctionaris verantwoordelijk voor opstelling en uitvoering van het plan.²⁶

In een aantal instellingen^{20,23,25} wordt het kwaliteitsbeleid en de uitvoering ervan ondersteund door een werk -of stuurgroep die bestaat uit leidinggevenden en/of medewerkers uit verschillende disciplines en geledingen. In één instelling²⁶ zijn werkgroepen van medewerkers ingesteld om thema's uit het kwaliteitsplan uit te werken.

Eén keer wordt expliciet de betrokkenheid van de cliëntenraad genoemd bij het opstellen van het plan.²⁰ Van twee instellingen is bekend dat iedereen²⁰ (de ondernemingsraad, de cliëntenraad en samenwerkingspartners) het kwaliteitsplan ter informatie krijgt.²⁹

De meeste instellingen maken jaarlijks een kwaliteitsplan^{20,22, 25,26,28,29}; in één instelling is het onderdeel van het meerjarenplan.³⁰ In een andere instelling is de frequentie nog niet vastgesteld.²³

Vier instellingen^{30,26,28,29} werken sinds 1995 met een kwaliteitsplan, een paar instellingen^{20,22} begonnen er een jaar eerder mee, of juist wat later.^{23,25} De kwaliteitsplannen zijn meestal zelf ontwikkeld^{22,20,26,28,29}, maar drie instellingen hebben voor het opstellen van hun kwaliteitsplan een methodiek of leidraad gebruikt die van elders afkomstig is (het bedrijfsleven²³, landelijke speerpunten voor de sector³⁰, KEMA²⁵).

3.3.6 *Uniforme toepassing*

Alle instellingen volgen bij het opstellen van hun kwaliteitsplan een standaardprocedure. De aard van deze procedure en waar de procedure betrekking op heeft, verschilt per instelling. De ene instelling volgt voor de keuze van onderwerpen of activiteiten een systematiek zoals het INK-model²⁰, of landelijke thema's voor de sector³⁰, of een interne systematiek.^{22,26} Verder zijn er instellingen die in hun plan beschrijven hoe de activiteiten in de verschillende afdelingen volgens een vaste systematiek moeten worden uitgevoerd.^{20,23} Ook is er één instelling die het kwaliteitsplan volgens de kwaliteitscyclus heeft opgezet: kwaliteit definiëren, aspecten noemen, indicatoren vaststellen, toetsen en verbeteren.²⁸ Deze instelling past deze werkwijze echter niet systematisch in de praktijk toe.

Verder maken drie instellingen^{28,29,30} expliciet melding van de cyclische toepassing van het kwaliteitsplan. In één instelling wordt het plan elk kwartaal in het management geëvalueerd om de voortgang van de uitvoering van de geplande activiteiten te bewaken.²⁹

De standaardprocedure die voor de opzet van (een aspect van) het kwaliteitsplan gebruikt is, staat in vier instellingen op papier.^{20,25,29,30}

De opzet van het kwaliteitsplan is volgens de meeste geïnterviewden bruikbaar voor andere instellingen en sectoren in de gezondheidszorg.^{20,22,23,26,25,29}

3.3.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Een aantal van de doelen beoogd met het kwaliteitbeleidsplan, is volgens de instellingen gehaald. Drie instellingen^{22,26,28} vinden het kwaliteitsplan een goed instrument om activiteiten op een planmatige manier aan te pakken. In één instelling zijn de zorgprocessen herontworpen, gestroomlijnd en meer

uniform beschreven.²³ Een bedrijfsmatige, uniforme aanpak en sturing van zorgprocessen en de implementatie van beleidspunten is in de betrokken instelling grotendeels bereikt.²⁹

Daarnaast zijn er instellingen^{20,25,28,29,30} waar de doelen ten dele zijn bereikt: de doelen worden stapje voor stapje gehaald en men is op de goede weg, maar de centrale sturing en de informatieverstrekking aan de medewerkers over het kwaliteitsplan kan bijvoorbeeld beter.^{25,28} Ook gaat het om meer doelen tegelijk die men in te weinig tijd wil realiseren.^{20,30}

Volgens twee instellingen^{23,25} is de transparantie en cliëntgerichtheid toegenomen en is men effectiever gaan werken.

Andere effecten

Het werken met een kwaliteitsplan heeft nog andere effecten. Doordat het een activiteit is waar iedereen bij betrokken is, wordt het denken over kwaliteit door de medewerkers op de afdelingen gestimuleerd.^{20,23,28} Het geeft structuur, duidelijkheid en houvast.^{20,26,30} en draagt bij tot een (positieve) verandering van de cultuur in de instelling.²³ In één instelling is het werken met protocollen als gevolg van de kwaliteitsplannen toegenomen.³⁰

Overigens wordt ook gemeld dat het soms moeilijk wennen is aan transparantie²⁰ en dat het werken met een kwaliteitsplan meer tijd kost dan was voorzien.^{25,30}

Waardering

Het management van de meeste instellingen heeft een positief oordeel over het werken met een kwaliteitsplan.^{20,22,23,26,28,29} Een dergelijk plan geeft een impuls aan het kwaliteitsbeleid en staat garant voor een planmatige aanpak. Bij twee instellingen oordeelt het management wisselend. Als houvast vinden zij het kwaliteitsplan een zinvol instrument, maar het is frustrerend als de doelen niet zijn gehaald.³⁰ In een andere instelling is de directie positief, maar waardeert het management van afdelingen het onvoldoende.²⁵

Ook de medewerkers staan in de meeste gevallen positief tegenover het kwaliteitsplan.^{20,22,23,26,29} Vooral het herontwerpen van zorgprocessen vinden medewerkers in twee instellingen zinvol.^{20,23} Verder hebben zij er waardering voor dat het management in het plan rekening houdt met hun wensen²² en dat het management het kwaliteitsbeleid hiermee planmatig aanstuurt.²⁶ In twee instellingen is onbekend hoe de medewerkers het kwaliteitsplan waarderen.^{25,28} In een andere instelling is het de vraag of de afstand niet te groot is tussen het management dat het plan opstelt en de medewerkers. Hierdoor ervaren medewerkers de kwaliteitsdoelen als eisen van bovenaf.³⁰

Van de cliëntenraad van twee instellingen^{20,29} is bekend dat zij het kwaliteitsplan zinvol vindt. In drie instellingen is de cliëntenraad bij het plan betrokken geweest of is zij hierover geïnformeerd.^{23,25,26}

3.3.8 Bruikbaarheid

Implementatie

De invoering van het kwaliteitsplan kan worden bevorderd door te zorgen voor draagvlak. Het management en de medewerkers moeten betrokken worden bij de inhoud van het kwaliteitsplan²³, evenals de ondernemingsraad en de cliëntenraad.²⁰ Het draagvlak kan bijvoorbeeld worden vergroot door het plan te baseren op een behoeftepeiling in de instelling^{22,28} of op een evaluatie²⁵ als start van de kwaliteitscyclus. De implementatie wordt bevorderd door het kwaliteitsplan consequent te gebruiken als onderdeel van de (feedback)cyclus: plan opstellen, uitvoeren, evalueren en beoordelen.²⁹ Het plan moet toetsbare doelen beschrijven^{25,28} en als sturingsinstrument worden ingezet^{22,30}. Verder wordt de implementatie van het kwaliteitsplan bevorderd door het te koppelen aan het kwaliteitsjaarverslag waarin de instelling de resultaten van het kwaliteitsbeleid rapporteert.²²

Andere implementatiebevorderende factoren die worden genoemd zijn de aanwezigheid van een op vernieuwing gerichte cultuur onder medewerkers^{23,25}; het volgen van een stapsgewijze aanpak waarbij de instelling prioriteiten stelt²⁵; beginnen met het opstellen van doelen en de missie en met een plan voor één afdeling²³; korte lijnen tussen medewerkers en leidinggevenden, en het participeren van medewerkers in werkgroepen.²⁶

Er zijn twee factoren die de invoering van het kwaliteitsplan belemmeren. Er is weinig – geen extra – tijd voor de invoering, waardoor mensen het erbij moeten doen.^{20,30} Eén instelling²² noemt de fusie een belemmerende factor, waardoor de aandacht naar andere zaken uitgaat; deze instelling moet zoeken naar zaken die op locatieniveau en op instellingsniveau moeten worden aangepakt.

Vereiste inzet

Over de inzet en tijd die het opstellen en uitvoeren van het kwaliteitsplan kost, zijn de meningen verdeeld. Eén instelling vindt dat het maken van het plan niet veel tijd^{kost20}; een andere instelling stelt dat de opzet en invoering van het plan de eerste keer wel enige tijd kost, maar dat het planmatig werken opgenomen wordt in het reguliere werk, als men ziet dat het werkt.²⁹ In drie instellingen heerst de mening dat er met de uitvoering van het plan, soms door werkgroepen of in projecten, veel tijd is gemoeid.^{20,25,30} Het plan bevat

teveel om te kunnen worden waargemaakt en men vindt dat er veel tijd gaat zitten in overleg en in het lezen van stukken door alle betrokkenen van afdelingen en diensten.³⁰ Er is ook één instelling waar iemand van buiten voor anderhalf jaar is aangetrokken (voor 1 fte) om het plan op te stellen.²⁸ Een andere instelling spreekt niet in termen van veel of weinig tijd, maar drukt de uitvoering van het plan uit in een geschat aantal dagen.²³ Van procesbeschrijving tot en met herontwerp en implementatie kost het 16 tot 20 dagen per afdeling. Van twee instellingen ontbreekt de informatie over de uitvoering van het kwaliteitsplan.^{22,28}

Al met al vinden de meeste instellingen^{20,23,25,26,28,29} dat de baten groter zijn dan de kosten. In één instelling²² wegen de kosten tegen de baten op; in een andere instelling³⁰ is de mening dat de kosten de baten overtreffen.

Inbedding

Het kwaliteitsplan is in de meeste instellingen^{20,25,26,28,29,30} ingebed in het beleid van de instelling. De uitvoering van het plan en het bereiken van de doelen wordt (door het management) geëvalueerd, onder andere in het kwaliteitsjaarverslag. Twee instellingen^{22,23} gaan het kwaliteitsplan in de toekomst op een cyclische manier gebruiken.

3.3.9 *Samenvatting en conclusie*

Het kwaliteitsplan beschrijft het beleid van de instelling inzake kwaliteit. Het is een breed en bruikbaar instrument waarmee het management op een planmatige manier richting geeft aan het kwaliteitsbeleid van de instelling. Om die reden zijn het management en de medewerkers ook in meerderheid goed te spreken over het werken met het kwaliteitsplan. Het primaire proces staat daarbij centraal, met name het in kaart brengen en het op systematische en uniforme wijze beschrijven van zorgprocessen. Het draagt bij aan de transparantie en aan cliëntgericht werken. Het kwaliteitsplan is onderdeel van een voortdurend proces van kwaliteitsverbetering. De doelen worden niet in één keer allemaal bereikt, maar stap voor stap. Het stramien dat men voor de opzet van het kwaliteitsplan gebruikt is ook toepasbaar voor andere instellingen en sectoren in de gezondheidszorg.

Sterke kanten

- Het is een planmatig sturingsinstrument voor de kwaliteit van zorgprocessen.
- Het is een instellingsbreed instrument en het impliceert de betrokkenheid van alle medewerkers, dat stimuleert.

Zwakke kanten

- Het kwaliteitsplan is vaak te veelomvattend zodat de doelen niet allemaal kunnen worden gehaald.
- Er is te weinig tijd beschikbaar om de gestelde doelen te realiseren.

Aanbevelingen

- Zorg voor een breed draagvlak onder het management, de medewerkers en cliënten(raad); houd rekening met hun wensen zodat ieder zich erbij betrokken voelt en een bijdrage levert aan de uitvoering van het plan.
- Stel prioriteiten; beperk het plan tot enkele toetsbare doelen die binnen de gestelde termijn en de beschikbare tijd gehaald kunnen worden.

3.4 Gedragscode

3.4.1 Definitie

De gedragscode is een document waarin de instelling richtlijnen en gedragsregels voor de medewerkers heeft vastgelegd voor het beroepsmatig handelen in verband met de bejegening en de rechten van de cliënt.

3.4.2 Geïnterviewden

- 1 RIBW⁴⁰ (1 manager, 1 stafmedewerker, 1 cliëntvertegenwoordiger)
- 1 geïntegreerde voorziening⁴¹ (1 manager, 1 stafmedewerker, 1 cliëntvertegenwoordiger)

3.4.3 Doelstellingen

Met de gedragscode worden de volgende doelen nagestreefd.

- cliëntgericht werken, respectvol en rekening houdend met privacy^{40,41}
- alle – ook nieuwe – medewerkers weten waar zij zich aan moeten houden⁴⁰
- als medewerkers respectvol omgaan met elkaar⁴¹
- zorgvuldig omgaan met middelen⁴¹

In volgorde van belangrijkheid richt de gedragscode zich op de aspecten cliëntgerichtheid^{40,41}, zorg op maat en doelmatigheid.⁴¹

3.4.4 Inhoud

De gedragscode beschrijft in beide instellingen de gewenste attitude van de medewerkers.^{40,41} De code bevat richtlijnen voor de verhouding van medewerkers tot cliënten^{40,41}, in het bijzonder voor het omgaan met de privacy van cliënten⁴⁰ of met agressie en met suicide⁴¹. Ook wordt de verhouding van de medewerkers tot de instelling in de code omschreven.^{40,41}

3.4.5 Betrokkenen

De gedragscode heeft betrekking op het management en alle medewerkers; zij hebben de code in hun bezit, nieuwe medewerkers krijgen de code bij indiensttreding.^{40,41} Het management van afdelingen en teams is verantwoordelijk voor de toepassing van de gedragscode.

In één instelling is de gedragscode afgeleid uit kwaliteitseisen die onder meer door cliënten zijn opgesteld.⁴⁰ Als er aanleiding toe is, wordt er ook in de directie en het managementteam over gesproken.

In de andere instelling is de cliëntenraad bij de ontwikkeling betrokken geweest.⁴¹

De instellingen hebben de code zelf ontwikkeld door gebruik te maken van beroepscode en bestaande richtlijnen voor kwaliteit⁴⁰. De code is sinds 1993⁴⁰, dan wel sinds 1998 in gebruik.⁴¹ Beide instellingen hebben de code tussentijds bijgesteld; één instelling⁴¹ heeft de code die was ontwikkeld voor een onderdeel geschikt gemaakt voor toepassing in de gehele instelling.

3.4.6 *Uniforme toepassing*

Beide instellingen beschouwen de gedragscode, die op schrift is gesteld, als een algemene richtlijn voor het handelen die medewerkers zo veel mogelijk op dezelfde manier moeten naleven.^{40,41} Of dit ook het geval is, is niet bekend. Verondersteld wordt dat er wel verschillende interpretaties aan het gebruik worden gegeven.^{40,41} In werkoverleg stellen beide instellingen het uniforme gebruik van de code aan de orde. In één instelling⁴⁰ gebeurt dit ook in functioneringsgesprekken. Als er aanleiding toe is, wordt er ook in de directie en het managementteam over gesproken. Ook geeft in deze instelling een cliëntenraadpleging informatie over de mate waarin de gedragscode wordt toegepast. In de andere instelling⁴¹ wordt de code binnenkort voor het eerst sinds de fusie geëvalueerd.

De gedragscode kan, met eventuele aanpassingen, volgens de geïnterviewden gebruikt worden door collega-instellingen en ook in andere sectoren in de gezondheidszorg.^{40,41}

3.4.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Het gebruik van de gedragscode heeft er volgens beide instellingen toe geleid dat de medewerkers zich meer bewust zijn van het belang om cliëntgericht te werken en dit ook meer in praktijk te brengen. In de instelling waar een cliëntenraadpleging is gehouden⁴⁰, wordt geconstateerd dat cliënten in het algemeen zeer tevreden zijn, zij het dat de privacy en de bejegening niet geheel naar wens zijn. Naar aanleiding hiervan is evenwel een verbeterplan opgesteld. In de andere instelling⁴¹ kan men pas na de evaluatie iets zeggen over de mate waarin de beoogde doelen worden bereikt.

Andere effecten

In één instelling⁴⁰ hebben de medewerkers de code geïntegreerd in hun dagelijkse werk. De werkzaamheid van de gedragscode heeft volgens deze instelling ook te maken met het effect dat het gebruik van andere instrumenten heeft, zoals het beleidsplan, andere codes en de dossiervoering. Het gaat met andere woorden om een integraal effect. De geïnterviewde voorzitter van de bewonersraad van deze instelling heeft de indruk dat de gedragscode de verhouding tussen medewerkers en cliënten/bewoners afstandelijk maakt. Weliswaar bevordert het gebruik van de code de professionaliteit, maar hebben sommige cliënten het gevoel dat medewerkers niet openstaan voor het eigen verhaal van de cliënt. De andere instelling⁴¹ noemt als mogelijk effect dat medewerkers door de code geen kritische situaties naar buiten durven brengen. De code kan sommigen afschrikken.

Waardering

Voor de gedragscode bestaat waardering zowel bij het management als bij de medewerkers. In één instelling⁴⁰ vinden cliënten de code een nuttig instrument; zaken als privacy en respect moeten goed geregeld zijn. Volgens cliënten van de andere instelling⁴¹ zijn cliënten niet op de hoogte van de gedragscode en merken zij er weinig van. De kwaliteit van zorg wordt niet zozeer bevorderd door gedragsregels in de code als wel door de beroepsopvatting die de medewerkers hebben.

3.4.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Bevorderend voor de toepassing van de gedragscode is dat iedereen erover is geïnformeerd en de code in bezit heeft.^{40,41} Ook vindt men het met het oog op de implementatie belangrijk dat er regelmatig met elkaar over wordt gesproken, bijvoorbeeld in werkoverleg^{40,41}, in functioneringsgesprekken⁴⁰ en op vaste evaluatiemomenten.^{40,41} De implementatie moet gestructureerd worden en de resultaten van de evaluatie moet worden teruggekoppeld naar de medewerkers.⁴¹ Verder moet de code ingebed worden in één geheel, samen met andere instrumenten.⁴⁰

Het kan de implementatie belemmeren als medewerkers en cliënten er niet achter staan.⁴⁰

Vereiste inzet

Aan het ontwikkelen en implementeren van de gedragscode zijn geen andere kosten verbonden dan de tijd die hiermee is gemoeid.

Inbedding

De gedragscode maakt in de ene instelling⁴¹ nog geen deel uit van een deelsysteem, zij het dat de code wel in het werkoverleg aan de orde komt. Evenmin is de code onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de gehele instelling in verband met de recente fusie; binnenkort wordt de code geëvalueerd. In de andere instelling⁴⁰ is de gedragscode wel ingebed in een deelsysteem en onderdeel van het instellingsbeleid. Kwaliteitseisen zijn hier de basis voor de gedragscode. De code is vervolgens ingevoerd en geëvalueerd en maatregelen ter verbetering zijn genomen.

3.4.9 *Samenvatting en conclusie*

De gedragscode is een algemeen instrument dat geschikt is om cliëntgericht werken onder de medewerkers in instellingen te bevorderen. De richtlijnen en gedragsregels die de code beschrijft zijn van toepassing op alle medewerkers. Zij moeten zich aan de code houden. Door het cyclische gebruik, met regelmatige evaluatie en feedback met het oog op kwaliteitsverbetering, kan de code een levend en integraal onderdeel zijn van de dagelijkse beroepspraktijk. In één instelling moet dit cyclisch werken en de inbedding in het kwaliteitsbeleid van de instelling nog worden ingevoerd. De waardering voor het instrument is zowel bij het management als bij medewerkers positief. Waar de voorzitter van de bewonersraad in de ene instelling de code een nuttig instrument vindt, is de cliëntenvertegenwoordiger van de andere instelling van mening dat de code niet bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Sterke kant

- De gedragscode is een leidraad voor alle medewerkers die beschrijft hoe zij cliëntgericht moeten handelen. De code bevordert de professionaliteit.

Zwakke kanten

- Door het formele karakter en de expliciete gedragsregels in de gedragscode kan de houding tegenover cliënten soms ook te formeel worden. Ook kan het medewerkers beperken in hun gedrag en de discussie hierover; dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg.

Aanbevelingen

- Zorg voor draagvlak. De toepassing wordt immers bevorderd door de gedragscode met medewerkers en cliënten te bespreken en er vervolgens over in gesprek te blijven.
- Laat de code deel zijn van een planmatig cyclisch proces, waarin de toepassing onder medewerkers en cliënten wordt geëvalueerd, zodat maatregelen genomen kunnen worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.
- Gebruik de code samen met verwante, gedragsvoorschrijvende instrumenten zoals een beleidsplan, andere codes en regels voor dossiervoering, om een zo groot mogelijk positief effect te bewerkstelligen.

3.5 *Kwaliteitshandboek*

3.5.1 *Definitie*

Een kwaliteitshandboek is een documentatiesysteem waarin de kwaliteitsdocumenten en instrumenten zijn opgenomen.

3.5.2 *Geïnterviewden*

- 1 geïntegreerde voorziening⁴² (1 manager, 1 stafmedewerker)
- 1 RIBW⁴³ (1 stafmedewerker, 1 medewerker, 1 cliëntvertegenwoordiger)

3.5.3 *Doelstellingen*

Het kwaliteitshandboek heeft de volgende doelstellingen.

- Het is een naslagwerk waarin criteria, normen en plichten vastliggen.⁴³
- Het is een kapstok om de zorg te toetsen en te verbeteren.⁴²

Het heeft volgens de geïnterviewden betrekking op de kwaliteitsaspecten doeltreffendheid, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie.^{42,43}

3.5.4 *Inhoud*

Het kwaliteitshandboek is de weerslag van het kwaliteitssysteem.⁴² Uitgangspunt is dat het een praktisch boek is.⁴³ De inhoud is breed: het bevat documenten, regelingen en protocollen voor het primaire proces, voor de instelling en voor de afdeling, voor personeelsmanagement en de financiële administratie.^{42,43}

Het handboek bevat normen, maar ook data of procedures om de kwaliteit van zorg te toetsen en te verbeteren.^{42,43} Het vraagt regelmatige aanpassing.^{42,43} Bij één instelling verschijnt elk half jaar een update.⁴³ Bij een van de geïnterviewde instellingen bestaan drie handboeken: een met procedures die cliënten betreffen (geschreven door een stafmedewerker), een voor personeelsaangelegenheden (geschreven door de personeelsmanager) en een voor organisatie- en financiële zaken (opgesteld door de managementassistent).

3.5.5 *Betrokkenen*

Het handboek wordt opgesteld door staf en management. Waar nodig worden andere personen of organisaties erbij betrokken.⁴³ In één instelling moet de inhoud van het boek goedgekeurd zijn door management, ondernemingsraad en cliëntenraad.⁴³ De cliëntenraad kan een verzoek indienen voor een richtlijn of een protocol, bijvoorbeeld voor euthanasie.⁴³

In principe is het boek toegankelijk voor de hele organisatie^{42,43}, in één instelling uitdrukkelijk óók voor cliënten.⁴³ Elke medewerker heeft een handboek en daarnaast is er een aantal abonnees.⁴²

De verantwoordelijkheid voor het beheer en het updaten van de regelingen in het handboek is vastgelegd.^{42,43} Het management is verantwoordelijk voor de toepassing.^{42,43}

Het kwaliteitshandboek is in beide geïnterviewde instellingen al sinds begin jaren negentig in gebruik. De instellingen hebben het zelf opgesteld. Het kwaliteitshandboek zelf kan niet zomaar worden overgenomen door andere instellingen, tenzij het gaat om instellingen in dezelfde subsector.^{42,43} De systematiek is wel breder toepasbaar. Maar klakkeloos overnemen van een handboek is niet aan te raden omdat dan het leer- en bewustwordingsproces gemist wordt dat het ontwerpen ervan met zich mee brengt.⁴³

3.5.6 *Uniforme toepassing*

Uniforme toepassing is de norm.^{42,43} Als iemand af wil wijken van wat is vastgelegd moet in één instelling toestemming gevraagd worden aan de directie.⁴² Het handboek wordt gebruikt als naslagwerk, vooral als er een klacht is of als men veranderingen overweegt in beleid.⁴²

Niet bekend is of inderdaad door iedereen altijd wordt gehandeld conform het handboek.⁴³ Het toezicht hierop is niet duidelijk geregeld.⁴³ Wat wel goed werkt, is het aanstellen van een beheerder over het handboek. Het systeem van aanpassen en evalueren van de procedures wordt in dat geval consequent toegepast.⁴³

3.5.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Het kwaliteitshandboek dient inderdaad als naslagwerk waarin normen vastliggen.^{42,43} Maar wat erin staat over het primaire proces leeft meer dan wat erin staat over secundaire processen.⁴² Qua verbetering van zorg valt de in-

vloed van het handboek tegen: het leidt vooral een bestaan in de kast en is minder normstellend dat de bedoeling is.⁴²

Een belangrijk neveneffect doet zich voor tijdens het proces van het opstellen van een protocol of regeling. Dit dwingt tot nadenken in termen van kwaliteit en brengt een discussie op gang. Hiermee wordt kwaliteitsbewustzijn geïntroduceerd.^{42,43}

Waardering

Het management is positief over het kwaliteitshandboek.^{42,43} De waardering van medewerkers is neutraal⁴² of positief.⁴³ De cliëntenraad in een van de instellingen staat er positief tegenover.⁴³ Bij de andere instelling is niet bekend wat cliënten van het handboek vinden.⁴²

3.5.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Hoe kan de implementatie van een kwaliteitshandboek bevorderd worden? Beide instellingen hebben hier uitgesproken ideeën over.

- Een goede introductie is noodzakelijk. Elke nieuwe medewerker krijgt een exemplaar, met uitleg.^{42,43} Alle teams moeten bezocht worden om het handboek te introduceren en uit te leggen hoe zij het moeten gebruiken.⁴³
- De inhoud moet beperkt blijven: in het handboek moet niet alles opgenomen worden, alleen de grote lijnen.⁴² Het is beter kleine stapjes te maken en niet alles tegelijk op te willen nemen.⁴³
- Een handboek kan beter in realistische termen gesteld zijn ('Zo gaat het.') dan in ideale ('Wat willen we idealiter bereiken.').⁴² Dit laatste heeft geleid tot frustraties.
- Het handboek moet een procedure voor systematisch evalueren bevatten.⁴³

Soms werken afstemmingproblemen belemmerend. Als een instelling fuseert, zijn de regelingen en procedures uit het handboek niet zomaar over te dragen naar een andere organisatie.⁴² Een soortgelijk probleem doet zich voor als een instelling een kwaliteitssysteem gaat hanteren waarin een kwaliteitshandboek geen duidelijke plaats heeft.

Vereiste inzet

Eén instelling weet niet hoeveel tijd en kosten geïnvesteerd zijn. Deze zijn namelijk gespreid over een aantal jaren.⁴² De andere instelling weet ook niet

precies hoeveel tijd het opstellen en bijhouden van het handboek kost, maar geeft aan dat het 'heel veel tijd' kost.⁴³

Inbedding

Het handboek is niet ingebed in een overkoepelend kwaliteitssysteem.^{42,43} Wel wordt het handboek zelf in beide instellingen regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.^{42,43}

3.5.9 *Samenvatting en conclusie*

Het kwaliteitshandboek is een documentatiesysteem waarin de kwaliteitsdocumenten en instrumenten zijn opgenomen. Het heeft vooral nut als naslagwerk. Of het een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg is twijfelachtig, mede door het ontbreken van toezicht op toepassing van de procedures en regels die erin zijn vastgelegd. Wel dwingt het ontwikkelen van een handboek tot nadenken en discussie over kwaliteit. Omdat het belangrijk is het handboek actueel te houden is het beheer erover goed geregeld. Om het handboek te toetsen en te verbeteren kan gecontroleerd worden of medewerkers het toepassen. Bovendien zijn er beheerders die zorgen voor regelmatige updates.

Sterke kanten

- Het is nuttig als naslagwerk.
- Het management waardeert het positief.
- Het dwingt tot nadenken over kwaliteit.

Zwakke kanten

- Het bijhouden kost veel tijd.
- Het nut voor de dagelijkse praktijk van zorg is onduidelijk.
- De plaats in het kwaliteitsbeleid van instelling is onduidelijk.

Aanbevelingen

- Zorg voor een goede introductie van het handboek. Geef uitleg over het gebruik.
- Maak het handboek zo toegankelijk mogelijk voor medewerkers. Zorg dat iedereen een exemplaar heeft. Bied het bijvoorbeeld via de computer aan.
- Beperk het zo veel mogelijk tot zaken die aansluiten bij de praktijk en formuleer het niet te streng normatief.
- Zorg ervoor dat systematisch geëvalueerd wordt met cliënten en medewerkers of gehandeld wordt conform het handboek.
- Houd het handboek actueel.

3.6 *Zorgprogramma*

3.6.1 *Definitie*

Een zorgprogramma is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstelligen van bepaalde effecten voor een gespecificeerde doelgroep.

3.6.2 *Geïnterviewden*

- 1 RIAGG¹⁰⁰ (1 manager)
- 2 APZ-en^{98,99} (1 manager, 1 medewerker)
- 1 instelling voor verslavingszorg¹⁰³ (1 manager)
- geïntegreerde voorzieningen^{97,101,102} (4 managers, 2 stafmedewerkers, 1 ondersteuner cliëntenraad)

3.6.3 *Doelstellingen*

Het zorgprogramma is volgens de geïnterviewden gericht op verbetering van het aanbod, op samenwerking van professionals en op het functioneren van specifieke doelgroepen van cliënten.

Verbetering van het aanbod

- inzichtelijk en toetsbaar maken van het aanbod (ook dat buiten de GGZ) en lacunes in het aanbod zichtbaar maken^{100,101,102}
- het ontwikkelen van een integraal en samenhangend aanbod dat is afgestemd op de behoeften van de doelgroep en past in het regionale zorgaanbod^{98,99,100,103}; bijvoorbeeld het opzetten van nieuwe zorgvormen als alternatief voor klinische opname⁹⁹ of het creëren van een brugfunctie naar de hulpverlening.¹⁰³

Verbetering van samenwerking van professionals

- consensus en begripsverheldering bereiken bij professionals¹⁰¹
- stimuleren van samenwerking¹⁰¹

Verbetering van het functioneren van specifieke cliëntengroepen

- vergroten van de therapietrouw⁹⁷
- psycho-educatie, kennisvermeerdering van de cliënt zodat hij zijn situatie beter kan hanteren⁹⁷
- het volgen van de toestand van de cliënt⁹⁷

- bevorderen dat mensen met psychiatrische problemen in hun eigen omgeving kunnen functioneren⁹⁹
- een optimale leefsituatie voor cliënten creëren in het eigen milieu en hernieuwde psychotische decompensatie en heropnames verminderen en voorkomen⁹⁷
- goed toegankelijk zijn voor cliënten uit andere culturen en hun doorstroming naar de hulpverlening stimuleren.¹⁰³

Het zorgprogramma levert in potentie een brede bijdrage aan de kwaliteit van zorg: aan verhoging van de doeltreffendheid^{97,98,99,101,102}, doelmatigheid^{97,99,100,102}, cliëntgerichtheid^{98,99,100,102}, zorg op maat^{98,99,101,102} en transparantie.^{99,100,101,102}

3.6.4 Inhoud

Het programma is meestal op papier omschreven. De beschrijvingen bevatten de volgende onderwerpen.

het zorgproces^{98,100,102,103}, bijvoorbeeld in de vorm van een stroomdiagram met beslismomenten en momenten waarop meetinstrumenten moeten worden afgenomen¹⁰²

- het behandelbeleid^{97,101} met procedures voor aanmelding, protocollen en richtlijnen voor de diagnostiek, indicatiestelling en zorg^{97,102,103}
- het aanbod^{97,101,102}, eventueel met accenten en prioriteiten
- doelen^{100,102,103}, ook per activiteit¹⁰³ en doelgroep^{97,101}
- taken en verantwoordelijkheden^{97,100,103}
- de ingezette middelen^{97,100}, bijvoorbeeld casemanagement
- wijze van overdracht en rapportage, ingaande en uitgaande informatie^{97,103}
- benodigde materiële voorzieningen en de setting van de zorg^{97,102}
- de samenstelling van het team⁹⁷

Bij één instelling worden bij de beschrijving ook evaluaties gepland en aandachtspunten hiervoor vastgesteld.¹⁰⁰

Eén geïnterviewde merkt op dat het programma op maat van de cliënt wordt aangeboden: 'Cliënten worden niet verplicht, er wordt wel van alles aangeboden. Het programma biedt continuïteit en structuur aan cliënten.' Een van de programma's heeft expliciet het karakter van een richtlijn of protocol: hoe te handelen bij specifieke ziektebeelden.¹⁰¹

De programma's zijn gestart tussen 1994 en 1999, de meeste vanaf 1997. Ze zijn dus van recente datum. De meerderheid is in gebruik, enkele verkeren nog in de ontwikkelings- of experimenteerfase.^{101,102}

De instellingen hebben het zorgprogramma zelf ontwikkeld^{97,98,99,100}, soms met gebruikmaking van bestaande methodieken, literatuur en ervaringen elders.^{101,102,103}

3.6.5 Betrokkenen

In zorgprogramma's wordt samengewerkt voor een specifieke doelgroep. De doelgroepen bevinden zich in de volwassenenzorg, de jeugdzorg en de ouderenzorg en zowel in de continue als in de kortdurende zorg. Diverse instellingen zijn betrokken bij de hier onderzochte zorgprogramma's (GGZ-voorzieningen, verslavingszorg, PAAZ-en, thuiszorg, Raad voor de Kinderbescherming, instellingen voor jeugdhulpverlening en jeugdbescherming en Bijzonder Jeugdwerk).

Het zorgkantoor is bij één programma betrokken in de evaluatie.⁹⁹ Bij twee programma's zijn cliënten betrokken (geweest). Het regionale patiënten en cliëntenplatform is eenmaal bij de ontwikkeling en eenmaal bij de evaluatie betrokken.^{99,102} Eén geïnterviewde geeft aan dat 'mogelijk de RP/CP in een later stadium betrokken wordt als het programma een meer formeel beslag krijgt.'⁹⁸ Eenmaal is naast de RP/CP ook een andere externe cliëntenorganisatie betrokken geweest.¹⁰² Twee programma's zijn besproken met de cliëntenraad.^{99,102} Tweemaal is duidelijk dat cliënten niet betrokken zijn.^{100,101} In een van deze instellingen wordt gesignaleerd dat de veranderingen wel onrust veroorzaken bij cliënten en dat ze te laat geïnformeerd worden.¹⁰¹ Van de overige programma's is onbekend of cliënten betrokken zijn of zijn geweest.

De verantwoordelijkheid voor het programma ligt ofwel bij (een stuurgroep van) directies of hoger management^{99,100,101,102,103}, ofwel bij het management van (een van) de betrokken afdeling(en)^{97,99} en bij medewerkers.^{98,99,102,103} Soms zijn meerdere personen uit verschillende lagen van de instelling, bijeengezet in stuurgroepen of werkgroepen, verantwoordelijk.

Het zorgprogramma is een kwaliteitsinstrument met een brede reikwijdte: het is geschikt voor andere instellingen in de sector^{97,99,100,102,103}, buiten de sector en voor verschillende doelgroepen.^{100,102} Eén geïnterviewde is evenwel van mening dat professionals steeds zelf het traject moeten doorlopen. Het is namelijk een belangrijk en onmisbaar leerproces. Uitwisselbaarheid is daarom geen goede zaak.¹⁰¹

3.6.6 *Uniforme toepassing*

Het is de bedoeling dat het zorgprogramma wordt uitgevoerd conform de beschrijvingen en de afspraken. Deze liggen bijna altijd schriftelijk vast.^{97,99,100,101,102,103} Soms geeft de beschrijving ruimte voor eigen interpretatie¹⁰¹ of mag beargumenteerd afgeweken worden.¹⁰²

Of de toepassing ook echt gebeurt zoals bedoeld, is voor twee programma's onderzocht; dit onderzoek bestond uit afname van een vragenlijst bij hulpverleners.^{101,102} De andere programma's zijn niet zo 'hard' onderzocht. Wel zijn er meestal evaluaties met een meer indirect of softer karakter zoals intercollegiale toetsing⁹⁹, kwartaalevaluaties⁹⁹, tevredenheidsonderzoek onder cliënten⁹⁹ en evaluatie door casemanagers.¹⁰⁰

De vragenlijstsonderzoeken bij hulpverleners brachten geen positieve resultaten: de programma's bleken niet door iedereen te worden toegepast en sommigen hadden weerstand tegen uniforme toepassing.^{101,102} Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat deze onderzoeken betrekking hadden op twee programma's die eigen interpretatie en beargumenteerd afwijken als mogelijkheid openlaten. Op basis van informatie uit overleggen en uit andere evaluatiebronnen bestaat bij de geïnterviewden de indruk dat de uitvoering echter wel uniform gebeurt en dat de afspraken worden nagekomen.^{97,98,99,103} Het is moeilijk een eenduidige uitspraak hierover te doen.

3.6.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

De doelen zijn over het algemeen redelijk bereikt. Dit gegeven is deels gebaseerd op cijfermateriaal (kwartaaloverzichten, onderzoek onder hulpverleners, notities), deels op indrukken van de geïnterviewden. Hoe staat het met het doelbereik?

Verbetering van het aanbod Het beschikbare materiaal laat zien dat het aanbod inzichtelijk is gemaakt en lacunes zichtbaar zijn geworden.^{101,102} Uit onderzoek blijkt dat het zorgprogramma een belangrijke aanvulling kan zijn op het bestaande zorgaanbod.¹⁰³ Maar het is niet gelukt om kwantitatieve en kwalitatieve eisen te formuleren voor het programma: de toetsbaarheid laat nog te wensen over.^{100,102}

De geïnterviewden hebben de indruk dat er meer doorstroming naar andere hulpverlening en meer aandacht voor psycho-educatie tot stand is gebracht⁹⁷; dat het zorgprogramma een goede hulpvorm is om cliënten in hun

eigen omgeving te laten functioneren⁹⁹; en dat meer transparantie van zorg is bereikt.¹⁰⁰

Verbetering van de samenwerking van professionals Cijfers en onderzoek laten zien dat door bundeling van menskracht meer cliënten zijn bereikt met dezelfde inzet.⁹⁷ Maar consensus tussen professionals is niet overal bereikt. Dit blijkt uit het feit dat sommigen weerstand hebben en het programma niet volgen.¹⁰¹

De geïnterviewden hebben de indruk dat voor medewerkers meer duidelijkheid is ontstaan over het aanbod en de samenhang daarbinnen, en dat er doelmatiger gewerkt wordt door duidelijke afspraken en de integrale aanpak.¹⁰⁰ Ook hebben medewerkers meer contact met elkaar en kennen ze elkaar beter.¹⁰¹

Verbetering van het functioneren van cliëntengroepen Sinds de invoering van het programma zijn minder opnames voorgekomen en ze zijn korter⁹⁹ (hier blijft onduidelijk of dit aan het programma is toe te schrijven). De therapietrouw zou volgens de geïnterviewden verbeterd zijn doordat beter wordt geregistreerd en actie wordt ondernomen als een cliënt niet komt.⁹⁷ Cliënten zouden meer zijn opgenomen in het groepsgebeuren en minder geïsoleerd staan.⁹⁷ Daar staat tegenover dat enkele cliënten hebben afgehaakt omdat het gebeuren te groot werd voor ze. Er zouden ook minder crisisopnames en uithuisplaatsingen zijn.^{97,100} Afgaande op signalen en vragen van cliënten lijkt er meer duidelijkheid te zijn over het aanbod en de samenhang daarbinnen. Dit draag bij aan de cliëntgerichtheid.¹⁰⁰

Andere effecten

Het zorgprogramma heeft een aantal effecten die niet in de doelstellingen stonden. De meeste zijn positief.

- Het programma verlaagt de drempel naar andere zorgvormen.⁹⁷
- Het programma en de extra scholing werken enthousiasmerend op de medewerkers.^{99,102}
- De onderlinge beeldvorming van instellingen wordt realistischer en positiever^{100,103}; verwijzstromen over en weer nemen hierdoor toe, ook buiten het programma.^{100,101,103}

Negatief is dat medewerkers meer dan voorheen moeten invullen en hier weerstand tegen kunnen ontwikkelen.^{101,102}

Waardering

Over het geheel genomen is de waardering voor het zorgprogramma positief. Het management is positief^{97,98,100,102,103} tot zeer positief.⁹⁹ Bij één instelling, waar weerstanden bestaan en niet iedereen volgens de afspraken werkt, zien managers echter ook negatieve aspecten.¹⁰²

Medewerkers oordelen positief.^{97,100,102} Maar zij moesten wel wennen aan de invloed van de casemanager van een andere instelling.¹⁰⁰ Bij een van de programma's bestaat scepsis.¹⁰¹

De waardering van cliënten is niet altijd bekend. Waar wel gegevens zijn, blijken ze over het algemeen positieve signalen te geven^{97,100,102,103}, hoewel ze bij twee zorgprogramma's (ook) afwachtend zijn: "In de praktijk zal moeten blijken hoe het uitpakt".^{101,102} De behartiging van cliëntenbelangen zou op circuitniveau plaats moeten vinden, bijvoorbeeld in een circuitraad.^{101,102}

3.6.8 Bruikbaarheid

Implementatie

De implementatie van het zorgprogramma kan op verschillende manieren bevorderd worden. Belangrijk is de insteek die gekozen wordt.

- De betrokkenen zien in dat samenwerken meerwaarde heeft voor de doelgroep, en geen van de instellingen wil de eerste viool spelen.^{97,100}
- De ontwikkelaars moeten zich in eerste instantie richten op de inhoud en niet op de structuur. De insteek moet zijn: wat hebben de cliënten nodig.¹⁰⁰
- Het programma moet deel zijn van een helder geformuleerd beleid waarin ook tijd en ruimte vrij wordt gemaakt¹⁰⁰ en evaluaties van de toepassing worden gehouden.¹⁰¹

Daarnaast is de aanpak van belang.

- Taken en verantwoordelijkheden moeten helder geregeld zijn en het werk in verschillende onderdelen goed op elkaar afgestemd.^{99,103}
- Professionals moeten actief betrokken zijn en ruimte krijgen, bijvoorbeeld door afwijken onder voorwaarden mogelijk maken.¹⁰²
- Scholing en een duidelijke regie zijn nodig.¹⁰¹
- Er moet voldoende personele bezetting en budget zijn.^{101,102}
- Er moeten instrumenten zijn om te kunnen bijsturen in het proces.^{101,102}
- Regelmatige feedback over de resultaten van het programma werkt stimulerend.¹⁰²
- Er moet een goede productbeschrijving zijn zodat de differentiatie van aanbod in de regio zichtbaar wordt.¹⁰³

Aan de andere kant wijzen de geïnterviewden op factoren die belemmerend werken.

- cultuurverschillen tussen instellingen; heterogeniteit van medewerkers^{97,101}
- verschillen in financiering⁹⁷
- arbeidsrechtelijke besognes bij de overstap van medewerkers naar een programma⁹⁹
- instellingsbelangen spelen een grote rol¹⁰⁰
- werkdruk en teveel ontwikkelingen tegelijk¹⁰¹
- het papierwerk en het gevoel van professionals in een keurslijf te zitten –al gaat dit gaat meestal over.^{101,102}

Vereiste inzet

Toepassing vraagt om afstemming en overleg, en kost tijd, met name in de startfase.^{97,98,99,100,101,102} Ook de structuur kost geld (programmamanager, programmasecretaresse) en de scholing.^{100,101,102} Maar de geïnterviewden hebben de indruk dat de baten uiteindelijk opwegen tegen de kosten.^{97,98,99,100,101,102}

Inbedding

Het zorgprogramma is meestal ingebed in een het kwaliteitsbeleid van de instellingen.^{98,99,100,102} Bij twee programma's ontbreekt een dergelijke inbedding.^{97,101} De meerderheid van de zorgprogramma's wordt systematisch be-
waakt en geëvalueerd.^{97,98,100,101,102}

3.6.9 *Samenvatting en conclusie*

Een zorgprogramma is het geheel van gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten, gericht op het verlenen van bepaalde diensten of het bewerkstelligen van bepaalde effecten voor een gespecificeerde doelgroep. Het kan een brede bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Doordat de doelstellingen, processen, afspraken, taken en verantwoordelijkheden meestal goed beschreven zijn, neemt de transparantie en inzichtelijkheid van het zorgaanbod toe. Ook levert het zorgprogramma nieuwe zorgvormen op voor doelgroepen die eerder niet goed geholpen werden. Het programma leidt tot realistischer en meer positieve beeldvorming van instellingen over elkaar en tot meer samenwerking. Het zorgprogramma wordt door management en medewerkers overwegend positief gewaardeerd.

Echter, er zijn lacunes en knelpunten. Opmerkelijk is dat, hoewel het zorgprogramma wil uitgaan van de zorgbehoefte van cliënten, het zorgprogramma beschreven en geëvalueerd wordt door professionals en managers, terwijl cliënten nauwelijks een stem hebben. Naar de toepassing en de effecten van het zorgprogramma is nog maar weinig onderzoek gedaan. Of het programma volgens de beschrijvingen en afspraken wordt toegepast is twijfelachtig.

Consensus tussen professionals is soms moeilijk te bereiken. Of het zorgprogramma verbeteringen voor cliënten met zich mee brengt is nog de vraag, hoewel de eerste indrukken van hulpverleners en signalen van cliënten positief zijn.

Voor de implementatie is het van groot belang dat de insteek vanuit de cliënt wordt gekozen: wat hebben cliënten nodig. De inhoud moet voorop staan, niet de structuur of het instellingsbelang.

Sterke kanten

- Het zorgaanbod wordt transparant en inzichtelijk.
- Het levert zorgvormen op voor cliënten die eerder niet goed geholpen werden. Het is een belangrijke aanvulling op het bestaande aanbod.
- Het biedt duidelijke afspraken en een integrale aanpak.
- Het stimuleert realistische en meer positieve onderlinge beeldvorming van instellingen.
- Het leidt tot meer samenwerking.
- Het wordt positief gewaardeerd door managers en medewerkers.

Zwakke kanten

- Bij cultuurverschillen tussen instellingen en heterogene groepen professionals is het bereiken van consensus moeizaam.
- De toetsbaarheid is niet uitgewerkt.
- Cliënten worden nauwelijks bij ontwikkeling en evaluatie betrokken, hoewel het programma in principe wordt ontwikkeld vanuit de insteek: wat hebben cliënten nodig?
- Er heerst twijfel over consequente toepassing door professionals.
- Er is weerstand bij professionals tegen papierwerk en (te) strakke toepassing.

Aanbevelingen

- Maak zorgprogramma's onderdeel van het kwaliteitsbeleid.
- Maak tijd en ruimte vrij voor scholing, intervisie, overleg en schep faciliteiten.
- Stap er pas in als ingezien wordt dat bundeling van knowhow meerwaarde brengt. Stel het instellingsbelang niet voorop.
- Kies bij het ontwikkelen van een programma de insteek: wat hebben de cliënten nodig?
- Betrek professionals erbij. Geef ruimte voor discussie, kritiek en eigen invulling.
- Samenwerkingsprocedures en informatielijnen moeten duidelijk zijn.
- Evalueer het programma regelmatig en geef feedback aan medewerkers.

3.7 Klachtenreglement en klachtenbehandeling

3.7.1 Definitie

Het klachtenreglement geeft regels voor de hoe de instelling met klachten van cliënten en familieleden van cliënten omgaat. Het hebben van een klachtenreglement is wettelijk verplicht. Het reglement houdt ook de klachtenbehandeling in.

3.7.2 Geïnterviewden

- 1 RIBW⁴⁴ (1 manager, 1 stafmedewerker, 1 cliëntvertegenwoordiger)
- 1 multifunctionele organisatie voor jeugdzorg⁴⁵ (1 behandelcoördinator, 1 medewerker)
- 1 geïntegreerde voorziening⁴⁶ (2 managers)
- 1 MKD⁴⁷ (2 managers)
- 1 APZ⁴⁸ (1 manager, 2 medewerkers)

3.7.3 Doelstellingen

Enkele instellingen willen alleen voldoen aan de wettelijke verplichting^{46,48}, maar de meeste beogen ook expliciet een verbetering van de cliëntenzorg.

- het bieden van een procedure met een tijdpad in geval van een klacht, waardoor cliënten de mogelijkheid krijgen om klachten op te lossen^{44,45}
- betere afstemming van de zorg op behoeften en wensen van cliënten.^{44,47} Eén geïnterviewde drukt dit als volgt uit: 'Een klacht is een gratis advies'.
- bijdragen aan een gelijkwaardige benadering van cliënt en hulpverlener⁴⁷
- het voorkomen van fouten⁴⁵

Het klachtenreglement wil vooral verbetering van de cliëntgerichtheid^{44,45,47}, transparantie^{44,45} (dit laatste heeft bijvoorbeeld betrekking op het inzicht dat zorgverzekeraars krijgen in de kwaliteit van zorg), en doelmatigheid.⁴⁵

3.7.4 Inhoud

Het reglement beschrijft de procedure die cliënten moeten volgen bij het indienen van een klacht, de regeling bij het behandelen van een klacht, samenstelling, bevoegdheden en zittingsduur van de klachtencommissie.^{44,45,46,47,48}

Ook de beroepsprocedure heeft er een plaats in (onder andere voor onvrijwillig opgenomen cliënten).^{45,46,48} Eén instelling heeft ook een bepaling opgeno-

men over de evaluatie van de klachtenbehandeling.⁴⁵ Een aantal reglementen beschrijft ook de mogelijkheden van bemiddeling voorafgaand aan het indienen van een klacht, bijvoorbeeld het treffen van een schikking via de klachtenbemiddelaar.^{45,46,48}

Het aantal personen dat zitting heeft in de klachtencommissie varieert: het kunnen er vier zijn maar ook zes, negen of elf. Er zitten altijd externe leden, juristen, medewerkers en managers in. In twee instellingen zijn ook cliënten lid van de commissie: eenmaal hebben twee vertegenwoordigers van cliënten van buiten zitting in de commissie (omdat intern de anonimiteit lastig te borgen is en omdat kandidaten moeilijk te vinden zijn)⁴⁴; eenmaal gaat het om drie leden van de cliëntenraad (ook extern).⁴⁸

3.7.5 *Betrokkenen*

Veel personen kunnen op een of andere manier met een klacht te maken krijgen: cliënten, medewerkers en management, wettelijk vertegenwoordigers en ouders van cliënten, iedereen die met cliënten te maken heeft.^{44,45,46,47,48}

Van het klachtenreglement wordt in sommige instellingen weinig gebruik gemaakt.^{44,45,47} Het gaat dan om drie klachten per jaar of één tot drie klachten per drie jaar. Deze instellingen leggen het accent meer bij bemiddeling. Twee instellingen hebben hiervoor een consulent of een bemiddelaar aangesteld^{44,45} en besteden ook in overleg en deskundigheidsbevordering meer aandacht aan klachten.⁴⁴ De meeste klachten worden dan in de voorfase opgelost en de klachtencommissie wordt dan meer een eindstation. Deze komt pas in actie als bemiddelingspogingen zijn mislukt.⁴⁴ Het aantal klachten loopt terug als de nadruk meer bij bemiddeling komt te liggen: van zeven klachten in het eerste jaar naar drie in het tweede en nog minder in het derde.⁴⁴

In andere instellingen wordt vaker gebruik gemaakt van de klachtmogelijkheid.^{46,48} Het aantal klachten ligt daar hoger, bijvoorbeeld negen tot ongeveer vijftien klachten in één jaar.

De directie is eindverantwoordelijk voor de toepassing, voor het op peil houden van het reglement, de evaluatie en het onder de aandacht brengen ervan bij de medewerkers.^{45,46,47,48}

Het klachtenreglement bestaat in de onderzochte instellingen sinds drie tot zes jaar. Het is meestal gebaseerd op bestaande modellen en aangepast aan de eigen situatie.^{44,45,46,47}

Cliënten(raden) zijn in een geval betrokken geweest in de vorm van overleg⁴⁴; in twee gevallen niet^{46,47}; in de overige gevallen is dit niet bekend.

De hier onderzochte klachtenreglementen hebben een brede reikwijdte: ze kunnen gebruikt worden in collega-instellingen⁴⁸, in andere sectoren en voor andere doelgroepen.^{44,45,46,47}

3.7.6 *Uniforme toepassing*

Het klachtenreglement is nauw omschreven^{44,45,46,47,48} en wordt regelmatig geëvalueerd.^{44,45} Dit gebeurt bijvoorbeeld door eenmaal per twee jaar een beleidsevaluatie te houden onder verantwoordelijkheid van de directie, aan de hand van evaluatieformulieren die de klager na afhandeling van de klacht invult, of door eenmaal per jaar een evaluatie te houden door het managementteam.

Uit de evaluaties blijkt dat de toepassing volgens de regels gebeurt^{45,46,47,48}, afgezien van het feit dat de termijnen nogal eens worden overschreden.^{46,48} De evaluaties leidden er, naast aanpassingen in het reglement, meestal toe dat meer accent op bemiddeling wordt gelegd.^{44,45,46,47}

3.7.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Of het gelukt is cliënten de mogelijkheid van klachtoplossing te geven door een duidelijke procedure is niet helemaal duidelijk. Dit hangt af van de vraag of cliënten de procedure kennen en duidelijk vinden, en daar is geen onderzoek naar gedaan. In enkele instellingen worden cliënten geïnformeerd over de klachtmogelijkheid^{44,45,46}; voor de overige instellingen is dit niet bekend.

Over verbetering van de afstemming van de zorg op de behoeften en wensen van de cliënt zijn evenmin harde gegevens beschikbaar. De geïnterviewden hebben echter de stellige indruk dat dit doel is bereikt. In een aantal instellingen komen weinig klachten bij de klachtencommissie binnen, en dit wordt toegeschreven aan het feit dat klachten in een eerder stadium besproken en opgelost worden via overleg en bemiddeling.^{44,45,46,47} Ook bestaat de indruk dat klachten naar tevredenheid zijn afgehandeld. Eén geïnterviewde merkt op: 'Er is een bemiddelingscultuur ontstaan, medewerkers staan meer open voor klachten.' Dit brengt een verbetering van de cliëntenzorg met zich mee, aldus de geïnterviewden.

Andere effecten

Een verrassend effect in een instelling was de enthousiaste reactie van individuele bewoners, die in de pen klommen om via informele weg een klacht kenbaar te maken.⁴⁴ Andere onverwachte effecten zijn geweest dat het in-

strument medewerkers aanzet tot nadenken over de hulpverlening en dat een klacht kan helpen iets bespreekbaar te maken.⁴⁷ Bovendien is men er meer alert op geworden of juridische zaken wel goed geregeld zijn in de organisatie.⁴⁷ Deze effecten worden als positief ervaren. De tijd die de klachtenbehandeling kost en de juridische kosten zijn negatieve effecten.⁴⁵

Waardering

Het management is volgens de geïnterviewden positief. Het klachtenreglement wordt gezien als een nuttig instrument, dat 'een open sfeer uitstraalt'.^{44,45,46,47,48} In een instelling probeert het management iets met de klachten te doen door themadagen te organiseren.⁴⁷ In één instelling zijn de afdelingsmanagers minder tevreden omdat tijdens een procedure onevenredig veel tijd aan één cliënt wordt besteed.⁴⁸

De mening van medewerkers is niet systematisch nagegaan. De geïnterviewden hebben de indruk dat ze enerzijds nerveus worden van de klachtmogelijkheid, zeker als ze geconfronteerd worden met een klacht. Dit is emotioneel zwaar en kost veel tijd.^{44,46,47,48} Anderzijds vinden ze het toch wel een zinnig instrument.^{44,45,47}

De waardering van cliënten varieert. Drie geïnterviewden hebben de indruk dat cliënten het klachtenreglement positief waarderen.^{44,45,48} Eén geïnterviewde denkt echter dat de waardering samenhangt met het feit of de klacht gegrond is verklaard.⁴⁸ Twee anderen menen dat de waardering van cliënten varieert: het is onbevredigend als een klacht ongegrond wordt verklaard⁴⁶ en ook voor een cliënt kan het belastend zijn om de procedure te doorlopen.⁴⁷ Een geïnterviewde cliënt geeft aan dat de cliënten graag evenredig aan medewerkers vertegenwoordigd zouden zijn in de klachtencommissie; ook is zijn ervaring dat het indienen van een klacht verstoorde verhoudingen kan geven. Bemiddeling door een onafhankelijke consulent is belangrijk.⁴⁴

3.7.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De volgende factoren bevorderen de implementatie van het klachtenreglement.

- Iedereen is goed geïnformeerd, het doel is duidelijk en de verwachtingen helder.^{44,45}
- De commissie en de bemiddelend consulent zijn goed toegankelijk.⁴⁴
- Het reglement geeft veiligheid en openheid en heeft een preventieve werking.^{45,46}
- Tekst en opzet van het reglement zijn toegankelijk.⁴⁶

- De procedure is kort.⁴⁷
- Onafhankelijkheid door een externe commissie en een externe procedure, eventueel opgezet samen met andere organisaties.⁴⁸

Belemmerend werkt het volgende.

- angst voor verstoorde verhoudingen bij cliënten⁴⁴
- collegiale verhoudingen kunnen verstoord raken⁴⁵
- de tijdsinvestering⁴⁵
- door de bemiddelingscultuur ontstaat er het gevaar dat een (te) sterke druk ligt op het voorkomen dat een klacht wordt ingediend.⁴⁶

Vereiste inzet

Een klachtenbehandeling waarbij de hele procedure wordt doorlopen kost veel geld en tijd, zowel van de klachtencommissie als van medewerkers en cliënten.^{44,45,46,47,48} Als een afdeling te maken krijgt met een klacht worden bijvoorbeeld voor één klacht drie personen voor een dagdeel aan de afdeling onttrokken.⁴⁸ Daarnaast kost de procedure administratieve uren en kunnen er juridische kosten zijn.^{45,46}

Of het instrument de moeite waard is in termen van kosten en baten is voor de geïnterviewden een moeilijke afweging. Twee geïnterviewden vinden dat de baten de kosten overstijgen.^{44,45} Een ander vindt het een kostbaar instrument, waarvan op afdelingsniveau meer kosten dan baten merkbaar zijn en op instellingsniveau meer baten (zoals verheldering of aanleiding tot veranderingen in beleid) dan kosten.⁴⁸ Een derde merkt op: 'Het is de moeite waard in de zin dat het recht doet aan de cliënt. Het is niet de moeite waard in de zin dat het nooit geleid heeft tot structurele veranderingen.'⁴⁶ Een geïnterviewde vindt dat geen kosten-batenafweging gemaakt moet worden: 'Een klachtenreglement moet men niet financieel vertalen. Er is een inhoudelijke keuze gemaakt. Je moet het zo efficiënt mogelijk organiseren.'⁴⁷ Al met al ontstaat de indruk dat het een instrument is dat veel kost en waarvan de baten niet zo eenduidig zijn.

Inbedding

Het klachtenreglement heeft soms een plaats in het kwaliteitsbeleid^{44,45} en is altijd onderdeel van een deelsysteem: er is een reglement, klachten worden ingediend en behandeld, de commissie doet een uitspraak, de directie bepaalt de actie, jaarlijks wordt gerapporteerd over aantal en aard van de behandelde klachten en de gevolgen ervan in de instelling.^{44,45,46,47,48}

3.7.9 *Samenvatting en conclusie*

Het klachtenreglement met de daarin beschreven klachtencommissie en klachtenafhandeling is vaak de laatste mogelijkheid om een klacht van een cliënt op te lossen. Veelal wordt de voorkeur gegeven aan bespreking en bemiddeling van een klacht in een vroeg stadium. Hiervoor zijn onafhankelijke en toegankelijke bemiddelaars van belang. Het klachtenreglement draagt bij aan verbetering van de cliëntenzorg, met name wanneer meer openheid ontstaat om klachten te bespreken. Als een klacht wordt ingediend vraagt dit een grote tijdsinvestering van leden van de klachtencommissie, medewerkers en cliënten. Voor medewerkers is het bovendien emotioneel belastend om met een klacht geconfronteerd te worden. Ook voor cliënten kan het zwaar zijn om een klachtenprocedure te doorlopen. Bovendien bestaat het risico van verstoorde verhoudingen. Het management waardeert het klachtenreglement positief, medewerkers en cliënten oordelen soms positief, soms negatief. De kosten-batenafweging levert geen eenduidige uitkomst op. Een klachtenreglement werkt goed als iedereen geïnformeerd is en veiligheid en onafhankelijkheid gegarandeerd zijn.

Sterke kanten

- Het doet recht aan de cliënt.
- Het draagt bij aan verbetering van de zorg voor cliënten.
- Het stimuleert een sfeer waarin klachten besproken kunnen worden.
- Het garandeert zorgvuldige afhandeling van een klacht.

Zwakke kanten

- Het vraagt grote tijdsinvestering.
- Het is emotioneel belastend voor medewerkers en cliënten.
- Het kan verstoorde verhoudingen geven.
- De baten zijn niet eenduidig; er zijn weinig structurele verbeteringen.

Aanbevelingen

- Zorg voor een systeem van klachtenafhandeling waarin naast het klachtenreglement een procedure bestaat voor bespreking en bemiddeling van klachten in een vroeg stadium.
- Zorg voor een onafhankelijk en goed toegankelijk bemiddelaar/consulent.
- Informeer iedereen goed over het bestaan en het doel van het klachtenreglement.
- Neem klachten serieus, ook door ze een plaats te geven in het kwaliteitsbeleid, in plannen, jaarverslagen en overleggen met cliënten.

- Behandel klachten zorgvuldig, met aandacht voor de privacy van medewerker en cliënt.
- Probeer zo veel mogelijk structureel resultaat uit klachten te halen. Verzamel systematisch informatie over klachten, ook klachten die door bemiddeling zijn opgelost, en stel onderwerpen van klachten in de instelling aan de orde.
- Houd de procedure zo kort mogelijk en beperk de tijdsinvestering door bijvoorbeeld meer zaken schriftelijk te laten verlopen.

3.8 *Interne audit*

3.8.1 *Definitie*

De interne audit is een beoordeling door de instelling zelf van de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering.

3.8.2 *Geïnterviewden*

- 1 Instelling voor verslavingszorg⁵² (1 stafmedewerker)
- 1 MKD/MKT⁵³ (3 managers)
- 1 RIBW⁵⁴ (2 personen)

3.8.3 *Doelstellingen*

Met de interne audit streeft men de volgende doelen na.

- toetsen van de invoering^{52,54}, en de effecten van het kwaliteitssysteem⁵²
- toetsen van de kwaliteit van de zorg⁵⁴
- toetsen of werkwijzen en processen verlopen zoals vastgelegd^{52,54}
- verbeterpunten opsporen^{52,54}
- voldoen aan de afspraak met de koepelorganisatie⁵³
- op papier zetten wat er gedaan wordt⁵⁴
- de directie krijgt meer grip op waar men mee bezig is⁵³
- eenheid brengen in het kwaliteitsbeleid van diverse afdelingen⁵⁴

De volgende aspecten staan centraal: de beheersing van het primaire proces met procedures en protocollen⁵², de doeltreffendheid⁵², de transparantie van de zorg.^{53,54}

3.8.4 *Inhoud*

In twee instellingen^{52,54} moet men regelmatig interne audits uitvoeren in het kader van het verkregen ISO-certificaat. De audits verlopen volgens een bepaalde procedure. Er is in deze instellingen een coördinator aangewezen die de regie heeft over de audits. De audits vinden in de verschillende afdelingen van de instelling plaats. Ze hebben veelal betrekking op een onderdeel van de zorgverlening of een bepaald thema, bijvoorbeeld de intake, de uitstroom, de behandeling, de brandveiligheid, de werving en selectie van personeel. De auditors zijn vooral afkomstig uit het management. De audit vindt plaats door een gesprek met het hoofd van de betrokken afdeling aan de hand van

een vragenlijst; de auditor maakt van het gesprek, met inbegrip van de conclusies en de verbeterpunten, een verslag.⁵² Tekortkomingen moeten binnen een afgesproken termijn^{52,53} worden opgelost. In de derde instelling⁵³ is de interne audit onderdeel van een systeem van interne en externe visitatie vanuit de koepelorganisatie. Voor het uitvoeren van de audit was een persoon in deze instelling voor 21 dagen vrijgesteld. De verschillende stappen in de auditprocedure zoals het interview (tien in totaal), het verslag, de tijdsinvestering en vervolgstappen zijn beschreven. Voor de interviews wordt een lijst met 400 vragen en een checklist met voor de sector opgestelde kwaliteitscriteria gebruikt. De verslagen gaan met het oog op onderlinge vergelijking naar de koepelorganisatie.

3.8.5 *Betrokkenen*

Bij de uitvoering van de interne audit zijn de volgende personen betrokken: één coördinator (in een instelling is dit de staffunctionaris kwaliteit⁵⁴; in een andere instelling⁵³ een tijdelijk hiervoor vrijgestelde interne medewerker), de auditors^{52,54}, de geïnterviewden en de directeur die de eindverantwoordelijkheid voor het gebruik heeft.

In de twee ISO-gecertificeerde instellingen worden sinds 1996, 1997 interne audits uitgevoerd. De audits vonden plaats ter voorbereiding op de certificering en worden volgens ISO-voorschrift ook na het verkrijgen van het certificaat nog uitgevoerd. In de ene instelling⁵² zijn er gemiddeld 25 audits (op 25 afdelingen) per jaar, in de andere instelling⁵⁴ één tot twee (niet bekend is of alle dan wel enkele afdelingen betrokken zijn in deze audits). In deze instellingen is de auditprocedure afkomstig van de ISO 9002-systematiek; van één instelling⁵⁴ is bekend dat de procedure door de certificerende instantie is uitgewerkt en is bijgesteld door de interne auditors en staffunctionarissen.

In de derde instelling⁵³ is de audit volgens de systematiek van de koepelorganisatie op twee afdelingen een keer in 1998 uitgevoerd. Op het moment van het interview lag het auditrapport bij de directie.

3.8.6 *Uniforme toepassing*

In beide gecertificeerde instellingen is de procedure voor de audit gestandaardiseerd en is het de bedoeling dat de auditors de audit ook volgens dit stramen uitvoeren. In één instelling is dit ook het geval; de coördinator houdt zicht op de uitvoering doordat hij de ingevulde vragenlijsten en de verslagen van alle audits krijgt.⁵² Van deze instelling is bekend dat de auditors zijn ge-

traint in het gebruik van de procedure. In de tweede instelling met een certificaat bestaat echter de indruk dat niet alle auditors volgens voorschrift werken, al is dit niet goed onderzocht.⁵⁴ In instelling drie⁵³ wordt de auditsystematiek van de koepelorganisatie toegepast zoals hij is bedoeld.

De drie instellingen achten de procedure die voor de audit wordt gebruikt geschikt voor andere instellingen en sectoren.

3.8.7 Effectiviteit

Doelbereik

In alle instellingen is men van mening dat de doelen grotendeels zijn bereikt. De werkwijzen, processen en het kwaliteitssysteem beantwoorden aan de gestelde eisen⁵² en de audit heeft ertoe geleid dat er meer op papier is gezet; hierdoor is de transparantie verhoogd.^{53,54} De kwaliteit is getoetst en het ISO-certificaat gekregen en verbeterpunten zijn op het spoor gekomen.^{52,53,54} Er is een handboek gekomen en er zijn checklists voor begeleiders waaraan gemakkelijk kan worden getoetst of gewenste handelingen ook zijn uitgevoerd.⁵⁴ Verder is de in deze instelling⁵⁴ beoogde eenheid in het kwaliteitsbeleid op de diverse afdelingen wel op het niveau van het management maar niet op het niveau van de medewerkers bereikt. Het waren immers vooral de hoofden die als auditor konden zien hoe elders wordt gewerkt. De drie instellingen vinden dat de audits een grote bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg.

Andere effecten

Een ander effect van de audits is volgens twee instellingen^{52,54} dat een auditor in andermans keuken kan kijken en dat is leerzaam. Daarnaast wordt in één instelling gesteld dat het onderhoud van het systeem erdoor gestimuleerd wordt.⁵² Andere positieve effecten zijn dat medewerkers aan het denken worden gezet over hun handelen⁵³; dat het voor nieuwe medewerkers handig is dat iedereen op dezelfde manier werkt⁵⁴; en dat het verbeterpunten oplevert.^{53,54} In één instelling⁵⁴ wordt geprobeerd de audit voor te zijn door problemen alvast op te lossen. Dit heeft te maken met de controlerende functie van de audit. Er wordt ook een negatief effect genoemd: de audit kan remmend werken op nieuwe initiatieven. Doordat alles al is geregeld en vastgelegd is het niet gemakkelijk om iets in een bepaalde werkwijze te veranderen.⁵⁴

Waardering

Het management in de drie instellingen is zeer^{53,54} tot overwegend⁵² positief in zijn oordeel over de interne audit. Van twee instellingen^{53,54} is de mening van de medewerkers bekend. In de ene instelling⁵³ vinden medewerkers het

zinnig dat zij door de audit aan het denken worden gezet; de audit kost echter veel tijd waardoor andere zaken die ook belangrijk zijn blijven liggen.⁵³ De mening van de medewerkers in de andere instelling⁵⁴ varieert van neutraal tot huiverig. De audit kost op de eerste plaats zeer veel tijd (aldus de auditors). Verder werkt het remmend dat alles moet worden vastgelegd: er kan niets nieuws gestart worden zonder dat het ook beschreven moet worden. In een instelling⁵² is de mening van de medewerkers onbekend. Dit jaar zal hierin verandering komen omdat zij bij de volgende audit meer betrokken zullen worden.

3.8.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Bevorderend voor de invoering van een interne audit zijn de volgende factoren.

- goed getrainde auditors^{52,54} die gezamenlijk van tevoren de vragen voor de interviews opstellen en willen meedenken met degene die bevestigd wordt⁵²
- meer auditorbijeenkomsten met het oog op onderlinge feedback⁵⁴
- zich houden aan het geplande schema voor de audits⁵²
- een betere introductie^{53,54}, zodat medewerkers zich beter kunnen voorbereiden en met aandacht voor wat met de resultaten gedaan kan worden⁵³
- de aanwezigheid van een externe stimulans, zoals in de betrokken instelling het persoonsgebonden budget⁵⁴
- bijhouden welke processen al geaudit zijn⁵⁴
- kortere audits^{53,54}
- audits waarbij op alle afdelingen binnen de organisatie een bepaald proces wordt geaudit, door een persoon, zodat vergelijking mogelijk is.⁵⁴

Daarnaast worden ook een aantal factoren genoemd die belemmerend werken, zoals in één instelling⁵² deze drie: het auditinterview er even tussendoor moeten doen als gevolg van tijdgebrek, een geïnterviewde die niet 'ISO-gemotiveerd' is en het niet opvolgen van aanbevelingen die uit de audit voortkomen. In een andere instelling⁵³ is de werkdruk op de werkvloer soms zeer hoog, waardoor het primaire proces voorgaat. Medewerkers in de derde instelling⁵⁴ ervaren de audit vooral als een prestigekwestie, belangrijk voor het management maar niet voor het verbeteren van hun eigen functioneren.

Vereiste inzet

Twee instellingen^{53,54} vinden dat de audit veel tijd kost. Dit heeft in één instelling⁵³ vooral te maken met het feit dat de audit voor het eerst plaatsvond en het concrete draaiboek nog ontbrak. Om een indruk te krijgen van de tijdsinvestering: de autistcoördinator in een instelling⁵² werkt twee dagen per week en elke audit kost de twee auditors tweederde dagdeel per interview. De interviews – tien in deze instelling⁵³ – nemen elk twee uur in beslag. De introductiebijeenkomst voor een team dat bij de audit is betrokken kost eveneens twee uur.

De kosten tegen de baten afwegend vindt men in één instelling⁵² de interne audit de moeite waard; het is waardevol om in elkaars keuken te kijken en met elkaar te bedenken hoe de kwaliteit kan worden verbeterd. In een andere instelling⁵⁴ vindt men de eerste fase waarin het handboek met procedures werd opgesteld zinvol. Nu het in fase twee vooral gaat om het onderhoud van het systeem vindt men dat de audit nauwelijks ergens toe bijdraagt: het is te veel en te intensief. In de derde instelling⁵³ waar volgens het koepelmodel is geaudit hangt de kosten-batenanalyse af van het vervolgtraject: wat gaan we met de resultaten doen?

Inbedding

In de twee instellingen met een ISO-certificaat is de audit een regulier onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de instelling.^{52,54} In de derde instelling⁵³ is de audit één keer uitgevoerd volgens de afspraak met de koepelorganisatie. Het is de bedoeling om de audit elke drie jaar te doen, maar er zijn nog geen concrete plannen voor. De audit is als toetsend instrument deel van een cyclische manier van werken. Met interviews gaat de auditor na of de te auditen werkprocessen verlopen zoals deze zijn bedoeld en beschreven. Vervolgens worden punten ter verbetering vastgesteld die binnen een bepaalde termijn^{52,54} moeten worden gerealiseerd. Audits in het kader van het ISO-certificaat vinden regelmatig plaats.

3.8.9 *Samenvatting en conclusie*

De interne audit is een beoordeling door de instelling zelf van de effectiviteit van de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en –verbetering. De audit wordt in de drie instellingen volgens een breed toepasbare standaardprocedure uitgevoerd. De audit is erop gericht de transparantie van werkprocessen te bevorderen. Men gaat na of de procedures zoals bedoeld en vastgelegd ook worden gevolgd en of de beoogde kwaliteit wordt bereikt. De audit is leerzaam doordat bij elkaar in de keuken wordt gekeken. De audit is onderdeel van een vrij strak verlopend cyclisch proces van kwaliteitsbewaking, verbeterpunten moeten voor een afgesproken tijdstip zijn gerealiseerd. Met name het management is goed te spreken over het gebruik van een interne audit. Het oordeel van betrokken medewerkers is wisselend: enerzijds kost de audit veel tijd en werken de vastgelegde procedures remmend op vernieuwingen, anderzijds zet de audit medewerkers aan het denken over hun werk, geeft het punten voor kwaliteitsverbetering en is een handboek met alle procedures zinvol.

Sterke kanten

- Alle werkprocessen zijn voor ieder helder en in een handboek vastgelegd.
- Bij een audit wordt er geleerd van hoe anderen het doen.
- De audit geeft informatie over verbeterpunten en er wordt op toegezien dat deze ook worden uitgevoerd.

Zwakke kanten

- Het feit dat alle processen in het kader van de audit zijn vastgelegd kan remmend werken op voorstellen tot verandering in werkwijzen.
- Het uitvoeren van audits vereist veel tijd en kan bij hoge werkdruk belastend zijn.

Aanbevelingen

- Zorg voor auditors die een goede training achter de rug hebben.
- Medewerkers moeten goed worden geïnformeerd over de reden, het doel, de aanpak en de resultaten van de audit. Zij moeten zorgvuldig op de uitvoering van de audit worden voorbereid en er actief bij worden betrokken.
- Het handboek legt niet alles voor eens en voor altijd vast. Verbeteracties als gevolg van de audit kunnen inhouden dat bestaande afspraken en werkwijzen worden veranderd.
- Het management stelt voldoende tijd beschikbaar om de audit met inbegrip van de verbeteracties uit te voeren.

3.9 Externe audit

3.9.1 Definitie

De externe audit is een beoordeling door personen van buiten de instelling van de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering.

3.9.2 Geïnterviewden

- 2 geïntegreerde voorzieningen^{49,79} (2 managers, 1 stafmedewerker, 1 medewerker)
- 1 MKD/MKT⁵⁰ (2 managers, 1 medewerker)
- 1 RIBW⁵¹ (1 manager)

3.9.3 Doelstellingen

Met de externe audit streeft men de volgende doelen na.

- de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid onderzoeken⁴⁹
- processen en organisatie toetsen⁷⁹, feedback krijgen op de zorg⁵¹
- verbeterpunten op het spoor komen^{49,51,79}
- voldoen aan de afspraak⁴ in de sector^{49,50}
- openheid naar buiten⁵¹
- de mogelijkheid krijgen om bij een ander in de keuken te kijken⁵¹
- toetsing van het instrument Interinstitutionele Toetsing⁷⁹

In één instelling⁵⁰ was er geen expliciet doel met de audit.

De externe audit is gericht op alle aspecten van de zorg: de doeltreffendheid, de doelmatigheid, zorg op maat, cliëntgerichtheid en transparantie⁴⁹. De verbeteracties als gevolg van de audit kunnen op al deze aspecten betrekking hebben.^{49,51} Met name de transparantie van de werkprocessen en de organisatie wordt in de audit getoetst: is alles beschreven en wordt dit ook toegepast.⁷⁹

4 Dit MKD/MKT (GGZ) is onderdeel van een geïntegreerde voorziening voor jeugdzorg, waarvan ook een Boddaertcentrum en een kindertehuis deel zijn. Beide laatste onderdelen waren betrokken bij de interne audit waarvan in paragraaf 5.8 verslag wordt gedaan. De externe audit waaraan het MKDF/MKT meedeed, vond plaats in het kader van een landelijk project voor Interinstitutionele Toetsing binnen de MKD/MKT-sector.

3.9.4 *Inhoud*

De externe audit vond bij alle instellingen plaats in het kader van Interinstitutionele Toetsing die voor de betreffende sectoren (MKD/MKT, RIBW en GGZ) was opgezet. De gefaseerde procedure is in alle instellingen vrijwel dezelfde: eerst geven de instellingen zelf op een vragenlijst aan in hoeverre zij voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria. Deze criteria zijn in drie instellingen^{49,50,79} opgesteld volgens het model van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Vervolgens komt een commissie na een analyse van de vragenlijst op bezoek om met een aantal (groeps)gesprekken na te gaan of de criteria ook in de praktijk worden nagekomen. Deze commissie bestaat uit collega's uit de sector. De instelling ontvangt een rapport met de resultaten van de visitatie.

3.9.5 *Betrokkenen*

Op landelijk niveau participeerde (een werkgroep of adviesorgaan van) de koepelorganisatie die het initiatief nam tot een project Interinstitutionele Toetsing. Medewerkers uit de sector zaten in de visitatiecommissie. In twee instellingen deed de gehele instelling mee aan de audit^{50,51}, in de twee geïntegreerde voorzieningen één of twee afdelingen.^{49,79} De directie⁵⁰ en het management^{49,79} zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de audit. In één instelling zijn de resultaten van de audit besproken met het management, de medewerkers en cliënten.⁷⁹

In alle instellingen heeft de externe audit één keer (in 1997 of 1998) plaatsgevonden. Twee instellingen wijzen erop dat de audit onderdeel is van een landelijk experimenteel project Interinstitutionele Toetsing (IIT).

3.9.6 *Uniforme toepassing*

In alle instellingen is de audit op een uniforme manier uitgevoerd. Verder is bij de toetsing een standaardlijst gebruikt met criteria waaraan de instelling moet voldoen. Zowel de criteria als de procedure staan op schrift. Eén instelling⁵¹ meldt dat de visitatiecommissie bij alle audits – ook die in andere instellingen in de sector – dezelfde samenstelling had en dat de resultaten van de audits met elkaar vergeleken zijn. De leden van de visitatiecommissies hebben allen een training gekregen.⁷⁹ In twee instellingen^{50,79} was er de indruk dat een objectieve standaardaanpak niet altijd geheel werd waargemaakt. Sommige zaken werden op een subjectieve manier gerapporteerd en soms werden stokpaardjes bereden. De toepassing van de audits is door de koepel-

organisatie geëvalueerd en hieruit is de procedure (voor Interinstitutionele Toetsing) als een vrij helder instrument naar voren gekomen.⁷⁹

De auditprocedure is geschikt voor andere instellingen en sectoren, zij het dat de kwaliteitscriteria bij een bredere toepassing op een hoger abstractieniveau geformuleerd zouden moeten worden.

3.9.7 Effectiviteit

Doelbereik

Over het algemeen zijn de doelstellingen van de audit bereikt. De audit geeft zicht op de stand van zaken van het kwaliteitsbeleid en op mogelijke verbeterpunten.^{49,51,79} Twee instellingen hebben al een aantal verbeteringen gerealiseerd^{49,51}. In één instelling was dit door een reorganisatie niet mogelijk, maar zij starten er binnenkort wel mee. De conclusies van de audit zijn herkenbaar, maar ook een *eye opener*: doordat ze zwart op wit staan zijn ze niet te negeren.⁴⁹ In alle instellingen draagt de audit goed bij aan kwaliteitsverbeteringen.^{49,50,51,79}

Andere effecten

De audit heeft ook bijkomende effecten die niet werden beoogd. De volgende effecten worden genoemd: het is leerzaam om als toetser naar een andere instelling te gaan om te zien hoe daar wordt gewerkt.⁴⁹ Door het houden van groepsinterviews hoorden medewerkers ook eens hoe het er op andere afdelingen toegaat.⁵⁰ De audit heeft geleid tot een cultuuromslag en tot meer kwaliteitsbewustzijn.^{50,79} Door de audit is er meer eenheid gekomen in het kwaliteitsbeleid.⁵⁰ Er is een zekere trots op de resultaten: we doen het eigenlijk wel goed.⁷⁹

Waardering

Het management van drie instellingen^{49,50,51} staat positief tegenover de audit. Eén instelling plaatst kanttekeningen⁷⁹; het management was wel betrokken bij de audit maar vraagt zich af of de baten tegen de kosten opwegen gezien de tijd die met de audit is gemoeid. Ook vindt het de terugrapportage zeer algemeen.

Ook de medewerkers die bij de audit betrokken waren zijn erover te spreken. In één instelling⁵⁰ is dit wisselend: medewerkers vinden dat de audit enerzijds veel werk kost, maar dat het anderzijds leuk is om over kwaliteit te praten. Dit laatste beamen de medewerkers van twee andere instellingen.^{49,79} In één instelling⁵¹ heeft de visitatiecommissie ook gesproken met bewoners.

Zij hebben dit zeer gewaardeerd, omdat zij zich gehoord voelden en de gesprekken in een open en veilige sfeer plaatsvonden.

3.9.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De implementatie van de externe audit wordt bevorderd door de volgende factoren: een goede introductie (door de koepelorganisatie) zodat iedereen van tevoren goed is geïnformeerd⁴⁹; goed getrainde en geïnteresseerde interviewers⁴⁹ die geen suggestieve vragen stellen; en een vertrouwelijke rapportage alleen voor intern gebruik.⁴⁹ Dat de interviewers collega's zijn draagt er toe bij dat de gesprekken in alle openheid konden plaatsvinden. Verondersteld wordt dat er bij toetsing door een externe partij selectiever gekeken zou worden naar wie er geïnterviewd mag worden.⁴⁹ Bevorderend werkt ook dat de audit een goede aanzet is voor het formuleren van het kwaliteitsbeleid.⁵⁰

Belemmerend werkt de tijd die de audit in beslag neemt^{51,79}, met name het verzamelen van alle benodigde gegevens.⁵⁰ Ook de lange periode tussen de audit en de rapportage is een minpuntje⁵⁰: er wordt dan al begonnen met het verbeteren van een aantal zaken voordat het rapport ontvangen is. Verder is het een belemmering wanneer men niet gewend is aan het kwaliteitsdenken en men anderen niet in de keuken wil laten kijken.⁷⁹

Een aantal suggesties om het rendement van de audit te vergroten zijn: beperking tot een aantal hoofdvragen, niet te veel details⁴⁹, minder papieren rompslomp, accent op toepassing,⁷⁹ en een duidelijker rapportage over wat wel en wat niet goed is.⁴⁹

Vereiste inzet

De externe audit kost de instelling veel tijd, daarover zijn alle instellingen het eens. Dat is moeilijk in geld uit te drukken.^{49,50} Als tegenprestatie voor de audit moet de instelling ook een medewerker als visiteur leveren; die kost een dag of zes, zeven.⁴⁹ Met name het verzamelen van alle benodigde documenten vraagt heel veel tijd.^{50, 79} De visitatie kost de betrokken medewerkers een dag.⁷⁹ Verder zijn er kosten gemoeid met de ontvangst van de visitatiecommissie en het kopiëren van documenten. Twee instellingen^{49,51} vinden de baten groter dan de kosten. Als een externe, onafhankelijke partij zou toetsen zouden de kosten veel hoger zijn en de vraag is of dit meer zou opleveren, aldus de ene instelling.⁴⁹ Echter, zo vindt de andere instelling, bij een tweede toetsing heeft een certificatietraject de voorkeur omdat dit een kwaliteitslabel oplevert waarmee de instelling zich tegenover de buitenwereld kan presenteren.⁵¹ Er is ook twijfel of de audit de moeite waard is, gezien de hoeveelheid

tijd die het kost.^{50,79} Reorganisatieperikelen werken remmend op het doorvoeren van verbeteringen.⁷⁹

Inbedding

De toepassing van de externe audit is (nog) geen regulier onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de instelling, al staan twee instellingen^{51,79} positief tegenover een tweede (vorm van) externe toetsing in de toekomst. De audit is wel onderdeel van een deelsysteem.⁷⁹ Het audit-rapport en de aanbevelingen voor verbetering hebben bijgedragen aan de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de instelling.^{49,50,51} In één instelling⁴⁹ is een lijst opgesteld met doelen op de korte, middenlange en lange termijn; deze is in de instelling verspreid en zal wanneer men akkoord is, onderdeel zijn van het jaarlijks beleid. De lijst komt dus elk jaar op de agenda. In een andere instelling⁵¹ heeft het management verbeterpunten geformuleerd, onder meer de bevordering van de cliëntenparticipatie. Er is vervolgens een tijdstip afgesproken waarop dit punt wordt geëvalueerd.

3.9.9 *Samenvatting en conclusie*

De externe audit is een standaardprocedure van zelftoetsing en externe visitatie die instellingen inzicht geeft in hun kwaliteitsbeleid, in wat goed gaat en wat verbeterd kan worden. De audit is een stimulans om verbeteringen door te voeren en draagt bij tot meer kwaliteitsbewustzijn. Zowel bij het management als bij de betrokken medewerkers is over het geheel genomen waardering voor de audit. Medewerkers ervoeren het als positief dat zij in de interviews met elkaar over kwaliteit spraken. In de instelling waar de visitatiecommissie met cliënten sprak hadden zij hier veel waardering voor. De andere kant van de medaille is dat de audit veel tijd kost, vooral het verzamelen van de benodigde documenten.

Sterke kanten

- De externe audit levert zwart op wit informatie over het kwaliteitsbeleid en de punten waarop verbetering nodig is.
- Door de audit wordt kwaliteit in de instelling onderwerp van gesprek. Het leidt tot meer kwaliteitsbewustzijn.

Zwakke kanten

- De audit neemt veel tijd van medewerkers in beslag.
- De audit gaat gepaard met veel papieren rompslomp.

Aanbevelingen

- Zorg voor een goede introductie en informatieverstrekking vooraf
- Zorg voor getrainde en geïnteresseerde auditors.
- Beperk de audit tot hoofdvragen en leg de nadruk op toepassing.
- De rapportage moet duidelijk aangeven wat goed loopt en wat verbeterd moet worden.

3.10 *Clëntenraad*

3.10.1 *Definitie*

De cliëntenraad bestaat uit vertegenwoordigers van cliënten van een instelling. Op basis van een periodiek overleg met de cliëntenraad wordt het beleid met betrekking tot (onder andere) de kwaliteit van zorg gerealiseerd. Het installeren van een cliëntenraad is bij wet verplicht.

3.10.2 *Geïnterviewden*

- 1 instelling voor verslavingszorg⁵⁵ (1 stafmedewerker)
- 1 RIBW⁵⁶ (1 cliëntvertegenwoordiger)
- 1 geïntegreerde voorziening⁵⁷ (1 voorzitter en 1 secretaris cliëntenraad)

3.10.3 *Doelstellingen*

De cliëntenraad verwezenlijkt medezeggenschap⁵⁶ op de volgende wijze.

- Hij leest en bespreekt belangrijke stukken en adviseert de Raad van Bestuur.^{55,57}
- Hij betreft cliënten bij adviezen en beslissingen, en is spreekbuis voor cliënten^{55,57}
- Hij behartigt de belangen van de cliënten van de instelling^{55,57}.

Bovendien speelt de raad een rol bij de mentaliteitsverandering bij zowel cliënten als hulpverleners.⁵⁵

De cliëntenraad draagt bij aan vele aspecten van kwaliteit: cliëntgerichtheid^{55,56,57}, zorg op maat^{55,56,57}, transparantie^{55,56,57}, doeltreffendheid^{55,56} en doelmatigheid.^{56,57}

3.10.4 *Inhoud*

De reglementen en procedures voor de cliëntenraad hebben de instellingen zelf ontwikkeld^{55,56,57}, eenmaal met hulp van externe adviseurs en een persoon uit een zelfhulpnetwerk⁵⁵, eenmaal zijn voorbeelden van andere reglementen gebruikt⁵⁶ of is kennis uitgewisseld met de LPR.⁵⁷ Een van de onderzochte raden is al gestart in 1989⁵⁷, de andere bestaan sinds 1992⁵⁶ en 1997.⁵⁵

De raad maakt een jaarplan, een werkplan en een jaarverslag.^{55,56} Hij krijgt zaken aangeleverd vanuit de Raad van Bestuur maar bepleit bij de Raad van Bestuur ook kwesties die hij vanuit het eigen perspectief belangrijk vindt.⁵⁵

Verder brengt de raad zichzelf onder de aandacht van de medewerkers met een eigen nieuwsbrief en geeft een eigen folder of periodiek uit voor cliënten die op alle binnenloopplekken ligt⁵⁵ of onder alle cliënten wordt verspreid.⁵⁷ De raad geeft bovendien voorlichting aan medewerkers en leden gaan één keer per jaar bij ze langs.⁵⁵ Ook draait de raad mee in werkgroepen.⁵⁵

3.10.5 *Betrokkenen*

De raad bestaat bij één instelling uit zes cliënten, voornamelijk ex-clianten⁵⁵, bij een andere bestaat de raad uit zeven personen die de woonvormen vertegenwoordigen.⁵⁶ In de derde onderzochte instelling bestaat de raad uit een harde kern van ongeveer vijf personen.⁵⁷

De bezetting van de raad kan een probleem zijn: bij één instelling was in het begin de continuïteit van de raad in het geding vanwege de fluctuatie in de bezetting⁵⁵. Bij een andere instelling wordt opgemerkt: 'Er zit groei in het functioneren van de raad, maar er is soms een terugslag door verloop.'⁵⁷ Het blijkt hier moeilijk om cliënten als lid te binden.

In een grote geïntegreerde voorziening zijn op het niveau van circuits circuitcommissies actief, waarin cliënten overleg voeren met de circuitmanager. In deze commissies zitten twee leden van de algemene cliëntenraad.⁵⁷ Op locatieniveau zijn ook bijeenkomsten, waarin de raad informatie uitwisselt met cliënten.⁵⁷

De vergaderfrequentie wisselt van eenmaal per 14 dagen⁵⁵ tot eenmaal per maand⁵⁷ en per twee maanden.⁵⁶ Tussendoor kunnen er bijeenkomsten zijn van het dagelijks bestuur van de raad.⁵⁷ Er is periodiek overleg met de Raad van Bestuur.^{55,56}

De raden worden ondersteund door een (parttime, onafhankelijke) ondersteuner.^{55,56,57} Deze zorgt voor advies en deskundigheidsbevordering.⁵⁶ Eenmaal functioneert een stafmedewerker als contactpersoon tussen de cliëntenraad en de Raad van Bestuur.⁵⁵ De LPR organiseert regiobijeenkomsten voor cliëntenraadsleden.⁵⁷ De raden voelen zich verantwoordelijk voor het eigen functioneren.^{55,56,57}

3.10.6 *Uniforme toepassing*

De reglementen zijn bij twee instellingen nog in ontwikkeling^{55,57}: eenmaal staat het reglement op papier maar heeft de raad zich daar nog niet op vastgelegd⁵⁵; eenmaal bestaat alleen nog maar een samenwerkingsregeling met de Raad van Bestuur.⁵⁷ Huishoudelijke reglementen zijn in beide instellingen

nog niet rond.^{55,57} Een geïnterviewde geeft aan: 'De werkwijze is nog volop in ontwikkeling en groeit.'⁵⁵ In de instelling ligt het reglement vast.⁵⁶ In deze instelling zijn echter 'geluiden dat niet altijd volgens reglement gehandeld wordt'.

De cliëntenraad wordt niet systematisch met of door anderen geëvalueerd.^{55,57} Dit is bij een van de raden in het verleden wel zo geweest, maar al enkele jaren niet meer.⁵⁷ De resultaten en adviezen van de cliëntenraad worden wel in een jaarverslag gepubliceerd.^{55,56}

3.10.7 Effectiviteit

Doelbereik

Op de vraag of de cliëntenraad zijn doelen bereikt, wordt tweemaal met ja geantwoord. De cliëntenraad heeft ertoe bijgedragen dat groepsklachten op afdelingsniveau werden opgelost; cliënten hebben meer stem gekregen; de indruk bestaat dat de achterban vertrouwen heeft in de raad; cliënten verzoecken de raad om hun afdeling te bezoeken.⁵⁵ Bovendien pakt de raad signalen van cliënten op en stelt deze vervolgens aan de orde bij de Raad van Bestuur.⁵⁷ Voorbeelden van activiteiten en resultaten zijn een eigen folder voor cliënten, nieuwsbrief (ook voor medewerkers), het uitwerken en aanpakken van actiepunten, het onderhouden van externe contacten, werkbezoeken op diverse locaties.⁵⁵ Hiermee beantwoordt de raad volgens de geïnterviewden aan de doelstellingen van belangenbehartiging en advisering en draagt bij aan mentaliteitsverandering.^{55,57} Wel wordt gesignaleerd dat het contact met de afdelingen verbeterd moet worden.⁵⁷

Enmaal wordt de vraag naar het doelbereik gereserveerd beantwoord: 'Medezeggenschap staat momenteel op een laag pitje. In het verleden hadden we het gevoel dat de directie en het centraal bureau iets met de adviezen heeft gedaan.' De raad maakt de doelen hier niet waar.⁵⁶

Andere effecten

Niet-bedoelde effecten zijn er ook: verhoudingen tussen cliënten en hulpverleners kunnen verstoord raken, en het blijkt dat de cliënten in de achterban vaak nog bang zijn om voor hun eigen mening uit te komen.⁵⁶ Bovendien kost het deelnemen aan de raad de actieve leden veel tijd.⁵⁷ Positief is dat de raad in de instelling een meer gelijkwaardige positie heeft gekregen.⁵⁷

Waardering

Het management is positief⁵⁵ tot zeer positief.⁵⁶ Het neemt de raad serieus en doet iets met de adviezen.^{56,57}

De waardering door medewerkers is verschillend. Eén instelling geeft aan dat onduidelijk is wat medewerkers ervan vinden.⁵⁵ Ze kunnen zich op de vingers gekeken voelen.⁵⁷ In één instelling waarderen ze de cliëntenraad positief: ze zien het belang van de raad, vragen hoe het met bepaalde zaken staat.⁵⁶ Cliënten waarderen de raad in twee instellingen positief.^{55,57} Zij worden nu serieus gehoord.^{55,57} Maar in de derde instelling hebben cliënten weinig belangstelling en is het ook moeilijk om nieuwe leden te werven.⁵⁶

3.10.8 Bruikbaarheid

Implementatie

De volgende condities bevorderen het functioneren van de cliëntenraad.

- systematische scholing^{55,56,57}; de LPR kan in scholing en informatieverstrekking een belangrijke rol vervullen⁵⁶
- voldoende en tijdige informatie over en weer tussen directie, ondernemingsraad en cliëntenraad en tussen cliëntenraad en circuitcommissies en commissies op locaties^{56,57}
- zichtbaarheid van de raad, bijvoorbeeld door een eigen werkplek die voor cliënten toegankelijk is⁵⁵
- een minimumaantal leden is vereist⁵⁶; leden kunnen geworven worden door ze kennis te laten nemen van de mogelijkheden van een raad, door ze bijvoorbeeld mee te nemen naar studiedagen⁵⁶
- aanvullende externe deskundige is heel goed⁵⁶
- het bestaan van circuitcommissies⁵⁷

Het functioneren wordt belemmerd doordat het moeilijk is om leden voor de raad te krijgen (bij cliënten bestaat huiver voor vergaderingen en papierwerk)⁵⁶ en doordat er weinig binding is met bepaalde groepen cliënten, zoals ambulante en deeltijdcliënten).⁵⁷

Vereiste inzet

De cliëntenraad kost veel tijd van de leden (dit kan 15 tot 16 uur per week zijn), maar ook van contactpersonen en ondersteuners.^{55,56,57} Naast de personele kosten zijn er ook materiële kosten (reiskosten, vergaderkosten, materiaal, studiedagen).^{55,56,57} Toch wegen de baten op tegen de kosten naar de mening van de geïnterviewden.^{55,56,57} Cliënten krijgen informatie en hebben de mogelijkheid tot inspraak.⁵⁶ Dit is naar de mening van de geïnterviewden goed voor de instelling: 'De raad kan nu een vuist maken en bijdragen aan beter functioneren van de instelling.'⁵⁷

Inbedding

Het instrument cliëntenraad is in twee instellingen ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.^{55,57} Maar het wordt niet (meer) systematisch geëvalueerd.^{55,57} Alleen de jaarlijkse verslaglegging is een toets.

Bij een instelling is het instrument onvoldoende ingebed in het kwaliteitssysteem; met de informatie van cliënten wordt nog te weinig gedaan. Veel informatie komt pas achteraf bij de raad, terwijl er behoefte is aan informatie vooraf, bijvoorbeeld voor de start van een project.⁵⁶

3.10.9 *Samenvatting en conclusie*

De cliëntenraad behartigt de belangen van cliënten door signalen op te pakken en bij de Raad van Bestuur aan de orde te stellen en de Raad van Bestuur te adviseren. De cliëntenraad onderhoudt contacten met cliënten en legt de activiteiten en resultaten jaarlijks vast in een verslag. Hoewel het functioneren van de raad niet systematisch is geëvalueerd of onderzocht, bestaat de indruk dat de doelen worden bereikt. Reglementen liggen nog niet overal duidelijk vast. Het deelnemen aan de raad kost de leden veel tijd. Ook ondersteuners en materiële zaken brengen kosten met zich mee. De raden kampen nogal eens met verloop en met gebrek aan animo bij cliënten om lid te worden. Adequate informatie van en naar de raad en scholing is belangrijk om goed te kunnen functioneren. Het management is eenduidig positief over de cliëntenraad; bij medewerkers en cliënten is dit minder duidelijk.

Sterke kanten

- Het geeft handen en voeten aan medezeggenschap van cliënten.
- Het draagt bij aan gelijkwaardige positie van cliënten.

Zwakke kanten

- Het kost de leden veel tijd.
- Het is moeilijk om leden te werven en te binden.
- De informatiestroom van en naar de raad is niet voldoende en niet tijdig.
- Het is onvoldoende ingebed in kwaliteitssysteem, wordt niet ten volle benut.

Aanbevelingen

- Creëer mogelijkheden voor scholing en externe deskundigheid.
- Regel voldoende en tijdige informatie over en weer tussen Raad van Bestuur, ondernemingsraad, circuitcommissie, lokale commissies en de cliëntenraad.
- Organiseer actieve ledenwerving.
- Zorg voor binding met de achterban.
- Maak als instelling gebruik van de informatie van cliënten voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

4 Personeelsmanagement

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan twee instrumenten centraal die betrekking hebben op het personeelsbeleid van de instelling: deskundigheidsbevordering en scholing en intervisie. Beide instrumenten hebben betrekking op het in stand houden en ontwikkelen van de deskundigheden van de medewerkers.

4.2 Deskundigheidsbevordering en scholing

4.2.1 Definitie

Opleidingsactiviteiten die gericht zijn op het instandhouden, aanvullen, verdiepen, of vergroten van de deskundigheid die voor de feitelijke beroepsuitoefening of de vervulling van hiermee samenhangende functies noodzakelijk is.

4.2.2 Geïnterviewden

- 1 instelling verslavingszorg⁵⁸ (1 stafmedewerker)
- 2 RIBW's^{59,62} (2 managers, 3 stafmedewerkers)
- 2 geïntegreerde instellingen^{60,61} (1 manager, 1 stafmedewerker)

4.2.3 Doelstellingen

Deskundigheidsbevordering heeft de volgende doelen.

- voorzien in de benodigde kwaliteit van het personeel (onderhoud)^{58,59,60,61,62}
- het bevorderen van de individuele functievervulling^{61,62}, de werkeffecten⁵⁹, en het opheffen van knelpunten⁶⁰ (verbeteren)
- het teweegbrengen van veranderingen en het aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen (vernieuwen)^{60,61}

Kwaliteitsaspecten die men probeert te verbeteren zijn doeltreffendheid^{58,59,61,62}, cliëntgerichtheid^{58,59,60,61}, doelmatigheid^{58,60,62}, zorg op maat^{58,60} en transparantie van de zorg.^{58,59}

4.2.4 *Inhoud*

De instelling legt de manier waarop de deskundigheid van de medewerkers wordt bevorderd vast in een opleidingsplan. Dit plan kan de volgende onderdelen bevatten: de relatie met het algemeen (strategisch) instellingsbeleid^{58,59,60,61,62}; de te verwachten ontwikkelingen binnen de organisatie⁶⁰; opleidingsdoelen^{58,59,60}; prioriteiten en vereiste vaardigheden op management-, afdelings-, en individueel niveau^{58,59,60,61}; financiële en andere randvoorwaarden^{58,60}; en een plan van aanpak^{58,59,60}. Om voor subsidie van de Stichting Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Ziekenhuiswezen (AWOZ) in aanmerking te komen wordt ervoor gezorgd dat het plan aan de door de AWOZ gestelde criteria voldoet.^{58,59,60,62}

Het opleidingsplan wordt in alle gevallen gemaakt voor een periode van één jaar. Daarvoor worden eerst de opleidingswensen van de afdelingen geïnventariseerd.^{58,59,60,61,62}

De instellingen hebben alle twee^{59,62} tot vier jaar⁶⁰ ervaring met een systematische aanpak van deskundigheidsbevordering.

4.2.5 *Betrokkenen*

Personeelszaken of een aparte afdeling opleidingen zijn betrokken bij het opstellen van het opleidingsplan en de uitvoering van het opleidingsbeleid.^{58,59,60,61,62} De inventarisatie van opleidingsbehoeften gebeurt altijd via de afdelingshoofden.^{58,59,60,61,62}

In één instelling zijn cliënten bij de opleiding betrokken in de zin dat ze een onderdeel van de cursus casemanagement verzorgden.⁶¹

4.2.6 *Uniforme toepassing*

Voor zover bekend, komen binnen de instellingen elk jaar opnieuw de opleidingsplannen volgens eenzelfde procedure tot stand.^{59,60,61,62} De wijze waarop het plan wordt vormgegeven is de ene keer wel volgens een vaste opzet^{59,62} en bij een andere instelling wordt deze jaarlijks opnieuw bepaald.⁶⁰

4.2.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Over de vraag of het scholingsbeleid leidt tot de beoogde doelen verschillen de meningen. In drie instellingen wordt gedacht van wel^{58,59,60} en in twee instellingen vindt men dat er te weinig informatie is om daar iets over te zeg-

gen.^{61,62} Opgemerkt wordt dat de opbrengsten verhoogd kunnen worden door meer aandacht te geven aan transferbevorderende maatregelen.^{58,60,61,62} Hierbij wordt niet alleen gedacht aan het gebruik van het geleerde in de dagelijkse praktijk, maar ook het overbrengen van het geleerde naar collega's die de cursus niet hebben gehad.

Evaluatie van het scholingsbeleid gebeurt op twee niveaus. In de eerste plaats kan op instellingsniveau nagegaan worden of het opleidingsplan is uitgevoerd.^{58,59} In de tweede plaats kan worden nagegaan wat het effect is van de cursussen op de kwaliteit van zorg. Het effect van de gevolgde cursussen in termen van gedragsveranderingen of verandering in kwaliteit van zorg wordt nergens gemeten. Wel wordt deelnemers van cursussen gevraagd naar het effect, studiebelasting, duur, tevredenheid, verbeteringsuggesties en dergelijke.^{59,61,62} In één instelling beoordelen afdelingshoofden na enige tijd de effecten van de cursus op het dagelijks functioneren van medewerkers en bespreken in een functioneringsgesprek.⁵⁹ Bij een andere instelling is een plan opgesteld om het effect van een cursus te meten met een voor- en nameting.⁶⁰

Andere effecten

Het hebben van een opleidingsplan heeft een aantal neveneffecten. Zo wordt genoemd dat een dergelijk plan medewerkers motiveert om bepaalde cursussen te volgen^{58,59}, medewerkers van verschillende afdelingen elkaar vaker te gemoeten in een cursus⁵⁹, en dat door een bepaald aanbod in het opleidingsplan medewerkers het gevoel kunnen krijgen dat er oog is voor het belang van de afdeling.⁶⁰ Een negatief effect is dat, doordat het scholingsaanbod gebaseerd is op het strategisch beleid, sommige medewerkers verplicht worden een cursus te volgen terwijl zij niet gemotiveerd zijn.⁶⁰

Ten slotte is de ervaring dat een goed scholingsaanbod ertoe bijdraagt dat de instelling gezien wordt als een aantrekkelijke werkgever.^{60,62}

Waardering

Binnen één instelling is er te weinig ervaring met dit instrument om iets te zeggen over de waardering van management en medewerkers.⁶² In de overige instellingen staat het management er positief^{59,60,61} of ambivalent⁵⁸ tegenover. Deze ambivalentie komt voort uit het feit dat de uitvoering van een opleidingsplan tijd kost, omdat medewerkers op cursus moeten.

In twee instellingen is het scholingsbeleid een instrument van het management waarvan de medewerkers niet op de hoogte zijn.^{60,61} Als medewerkers het wel kennen dan staan zij er positief tegenover omdat zij weten waar ze aan toe zijn.^{58,59}

4.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De volgende implementatiebevorderende factoren worden genoemd: de motivatie van medewerkers en management om op deze manier het scholingsbeleid vorm te geven^{61,62}; een stabiele werkomgeving en een goeddraaiend team^{61,62}; en een staffunctionaris die het scholingsbeleid in het takenpakket heeft.⁶²

Het werken met een opleidingsplan is een essentieel onderdeel van een scholingsbeleid. Van belang bij het opstellen van een dergelijk plan zijn het werken met standaardformulieren voor de behoefte-inventarisatie⁶⁰; een gedegen analyse van de achterliggende knelpunten als een afdelingshoofd een verzoek indient voor een bepaalde cursus⁶⁰; een goede informatie-uitwisseling tussen afdelingen over het gewenst cursusaanbod⁶⁰; en een goede samenwerking tussen de opstellers van het plan en kwaliteitsfunctionarissen.⁶⁰ In het plan moet uitgegaan worden van het beschikbare budget.⁶²

Belemmerend werkt de tijd die hulpverleners onttrokken worden aan de directe hulpverlening⁵⁸; het maken van een tijdsplanning zodat iedereen een bepaalde cursus kan volgen⁵⁸; en de tijd die de inventarisatie van wensen kost.⁶⁰

Vereiste inzet

Als het gaat om de vereiste inzet dan bedoelen we de extra inzet die nodig is om het scholingsbeleid systematisch aan te pakken. Het blijkt dat het opstellen van een opleidingsplan niet veel tijd kost. De eerste keer kost het relatief veel tijd maar daarna gaat het efficiënter.⁵⁹ De geïnterviewden vinden het moeilijk aan te geven hoeveel tijd er precies mee gemoeid is.^{60,61} Eenmaal wordt de tijd voor het opstellen en uitvoeren van het opleidingsplan geschat op 40 uur per jaar.⁶²

Belangrijkste kostenpost is de loonderving vanwege het volgen van cursussen en de kosten voor de cursus zelf.^{58,61} Maar deze kostenpost is er ook als er niet volgens een bepaalde systematiek gewerkt wordt. De opleidingen worden mede gefinancierd door de AWOZ.^{58,59,60,62}

Inbedding

Het opleidingsbeleid is ingebed in het totale beleid van de instellingen in de zin dat het voortvloeit uit het algemeen strategisch instellingsbeleid.^{58,59,60,61,62} Er is sprake van een deelsysteem in de zin dat het een jaarlijkse cyclus doorloopt van opstellen van het plan tot en met de evaluatie van het plan.

4.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Bij deskundigheidsbevordering en scholing geeft het werken met een opleidingsplan, waarin aangesloten wordt bij het strategisch beleid van de instelling, houvast bij het stellen van prioriteiten. Ook geeft een plan structuur in de hoeveelheid van bij- en nascholingen. In de praktijk wordt een dergelijk plan voor de periode van een jaar gemaakt. Een inventarisatie van de opleidingsbehoeften is de basis hiervoor. Het blijkt dat medewerkers niet altijd op de hoogte zijn van de inhoud van het opleidingsplan. Dit is jammer omdat er een positieve werking vanuit blijkt te gaan doordat bijvoorbeeld de motivatie van medewerkers voor scholing verhoogd wordt.

Belangrijk knelpunt bij het onderzoek naar de waarde van het voeren van een opleidingsbeleid is dat er nauwelijks iets bekend is over de effecten van de scholing en de transfer van het geleerde naar de werksituatie.

Sterke kanten

- Het schept duidelijkheid in het scholingsbeleid.
- Het instellingsbeleid geeft richting aan keuze voor cursussen. Daardoor is er minder scholing op ad hoc basis.
- Een dergelijk beleid motiveert medewerkers tot het volgen van cursussen.

Zwakke kanten

- Het is moeilijk meetbaar wat de effecten van scholing zijn. Hierdoor is het onduidelijk wat de kosten-batenbalans is.
- Er wordt weinig gedaan aan transfer, zoals overdracht van theorie naar praktijk, van het geleerde in de cursus naar het dagelijks handelen, of van de cursist naar andere medewerkers
- Als vanuit het strategisch beleid ervoor gekozen wordt een bepaalde groep medewerkers te scholen, is er het risico dat het scholingsaanbod niet aansluit bij de behoeften van (een deel van) deze medewerkers. Dit is minder doelmatig.

Aanbevelingen

- Werk op een systematische manier aan deskundigheidsbevordering en scholing. Dit kan niet zonder een opleidingsplan op te stellen.
- Zorg voor een staffunctionaris (bijvoorbeeld personeelsfunctionaris) met het scholingsbeleid in zijn takenpakket.
- Ga na bij de inventarisatie van de opleidingsbehoeften wat het achterliggende motief of knelpunt is. Hierdoor wordt bespreekbaar of de gekozen cursus het meest geschikt is. Ook geeft het een houvast voor een effecte-

valuatie.

- Licht medewerkers actief voor over het scholingsbeleid.

4.3 *Intervisie*

4.3.1 *Definitie*

Intervisie is een vorm van feedback tussen collega-hulpverleners onderling, waarbij zij om beurten en op voet van gelijkheid hun functioneren als hulpverlener ter discussie stellen aan de hand van ingebrachte casussen.

4.3.2 *Geïnterviewden*

- 2 RIAGG's^{105,106} (2 managers)
- 1 geïntegreerde voorziening¹⁰⁷ (1 manager en 1 stafmedewerker)

4.3.3 *Doelstellingen*

Doelstellingen van intervisie zijn gericht op toetsing en verbetering van het handelen.

- het eigen handelen toetsen aan dat van collega's om te komen tot kwaliteitsverbetering¹⁰⁵
- het bespreekbaar maken van moeilijke zaken in het behandelproces¹⁰⁶. Eén geïnterviewde zegt hierover: 'Bijvoorbeeld als je als hulpverlener altijd vastloopt op een bepaald type problemen.'
- het bereiken van een zo optimaal mogelijke hulpverlening¹⁰⁷

Intervisie kan bijdragen aan met name doeltreffendheid^{105,106,107} en doelmatigheid^{105,107}, daarnaast ook aan cliëntgerichtheid¹⁰⁵, afstemming van het zorgaanbod op de vraag¹⁰⁵ en transparantie van de zorg.¹⁰⁵

4.3.4 *Inhoud*

De therapeuten bespreken in intervisiegroepen aan de hand van casussen hun eigen functioneren.^{105,106,107} Bij een instelling staat in iedere bijeenkomst een deelnemer centraal. Deze brengt een casus in, waarover iedereen kan praten en advies kan geven en waarop de casusinbrenger kan reageren.¹⁰⁶

De werkwijze varieert. In een instelling zijn de groepen vrij in hun werkwijze en worden ze niet gestuurd door een coördinator.¹⁰⁵ In een andere instelling werken ze met roulerend voorzitterschap.¹⁰⁶ In de derde instelling is de werkwijze gestructureerd: elke groep heeft een vaste voorzitter, werkt volgens een op schrift vastgelegde methode, en evalueert volgens een vaste procedure met evaluatieformulieren.¹⁰⁷

Iedere medewerker wordt gestimuleerd om aan een intervisiegroep deel te nemen¹⁰⁶, waarbij in overleg met de medewerker wordt vastgesteld welke deskundigheid hij nodig heeft.¹⁰⁷ Een intervisiegroep kan een planning maken met afspraken over frequentie, duur of wie wanneer aan de beurt is.^{106,107} Er kan een termijn gesteld zijn aan het bestaan van intervisiegroepen (bijvoorbeeld een jaar)¹⁰⁷, maar dit kan ook open gelaten worden.¹⁰⁶

4.3.5 *Betrokkenen*

De intervisie is voor therapeuten (psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen). Ze kan plaatsvinden in monodisciplinaire groepen van gedragstherapeuten, systeemtherapeuten, inzichtgevende en groepstherapeuten¹⁰⁵, maar er kunnen ook multidisciplinaire teamintervisie zijn of groepen rond een bepaald thema (crisishulpverlening, ouderen).¹⁰⁶ De intervisie vindt instellingsbreed^{105,106}, maar ook instellingsoverschrijdend¹⁰⁷ plaats.

De verantwoordelijkheid voor intervisies is onvolledig geregeld. Bij twee instellingen ligt de verantwoordelijkheid voor het instellen van de groepen bij het management^{105,107}, bij één instelling is niemand verantwoordelijk.¹⁰⁶ De verantwoordelijkheid voor het op peil houden en evalueren is nergens expliciet en formeel vastgesteld. Zoals een van de respondenten het zegt: 'Er is niemand die zorgt dat de intervisie op het goede spoor blijft.'

De intervisiegroepen komen eenmaal per 14 dagen of per maand 1 tot 1½ uur bij elkaar.^{105,106} Intervisie is bij twee instellingen drie tot vier jaar op een gestructureerde manier in gebruik.^{105,107} Het is door twee instellingen zelf ontwikkeld, al dan niet mede op basis van literatuur^{105,107}. Eén instelling heeft het instrument overgenomen uit de vrouwenhulpverlening.¹⁰⁶

Intervisie is een instrument met een brede reikwijdte^{105,106,107}: 'Overall waar met mensen gewerkt wordt is het toe te passen'. Iedere therapeut zou intervisie moeten krijgen, vindt een respondent.¹⁰⁵

4.3.6 *Uniforme toepassing*

Er is wel een uniforme opzet waarin onder andere frequentie, doel, vorm en plaats zijn vastgelegd.^{105,106,107} De deelnemers ontvangen hier ook informatie over, maar elke groep geeft daar zijn eigen interpretatie en invulling aan.¹⁰⁵ Ook komt het voor dat van de doelstelling wordt afgeweken en dat bijvoor-

beeld zaken over het team of de organisatie worden besproken.¹⁰⁶ ‘Het vergt de nodige discipline om intervisie niet te gebruiken voor andere zaken.’, zegt een geïnterviewde. Een andere instelling meldt dat medewerkers niet altijd aan een groep deelnemen, omdat ze een andere opleiding volgen of omdat een groep niet van de grond komt.¹⁰⁷

Eén instelling heeft de intervisie één keer geëvalueerd met een vragenlijst en bespreking daarna in het team (een tweede keer is gepland). Gebleken is dat de medewerkers positief zijn over het feit dat intervisie op een gestructureerde manier wordt uitgevoerd en dat de groepen uniform functioneren in regelmaat en doel.¹⁰⁵ In een instelling is een korte evaluatie geweest onder voorzitters van intervisiegroepen. Hieruit kwamen positieve geluiden.¹⁰⁷ Verder is niet duidelijk hoe en hoe regelmatig intervisie wordt toegepast.^{106,107}

4.3.7 Effectiviteit

Doelbereik

Er bestaat weinig op feiten gebaseerd zicht op de effectiviteit van intervisie. In één instelling is de effectiviteit geëvalueerd; het doel van het toetsen van eigen handelen aan dat van collega's en kwaliteitsverbetering bleek bereikt.¹⁰⁵ Een positief effect is ook dat afdelingen elk jaar gedwongen worden om na te gaan wat de afdeling nodig heeft (als team en individueel).¹⁰⁷

Verder baseert men zich op indrukken van effecten. Die indrukken zijn positief: medewerkers voelen zich gesteund en gehoord door intervisie. Bovendien ontwikkelen zij nieuwe ideeën, leren ze omgaan met zaken waarmee ze voorheen vastliepen en draagt het bij aan professionaliteit.^{105,106,107} Dit werkt positief uit op de kwaliteit van zorg.^{105,106,107} Ook worden zaken bespreekbaar gemaakt. Persoonlijke zaken die slecht aan bod kwamen in het behandelteam kunnen in de intervisie rustig besproken worden.¹⁰⁶ ‘Het heeft een algemene waarde om naar het eigen functioneren te kijken en te reflecteren.’, vindt een respondent. Voor dit doel werkt intervisie beter dan symposia.¹⁰⁷

De baten zijn groter dan de kosten.^{105,106,107}

Andere effecten

De sfeer in een team verbetert als een team gezamenlijk intervisie doet.¹⁰⁶ Anderzijds, door het met medewerkers van andere teams te doen leert men elkaar kennen en dit werkt drempelverlagend voor contacten.¹⁰⁷ Verder werkt de intervisie scholend, ook als een deelnemer niet centraal staat in een bijeenkomst.¹⁰⁶ Intervisie heeft wel het risico dat mogelijk persoonlijke zaken en belangen gaan spelen.^{105,107}

Waardering

Het management waardeert intervisie positief, ook al wordt soms de druk van buitenaf ervaren: de instelling moet per se intervisie hebben.^{105,106,107} Medewerkers waarderen intervisie positief tot heel positief.^{105,106,107}

Cliënten zijn niet betrokken.^{105,107,107} Soms wordt wel met de cliënt besproken dat bepaalde problemen in de intervisiegroep aan de orde gesteld worden.¹⁰⁵

4.3.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Hoewel sommige groepen niet van de grond komen vanwege onvoldoende deelnemers, loopt de implementatie van intervisie in het algemeen goed.^{105,107}

In één instelling wordt aangesloten bij de behoeften van medewerkers: als behoefte bestaat aan een intervisiegroep over een bepaald thema (bijvoorbeeld ouderen of voor een bepaalde discipline) en het management kan zich hierin vinden, dan wordt een dergelijke groep gestart.¹⁰⁶

De volgende factoren werken bevorderend.

- vaak evalueren, feedback krijgen over of individuele doelen gehaald worden (bijvoorbeeld in functioneringsgesprekken)^{105,107}
- doelen operationaliseren¹⁰⁷
- het kiezen van een duidelijke gespreksmethode, waarmee bewaakt wordt dat de intervisie ook zuivere intervisie blijft¹⁰⁷
- teamintervisie is af te raden vanwege de verhoudingen in een team¹⁰⁷
- samenwerking met andere groepen zoeken als een groep niet optimaal functioneert, dat wil zeggen geen *eye openers* geeft, ook al brengt dit meer reiskosten met zich mee¹⁰⁵
- de intervisie onderdeel maken van het instellingsbeleid.¹⁰⁶

Een belemmerende factor is het tijdgebrek bij medewerkers.¹⁰⁷

Vereiste inzet

Intervisie valt binnen de reguliere werktijd en kost (enige) reiskosten en tijd, die neerkomt op ongeveer achtmaal een uur op jaarbasis per intervisiegroep.^{105,106} De voorbereiding kost iemand een half uur. Dit komt neer op vier uur op jaarbasis.¹⁰⁶ Een derde instelling gaat uit van een tijdsbesteding van 4% van het totaal aantal bruto-arbeidsuren voor alle vormen van deskundigheidsbevordering en scholing (inclusief intervisie).¹⁰⁷

Inbedding

De inbedding verschilt. In één instelling is de intervisie ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling; in een andere is de intervisie ingebed in een deelsysteem van plannen, uitvoeren en evalueren, en in weer een andere staat de intervisie los van het kwaliteitsbeleid en is er evenmin een deelsysteem.

4.3.9 *Samenvatting en conclusie*

In intervisie bespreken therapeuten aan de hand van casussen het eigen functioneren en toetsen ze het eigen handelen aan dat van collega's. De deelnemers voelen zich hierdoor gesteund en gehoord. Ze leren omgaan met zaken waarmee ze voorheen vastliepen en ontwikkelen nieuwe ideeën. De indruk bestaat dat dit leidt tot betere kwaliteit van zorg en meer professionaliteit. Management en medewerkers waarderen intervisie positief. Cliënten zijn er niet bij betrokken.

De werkwijze van de intervisiegroepen varieert, maar frequentie, doel, vorm en plaats zijn vastgelegd. Intervisie is breed toepasbaar, overal waar met mensen wordt gewerkt. Bij de implementatie doen zich in het algemeen geen grote problemen voor, ook al speelt bij medewerkers wel tijdgebrek.

De verantwoordelijkheid voor de intervisie is onduidelijk geregeld. Doelen zijn onvoldoende geoperationaliseerd en evaluaties vinden niet altijd systematisch plaats. Hierdoor bestaat het risico dat oneigenlijke onderwerpen aan de orde komen en dat persoonlijke zaken en belangen mee gaan spelen. Ook bestaat hierdoor weinig zicht op de effecten en de aanpak van de groepen.

Sterke kanten

- Er is positieve waardering door deelnemers; zij voelen zich gesteund en gehoord.
- Het kan bijdrage leveren aan meer professioneel handelen en betere kwaliteit van zorg.
- Implementatie verloopt in het algemeen zonder problemen.
- Het is breed toepasbaar.

Zwakke kanten

- Een kader ontbreekt. Verantwoordelijkheden zijn niet geregeld, doelen zijn niet geoperationaliseerd, de gespreksmethode ligt niet vast.
- Er is een risico dat afgedwaald wordt van de doelstelling.
- Er is een risico dat persoonlijke zaken en belangen gaan spelen.
- Systematische evaluaties ontbreken.
- Het vraagt tijdsinvestering van medewerkers.

Aanbevelingen

- Leg de doelstellingen en verantwoordelijkheden voor de groepen en voor evaluaties helder en formeel vast, zodat ervoor gewaakt wordt dat de intervisie op het goede spoor blijft.
- Kies met het oog hierop ook een bepaalde gespreksmethode.

- Evalueer ook of individuele doelen gehaald worden. Als een groep niet goed draait of niet van de grond komt, zoek dan naar samenwerking met andere groepen.
- Geef intervisie een plaats in het instellingsbeleid en maak er tijd voor vrij.

5 Management van processen op het niveau van afdeling/programma

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen instrumenten aan bod die ingezet kunnen worden voor het kwaliteitsbeleid in een programma of afdeling. Als normerende instrumenten worden de kwaliteitswerkplannen en productprofielen besproken. Als toetsende instrumenten komen het dossieronderzoek en de intercollegiale toetsing aan de orde. Tenslotte wordt aandacht besteed aan verbeterprojecten.

5.2 Productprofiel

5.2.1 Definitie

Een beschrijving van een zorgaanbod met inbegrip van de kenmerken waaraan het zorgaanbod voldoet en de doelgroep waarvoor het zorgaanbod is bestemd.

5.2.2 Geïnterviewden

- 1 instelling verslavingszorg¹⁸ (1 manager)
- RIBW¹⁹ (1 manager, 1 stafmedewerker)

5.2.3 Doelstellingen

De productprofielen worden opgesteld om de volgende redenen.

- helder krijgen wat het zorgaanbod is van de instelling^{18,19}
- verwijzers en het management van instellingen waarmee men samenwerkt informeren¹⁹
- medewerkers bewust maken van het product dat geleverd wordt en hun eigen deskundigheid¹⁹
- als uitgangspunt dienen voor het herontwerp van het zorgaanbod¹⁸

Voor beide instellingen worden de profielen opgesteld om de transparantie te verhogen.^{18,19} In de instelling waar de productprofielen een basis zijn voor het herontwerp van de zorgprocessen moet het uiteindelijk bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg in alle te onderscheiden aspecten: doel-

treffendheid, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, zorg op maat en transparantie.¹⁸

5.2.4 *Inhoud*

Eén instelling heeft één productprofiel waarin voor een aantal levensgebieden (zoals wonen, zelfzorg, psychisch functioneren, lichamelijk functioneren) beschreven wordt welke zorg daarvoor geboden wordt. Ook wordt beschreven welke zorg er is in het kader van voorlichting, intake en indicatiestelling, wachtlijstbegeleiding, plaatsing en diagnostiek.¹⁹

De andere instelling heeft een grotere heterogeniteit aan zorgaanbod en heeft daarom meerdere profielen opgesteld. Per zorgonderdeel wordt een aantal kenmerken beschreven zoals doelgroep, doelen, contra-indicaties, instroomcriteria, duur.¹⁸ De profielen beschrijven de zorgprocessen zoals die er idealiter uit moeten zijn. Daartoe wordt eerst een beschrijving gemaakt van het bestaande zorgaanbod en de processen die daarbij doorlopen worden. Deze beschrijving wordt vervolgens kritisch bekeken. Zo kan bijvoorbeeld bekeken worden in hoeverre protocollen en richtlijnen gebruikt worden en welke kwaliteitscriteria gehanteerd worden. Ook wordt nagegaan of er onderdelen in het zorgaanbod ontbreken of juist overbodig zijn. Dit is de basis voor het herontwerp van het zorgproces.¹⁸

5.2.5 *Betrokkenen*

De productprofielen zijn geschreven door een afdelingshoofd en een kwaliteitsfunctionaris¹⁹ en door de medewerkers.¹⁸ Bij beide instellingen is de cliëntenraad erbij betrokken: bij het opstellen van het werkplan¹⁸ en voor de beoordeling van het concept van het productprofiel.¹⁹

In de instelling waar één profiel is opgesteld, wordt sinds 1998 met dit profiel gewerkt.¹⁹ In de instelling waar meerdere profielen worden opgesteld voor de verschillende zorgonderdelen zijn ze er voorjaar 1999 mee gestart. De procedure is hier nog niet afgerond.

5.2.6 *Uniforme toepassing*

In de instelling waar het profiel al is opgesteld werd gewerkt met een vooraf vastgestelde werkwijze.¹⁹ Dit werkte prettig en in geval het profiel in de toekomst aangepast moet worden zal dezelfde procedure doorlopen worden.¹⁹

Ook in de instelling waar ze nog bezig zijn met het opstellen van profielen ligt de werkwijze vast.¹⁸ Hoewel er dus de intentie is dat alle profielen volgens

eenzelfde systematiek worden opgesteld is men nog niet zo ver dat de profielen volledig en vergelijkbaar zijn.¹⁸

Op dit moment hebben nog geen systematische evaluaties plaatsgevonden van de productprofielen. In de instelling waar men bezig is met het herontwerp van de zorgprocessen is nog niet gesproken over de wijze waarop de profielen in de toekomst getoetst en verbeterd gaan worden. Tot nu toe zijn de profielen incidenteel geëvalueerd door gesprekken met medewerkers en teams, inventarisatie en evaluatie van processen, kwaliteitscriteria en richtlijnen, gesprekken met de cliënten(raad) en het nagaan van vragen bij verwijzers.

5.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Transparantie is een doel dat gehaald wordt: er zijn systematische beschrijvingen van het zorgaanbod.^{18,19}

Het informeren van verwijzers is gedaan door de profielen breed te verspreiden. Uit het gedaalde aantal vragen dat gesteld wordt door verwijzers wordt afgeleid dat zij beter geïnformeerd zijn over het zorgaanbod van de instelling.¹⁹ De profielen worden (nog) niet gebruikt om het management van instellingen waarmee samengewerkt wordt te informeren.¹⁹

Een productprofiel wordt een goed instrument gevonden om medewerkers, en zeker de nieuwe medewerkers, een helderder beeld te geven van wat er gedaan wordt en de variatie die mogelijk is. Dit doel wordt echter alleen bereikt als de afdelingshoofden er in hun afdeling ook daadwerkelijk iets mee doen.¹⁹

Of de productprofielen ook een goede basis zijn voor het herontwerp van processen is bij de onderzochte instelling nog niet bekend omdat men zich nog niet in die fase bevindt.¹⁸

Andere effecten

Als positieve effecten worden genoemd: het geeft feedback aan de medewerkers over het eigen productaanbod¹⁸; op centraal niveau worden zaken helderder^{18,19}; medewerkers vinden het prettig om te praten over visie, methodieken, werkwijzen en leuk om te horen hoe het elders gaat^{18,19}; het nodigt uit tot herbezinning¹⁸; voor cliënten is duidelijk welk aanbod men kan verwachten.¹⁹

Opgemerkt wordt dat de zorg zoals beschreven in een productprofiel door anderen (cliënten, zorgverzekeraars of andere instellingen) gezien kan worden als een recht. Daardoor kan het zijn dat anderen bepaalde aanspraken gaan

maken en de instelling een plicht tot leveren heeft, terwijl er onvoldoende middelen voor zijn.¹⁹

Waardering

Zowel management, als medewerkers en cliëntenraden hechten veel waarde aan het opstellen van productprofielen^{18,19}, al is het opstellen van dergelijke profielen voor een deel van de medewerkers toch ook een ‘ver-van-mijn-bed-show’.¹⁸ Voor de medewerkers zijn voorlichtingsbijeenkomsten gehouden en zij kunnen deelnemen aan een werkgroep die zich bezighoudt met de profielen en het herontwerp van processen.¹⁸ Voor de geïnterviewden van beide instellingen is het onbekend hoe cliënten aankijken tegen de profielen.^{18,19}

5.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Het opstellen van productprofielen vereist een betrokkenheid van de medewerkers. Bevorderend werken een goede communicatie¹⁸; een voortdurend benadrukken van het belang van dergelijke profielen¹⁸; en een methodiek in de vorm van een spel om het profiel te bespreken met de medewerkers.¹⁹ Blemmerend werken de vereiste tijd voor het maken van de profielen¹⁸; de mate waarin medewerkers afstand kunnen nemen van hun dagelijkse praktijk¹⁸; geringe betrokkenheid van medewerkers.¹⁹

Vereiste inzet

Het opstellen van een productprofiel kost ongeveer 12 tot 16 dagdelen.¹⁹ De materiële kosten zijn nihil.^{18,19}

Inbedding

Daar waar het profiel basis is voor herontwerp van processen wordt ernaar gestreefd aan te sluiten bij de missie, doelen en visie van de instelling. Het is de bedoeling dat de productprofielen regelmatig geëvalueerd gaan worden.¹⁸ In de andere instelling is het niet ingebed in een systeem.¹⁹

5.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Een productprofiel is een beschrijving van een zorgaanbod met inbegrip van de kenmerken waaraan het aanbod voldoet en de doelgroep waarvoor het is bestemd. De twee onderzochte productprofielen laten zien dat profielen verschillende doelen kunnen hebben. In de ene instelling wordt het primair gebruikt om anderen te informeren (extern gericht). In de andere instelling is het ontwikkelen van productprofielen bedoeld als middel voor het herontwerp van de zorgprocessen (intern gericht). Deze verschillende doelstellingen komen terug in de inhoud van de profielen. Daar waar het wenselijk is anderen te informeren heeft het profiel een beschrijving van het zorgaanbod in termen van wat voor zorg(producten) verwacht kunnen worden. De profielen in de andere instelling bestaan vooral uit procesbeschrijvingen en kwaliteitscriteria waaraan het proces getoetst kan worden.

Geïnterviewden zijn unaniem van mening dat productprofielen bijdragen aan de transparantie van de zorg. Of anderen daadwerkelijk een beter inzicht krijgen in het product hangt echter af van het vervolgtraject: wat wordt er gedaan met het profiel? Verdwijnt het in een archief of handboek of gaat het actief gebruikt worden.

Sterke kanten

- Het is een geschikt instrument om het zorgaanbod transparant te maken.
- Het kan gebruikt worden voor een bezinning op en aanpassing van het zorgaanbod, waardoor de kwaliteit van de zorg verhoogd kan worden.

Zwakke kant

- Nut is niet altijd duidelijk voor medewerkers.

Aanbeveling

- Medewerkers betrekken bij het formuleren van de profielen.

5.3 *Kwaliteitswerkplan*

5.3.1 *Definitie*

Een nadere uitwerking van het kwaliteitsplan van de instelling op afdelings- of programmaniveau in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren. Het werkplan beschrijft de uitgangspunten, doelen, doelgroepen, het aanbod, een plan van aanpak en een tijdpad.

5.3.2 *Geïnterviewden*

- 1 RIAGG²⁴ (1 manager)
- 2 geïntegreerde voorzieningen^{21,27} (3 personen uit het management, 1 medewerker)

5.3.3 *Doelstellingen*

Het kwaliteitswerkplan heeft de volgende doelen.

- richting geven aan de activiteiten die de afdeling het komende jaar moet uitvoeren²⁴
- door vergelijking met eerdere toetsing nagaan of er sprake is van kwaliteitsverbetering of -vermindering²⁷
- kwaliteitslacunes wegwerken en de verpleegkundige zorg verbeteren²⁷
- een cyclisch kwaliteitssysteem – normeren en toetsen – ontwikkelen overeenkomstig wetgeving²¹
- de kwaliteit van het primaire proces inzichtelijk maken²¹
- de directie een instrument geven om de afdelingshoofden te toetsen²⁴

Het kwaliteitswerkplan is gericht op de kwaliteitsaspecten transparantie^{21,24}, doelmatigheid^{21,24}, doeltreffendheid^{27,21}, cliëntgerichtheid en zorg op maat.²⁷

5.3.4 *Inhoud*

Het afdelingswerkplan van één instelling beschrijft de speerpunten die het komende jaar worden uitgevoerd.²⁴ Bij een andere afdeling is het werkplan – tot 1996 – gekoppeld aan een meetinstrument voor verschillende aspecten van de verpleegkundige zorg.²⁷ Dit werkplan beschrijft een plan van aanpak op basis van de meetresultaten. Na een jaar worden de resultaten weer getoetst door gesprekken met cliënten, dossieronderzoek en observaties. Het werkplan van de derde afdeling beschrijft een kwaliteitssysteem voor het

zorgproces.²¹ Bij elk zorgonderdeel staan kwaliteitseisen vermeld waaraan het onderdeel moet voldoen en verbeteracties om de eisen te realiseren.

5.3.5 *Betrokkenen*

De leidinggevendenden van de drie betrokken afdelingen zijn verantwoordelijk voor het werkplan dat volgens een bepaalde, maar voor elke in het onderzoek betrokken afdeling weer andere, systematiek is opgesteld. Op één afdeling is ook de kwaliteitsfunctionaris voor het werkplan verantwoordelijk.²⁷ Van één afdeling is duidelijk dat de cliëntenraad over het werkplan is geïnformeerd.²⁴ Bij een andere afdeling zijn cliënten bij het werkplan betrokken in de zin dat een kwaliteitsbeoordeling door cliënten de input voor het plan is.²⁷ Bij de uitvoering van het plan zijn medewerkers betrokken.²⁷

Het werkplan wordt sinds 1995 jaarlijks of per kwartaal gebruikt.^{21,24} De afdeling waar al sinds 1991 met een kwaliteitswerkplan gewerkt werd, heeft dit de laatste twee jaar niet meer gedaan vanwege de tijdinvestering die het (plan en de meting) vraagt en het gebrek aan ondersteuning.²⁷

De opzet van het werkplan heeft men zelfontwikkeld²⁴, of deels overgenomen van een andere instelling of ontleend aan een bestaande methode.^{21,27}

5.3.6 *Uniforme toepassing*

Het stramien voor de opzet van het werkplan voor de afdelingen is in alle drie de instellingen duidelijk.^{21,24,27} Er wordt naar gestreefd dat de afdelingen dit stramien ook volgen. Dit wordt getoetst door evaluaties op de afdeling jaarlijks of per kwartaal, gesprekken met cliënten, dossieronderzoek en observaties. Van één instelling is duidelijk dat nog niet alle afdelingen het stramien volgen.²¹ In één instelling zijn ze in 1996 afgestapt van de tot dan toe gehanteerde koppeling van het werkplan aan het meten van de kwaliteit (zie ook onder implementatie en vereiste inzet).

De uniforme opzet van het werkplan is volgens de afdelingen goed door andere instellingen in de sector te gebruiken.

5.3.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Sommige doelen die de afdelingen met het werkplan voor ogen hadden zijn bereikt, zoals transparantie, inzicht in de zorgprocessen.^{21,24} Het werkplan is een goed instrument dat richting geeft aan verbeteracties. In één afdeling

krijgt men er door de regelmatige evaluaties per kwartaal goed zicht op, hoe ver men is met het bereiken van de gestelde doelen en of men op de goede weg is.²⁴ Op een andere afdeling is het cyclisch werken nog niet systematisch ingevoerd. Hierbij wordt – het werkplan volgend – getoetst of het zorgproces aan de gestelde eisen voldoet.²¹ Dat er sprake is van kwaliteitsverbetering – meer doelmatigheid en doeltreffendheid – is nog vooral gebaseerd op indrukken.^{21,27} Ook al wordt het werkplan gebaseerd op uitkomsten van metingen, het blijft moeilijk om aspecten van zorg te meten en juist te interpreteren.²⁷

Andere effecten

Het werken met het kwaliteitsplan heeft verder als effect dat aan medewerkers getoond wordt hoe cyclisch werken aan de hand van het plan in zijn werk gaat^{21,24}, het is een instrument dat medewerkers motiveert.²⁷ Zij praten anders over een cliënt dan voorheen: ‘wat is je plan met je cliënt?’, ‘Is er vooruitgang?’ in plaats van in het algemeen: ‘Hoe gaat het met je cliënt?’ Kwaliteit is onderwerp van discussie tussen medewerkers.²¹ Door de kwaliteitsmetingen kunnen afdelingen zich beter verantwoorden tegenover het management; verwachtingen worden minder hoog en doelen worden steeds concreter gesteld.²⁷

Waardering

Het management en de medewerkers ervaren het werken met het plan als prettig.^{21,24} Het management krijgt door het werkplan helderheid over de doelen en hoe deze te bereiken; het geeft medewerkers duidelijkheid en samenhang²¹, zij zijn betrokken bij de evaluaties per kwartaal en dit geeft hun heldere informatie over waar zij staan.²⁴ Het management van één afdeling stond er in het begin positief tegenover, later echter niet meer; voor de medewerkers van deze afdeling geldt het tegenovergestelde. Zij waren aanvankelijk sceptisch en werden gaandeweg enthousiaster om aan lacunes te gaan werken.²⁷

5.3.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Het realiseren van het werkplan wordt bevorderd door het geen papieren document te laten zijn. Dat kan worden bereikt door het werkplan te gebruiken als feedbackinstrument.²⁴ Zet het werkplan regelmatig op de agenda om te beoordelen of de doelen zijn bereikt. Ook is het belangrijk dat er over de verbeterpunten die in het werkplan zijn opgenomen overleg is gevoerd met de werkvloer; bij nieuwe medewerkers moet het plan worden geïntroduceerd.²¹

De doelen en verbeteracties in het plan moeten verder concreet en te overzien zijn en aansluiten bij de actualiteit en de behoefte.²⁷ Ook moet het management erachter staan en moeten de verantwoordelijkheden helder zijn.²⁷

Twee van de drie afdelingen noemen ook factoren die het systematisch werken volgens een werkplan belemmeren.^{21,27} Beide afdelingen wijzen erop dat dit door reorganisatie en fusie op de achtergrond raakt. Wat ook wordt gemist is een managementinformatiesysteem, meer betrokkenheid van cliënten²¹, meer ondersteuning en in het bijzonder coaching bij de interpretatie van meetresultaten²⁷, en de mogelijkheid om er meer tijd in te investeren.^{21, 27}

Vereiste inzet

Eén van de drie afdelingen vindt het opzetten en toepassen van het werkplan een grote investering van tijd en inzet.²⁷ Bij deze afdeling zijn er ook kosten mee gemoeid in de vorm van training, dataverwerking en rapportage.

Inbedding

Het kwaliteitwerkplan is in twee afdelingen een onderdeel van een cyclisch proces van plannen, uitvoeren, evalueren en verbeteren.^{24,27} Ook is het werkplan ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling in zijn totaliteit; het is een vertaling voor de afdeling. In een andere afdeling blijkt het moeilijk om het werkplan in te bedden in de organisatie en het consequent deel te laten zijn van een cyclische werkwijze.²¹

5.3.9 *Samenvatting en conclusie*

Het kwaliteitswerkplan op het niveau van de afdeling geeft een nadere uitwerking van het kwaliteitsplan van de instelling in concrete maatregelen en activiteiten. Het blijkt over het algemeen een goed instrument om richting te geven aan acties om de kwaliteit van het zorgproces transparant te maken en te verbeteren. Het werkplan is hiermee de eerste stap in een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering. Dat er sprake is van kwaliteitsverbetering – meer transparantie, doelmatigheid en effectiviteit – is echter meestal nog op indrukken gebaseerd. Gemist wordt een adequaat managementinformatiesysteem en als er wel meetinstrumenten gebruikt worden, valt het niet mee om de resultaten te interpreteren en vraagt het een grote tijdsinvestering.

Over het algemeen zijn zowel het management als de medewerkers positief over het werkplan. Het illustreert hoe er cyclisch mee wordt gewerkt, ook al lukt dat niet altijd even goed, en het draagt bij aan het kwaliteitsbewustzijn van medewerkers. Alle afdelingen vinden dat het stramien dat zij voor de opzet van het werkplan gebruiken buiten hun instelling breed toepasbaar.

Sterke kanten

- Het geeft richting aan verbeteracties.
- De uitvoering van het werkplan geeft zicht op de resultaten, het fungeert als feedbackinstrument.
- Het betreft medewerkers bij de kwaliteit van zorg en motiveert hen.

Zwakke kanten

- Consequente toetsing en evaluatie is lastig als een passend managementinformatiesysteem ontbreekt, of een ander meetinstrument waarvan de uitkomsten eenduidig te interpreteren zijn.
- Het vraagt tijd van management en medewerkers.

Aanbevelingen

- Houd het werkplan en de hierin gestelde doelen en acties levend door er vooraf over te overleggen met de werkvloer en de cliënten(raad) en door het regelmatig op de uitvoering te evalueren (feedbackfunctie).
- Koppel het werkplan – met het oog op toetsing – aan het managementinformatiesysteem en/of een eenvoudig instrumentarium en zorg voor ondersteuning voor analyse en rapportage van gegevens.
- Stel concrete doelen die aansluiten bij wat medewerkers (en cliënten) belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg.

5.4 Dossieronderzoek

5.4.1 Definitie

Bij dossieronderzoek wordt informatie uit dossiers gehaald om de verleende zorg te evalueren. Er is ook sprake van dossieronderzoek als in de dossiers nagegaan wordt hoe dossiers aangelegd worden en welke informatie in de dossiers wordt opgenomen.

5.4.2 Geïnterviewden

Er zijn vier interviews gehouden over dossieronderzoek. In drie instellingen is in het verleden meerdere keren een dergelijk onderzoek uitgevoerd.^{31,33,34} In één instelling is het onderdeel van een traject waarin de dossiervoering meer uniform moet gaan verlopen. Het dossieronderzoek wordt in de toekomst gebruikt als evaluatie-instrument.³² Er is dus nog geen ervaring met een dergelijk onderzoek.

- RIAGG's^{32,33} (2 managers)
- geïntegreerde instellingen^{31,34} (1 manager, 1 stafmedewerker)

5.4.3 Doelstellingen

Dossieronderzoek wordt gedaan om inzicht te verkrijgen in het volgende.

- Voldoet de dossiervorming van de medewerkers aan de gestelde kwaliteitscriteria?^{31,33}
- Verloopt het hulpverleningsproces en de dossiervoering uniform?³²
- Verloopt het hulpverleningsproces volgens de gestelde criteria?^{32,34}
- Wat zijn de sterke en zwakke kanten van (een deel van) het hulpverleningsproces?³³

De te verbeteren kwaliteitsaspecten zijn de cliëntgerichtheid^{31,32,34}, de transparantie^{31,32,33}, doelmatigheid^{32,33,24}, doeltreffendheid³⁴ en de afstemming van het aanbod op de vraag.³²

5.4.4 Inhoud

In geval van een toetsing aan gestelde criteria is door direct betrokkenen een lijst met meetbare punten opgesteld. Daarna is nagegaan of de dossiers voldeden aan deze punten, waarna de resultaten in het team besproken zijn.^{31,34} In een enkel geval worden van te voren streefcijfers³⁴ of normen³² geformuleerd.

Normen zeggen iets over de minimale grens die nog acceptabel geacht wordt. Bijvoorbeeld 75% van de cliënten is tevreden over het behandelresultaat. Streefcijfers geven de ideale waarde aan.

In een andere instelling werden 13 kwaliteitscriteria voor dossiervorming uit de literatuur en wetgeving gedestilleerd waaraan de dossiers getoetst werden.³³

Dossieronderzoek wordt incidenteel gedaan³⁴ of volgens een vast patroon herhaald.^{31,33}

5.4.5 *Betrokkenen*

Het dossieronderzoek werd op een onderdeel of per afdeling³¹ of instellingsbreed uitgevoerd met een steekproef van dossiers.^{33,34} Een enkele instelling geeft aan dat de cliënten geïnformeerd waren over het onderzoek.³¹

5.4.6 *Uniforme toepassing*

De kwaliteit van het dossieronderzoek kan onderzocht worden door na te gaan of verschillende onderzoekers tot eenzelfde oordeel over een bepaald dossier komen. Ook kunnen uitkomsten vergeleken worden met interinstitutionele toetsing, met ervaringen van cliënten en met het oordeel van de Inspectie over de dossiers. In twee interviews wordt gezegd dat uniforme toepassing nagestreefd wordt door de beoordelingsprocedure schriftelijk vast te leggen.^{31,33} In één instelling ligt de procedure niet vast en beslissen afdelingshoofden hoe het onderzoek gedaan wordt.³⁴ Onderzoek naar de kwaliteit van de beoordelingen is in geen enkele instelling gedaan.^{31,33,34}

5.4.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Bij de drie instellingen waar ervaring is met dossieronderzoek is men unaniem van mening dat de gestelde doelen bereikt zijn.^{31,33,34} Het eerste doel was nagaan of de dossiervorming aan de gestelde criteria voldeed. De instellingen met dit doel hebben meerdere malen een dossieronderzoek uitgevoerd, waarbij in de tussenliggende periode gewerkt werd aan verbetering van de dossiervoering. Geconstateerd kon worden dat dossiers vaker voldeden aan de gestelde kwaliteitscriteria van dossiervorming.^{31,33} Andere manieren waarop de kwaliteit de dossiers onderzocht werd, zijn beoordelingen door derden (interinstitutionele toetsing, Inspectie voor de gezondheidszorg, cliënten).³¹ Ook hieruit bleek een verbetering van de dossiervorming. In één instelling werd de

effectiviteit van dossieronderzoek afgeleid uit het aantal verbeterprojecten dat naar aanleiding van de resultaten werd gestart.³⁴

Andere effecten

Het dossieronderzoek heeft een positief effect op de motivatie van medewerkers. De resultaten geven richting aan wat verbeterd zou moeten worden en zijn een houvast om elkaar aan te spreken.³¹ Ook wordt opgemerkt dat de resultaten voor het management een houvast zijn tot sturen.³¹

Door het dossieronderzoek leren medewerkers beter formuleren en dossiers aanleggen, ook als dossierverbetering niet het doel is van het onderzoek.^{33,34} Als bijvoorbeeld dossieronderzoek gedaan is naar de doelen van de hulpverlening is het effect dat de doelformulering verbetert. Dossieronderzoek kan ook als gevolg hebben dat een duidelijker beeld verkregen wordt van hoe een dossier eruit hoort te zien.

Als bijkomend effect van dossieronderzoek wordt vermeld dat als medewerkers weten dat er een onderzoek komt, zij snel hun dossiers gaan bijwerken.³³

Waardering

Bij de drie instellingen waar ervaring is met dossieronderzoek wordt dit instrument door het management als positief^{31,34} tot zeer positief³³ gewaardeerd. Ook het personeel staat er positief tegenover.^{31,33,34} Medewerkers staan open voor het bespreken van de resultaten.³⁴ Cliënten zijn er doorgaans niet bij betrokken.^{33,34}

5.4.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Dossieronderzoek moet onderdeel zijn van een veranderproces en stelt hoge eisen aan het draagvlak bij medewerkers. Dossieronderzoek wordt vergemakkelijkt als het ingebed is in het kwaliteitsbeleid van de instelling³³ en het structureel, dus bij herhaling, uitgevoerd wordt.^{31,33,34} Alle verantwoordelijken in de instelling moeten erachter staan.³¹ Daarnaast is brede steun van de medewerkers belangrijk.^{31,32} Opgemerkt wordt dat medewerkers er in een vroeg stadium bij betrokken moeten worden.³¹ Het draagvlak kan breder worden door medewerkers te vragen aan te geven wat hun streefcijfer zou zijn en wat zij verwachten dat er uit het onderzoek komt.³⁴ Ook kan men afdelingen zelf laten kiezen wat de onderwerpen van het dossieronderzoek zijn (bijvoorbeeld intake, behandeldoelen).³⁴ Dergelijke afdelingsspecifieke onderwerpen zijn een aanvulling op de onderwerpen die instellingsbreed onderzocht worden.

Hierbij wordt opgemerkt dat men er waakzaam op moet zijn dat er niet te veel tegelijk onderzocht wordt.³⁴

Ten slotte is de wijze waarop men naar het dossieronderzoek kijkt (en hoe het gepresenteerd wordt) een belangrijke factor. Het moet niet gezien worden als een (eind)oordeel of een beoordeling. Het accent moet liggen op de toekomst en verbeteren.³²

Factoren die het uitvoeren van een dossieronderzoek bemoeilijken, zijn onvoldoende knowhow over het voeren van een kwaliteitsbeleid³¹, de tijdsinvestering³¹, en ongestructureerde dossiers.³⁴

Vereiste inzet

Gegevens over de vereiste inzet zijn er van twee instellingen. In één instelling, waar elke drie maanden een steekproef van 40 dossiers onderzocht wordt, wordt de benodigde tijdsinvestering geschat op 3 uur per kwartaal.³³ In de andere instelling, waar eenmalig 200 dossiers zijn geanalyseerd, was de tijdsinvestering negen tot tien dagen.³⁴ De materiële kosten zijn nihil.^{33,34}

Inbedding

Als het dossieronderzoek onderdeel is van een verbetercyclus, is er sprake van een deelsysteem. Dat is meestal zo^{31,32,33}, maar niet overal.³⁴

5.4.9 *Samenvatting en conclusie*

Dossieronderzoek kan enerzijds ten dienste staan van de dossiervorming op zich en anderzijds kan het dienen ter evaluatie van de kwaliteit van de gebo- den zorg. Voor het verbeteren van de dossiervorming wordt het als een effec- tief middel ervaren omdat het duidelijk maakt waar verbeterpunten liggen en het bewust maakt van wat de inhoud moet zijn van een dossier.

Ook vindt men dat dossieronderzoek een waardevol instrument om na te gaan of de zorg aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoet. De ervaring is dat het bijdraagt aan de transparantie, cliëntgerichtheid en doelmatigheid van de zorg.

De mogelijkheden van dossieronderzoek worden dus overwegend als posi- tief ervaren. Maar er moet een bepaalde systematiek in dossiervorming zijn, anders kost het relatief veel tijd en dreigt de kosten-batenbalans om te slaan. Automatisering van dossiers vergemakkelijkt het dossieronderzoek.

In de dossiers ligt de verslaglegging van het individuele primaire proces. Onderzoek van deze dossiers draagt ertoe bij dat het primaire proces beschre- ven wordt, dit gestructureerd wordt en het maakt sturing mogelijk. Dossier- onderzoek is altijd gekoppeld aan andere activiteiten zoals dossiervorming (hoe moet een dossier eruit zien?) of kwaliteitsbeleid (voldoen we aan wat wij goede kwaliteit noemen?). Het heeft vooral waarde als het op deze manier is ingebed in een systeem van verbeteren en evalueren. Het moet niet gezien worden als een afsluiting van een proces, maar vooral als startpunt van een (verbeter)proces. Idealiter wordt het dossieronderzoek herhaald. Over het algemeen vindt men dat de gestelde doelen met het dossieronderzoek bereikt worden. Opvallend is dat de kwaliteit van het gehele onderzoeksproces nooit expliciet is onderzocht. In een enkel geval wordt gezegd dat de kwaliteit van het onderzoek gegarandeerd wordt door de procedure zo zorgvuldig mogelijk te beschrijven.

Dossieronderzoek vereist een draagvlak onder medewerkers. Medewerkers en management waarderen het positief.

Sterke kanten

- Het onderzoeken van dossiers heeft als voordeel boven het verzamelen van informatie bij medewerkers dat het minder tijdrovend en belastend is voor medewerkers.
- Het dossier bevat een weerslag van het primaire proces en daarmee van de kernactiviteit van een instelling.
- Het geeft mogelijkheden om medewerkers te laten reflecteren op (aspecten van) dossiervorming en kwaliteit van zorg en legt een basis voor verbete- ringen.

Zwakke kanten

- Dossieronderzoek om het hulpverleningsproces te evalueren vereist een bepaalde systematiek van dossiervorming. Indien die er niet is, dan dreigt dossieronderzoek vooral een tijdrovende manier van dataverzameling te worden.
- Het risico bestaat dat men onvoldoende voorbereid de dossiers beoordeelt waardoor kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij de kwaliteit van de gegevens. Het zo nauwkeurig mogelijk vastleggen van de wijze waarop de dossiers beoordeeld worden, verhoogt de kwaliteit van de gegevens.

Aanbevelingen

- Bed dossiervorming structureel in in het kwaliteitsbeleid.
- Betrek medewerkers er actief bij, zowel in de opzet als bij de bespreking van de resultaten en verbeteracties.
- Maak een geautomatiseerd en uniform dossier; dit vergemakkelijkt de gegevensverzameling.

5.5 *Intercollegiale toetsing*

5.5.1 *Definitie*

Zorgverleners beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren. Als de zorgverleners beroepsgenoten zijn, wordt er gesproken van monodisciplinaire intercollegiale toetsing. Bij multidisciplinaire intercollegiale toetsing hebben de zorgverleners verschillende disciplines.

5.5.2 *Geïnterviewden*

- 1 RIAGG³⁶ (1 manager)
- 1 RIBW³⁵ (1 stafmedewerker en 1 medewerker)

5.5.3 *Doelstellingen*

In de instellingen wordt intercollegiale toetsing gedaan met de volgende doelen.

- medewerkers zo dicht mogelijk bij hun eigen werksituatie zicht te laten krijgen op het eigen handelen³⁵
- het professionele handelen ter discussie te stellen en de teambespreking van de cliënten doeltreffender te laten verlopen³⁶

Men wil de transparantie van de medewerkers tegenover elkaar, dit is de verantwoordingsbereidheid, bevorderen.³⁶ Uiteindelijk moet dit leiden tot meer doeltreffende en doelmatige zorg.^{35,36}

5.5.4 *Inhoud*

De twee instellingen hanteren een verschillende aanpak. In één instelling hanteert men een methodiek die ontleend is aan een door het CBO ontwikkelde cyclische en stapsgewijze methode (Franssen & Verberk, 1994) en aangepast is aan de eigen situatie.³⁵ Onderwerpen worden geformuleerd voor kwaliteitstoetsing en een onderwerp wordt gekozen. Vervolgens worden kwaliteitsaspecten en criteria geformuleerd, wordt er uitgevoerd, geëvalueerd, en verbeterd, waarna een nieuwe toetsingscyclus start.

In de andere instelling vindt de toetsing plaats aan de hand van cliëntbesprekingen.³⁶ Van te voren wordt een lijst met namen van cliënten gemaakt die besproken gaan worden. Dit zijn alle mensen aan het eind van de intake en degenen die tien behandelcontacten hebben gehad. Bij de mensen die aan

het eind van de intakefase zitten, worden tijdens de intercollegiale toetsing de behandeldoelen vastgesteld. Bij de mensen die tien behandelcontacten hebben gehad, wordt nagegaan of de doelen gehaald zijn, of de behandeling voortgezet moet worden en zo ja, hoe. In het geval dat de cliënt een angst- of depressiestoornis heeft, wordt tijdens de intercollegiale toetsing het handelen getoetst aan een protocol. De gemaakte afspraken worden schriftelijk vastgelegd. In deze opzet speelt de manager van het team een centrale rol in de overleggen. Per overleg van anderhalf uur worden op deze manier ongeveer dertig cliënten besproken.³⁶

5.5.5 *Betrokkenen*

Intercollegiale toetsing wordt gedaan door een deel van de teams in de instelling^{35,36}, waarbij in één instelling sprake is van een multidisciplinair team.³⁶ In één instelling heeft men vier jaar ervaring met intercollegiale toetsing³⁵, in de andere ruim een jaar.³⁶

5.5.6 *Uniforme toepassing*

Volgens de geïnterviewden verlopen de overleggen volgens de afgesproken methodiek.^{35,36} Dit is een ervaringsgegeven en is niet onderzocht. Gesprekken met medewerkers en evaluatie van het verloop van de toetsing dienen als basis. In beide gevallen wordt er waarde aan gehecht dat de methodiek op dezelfde manier wordt toegepast. Dat wil niet zeggen dat de methodiek op papier vastgelegd is. Dat is slechts bij één het geval.³⁵

5.5.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

In één instelling vindt men dat de doelen bereikt zijn.³⁵ Intercollegiale toetsing wordt gezien als een effectief instrument waarmee medewerkers zicht krijgen op het eigen handelen³⁵. In de andere instelling wordt gesproken van gedeeltelijk en grotendeels bereikte doelen. Men vindt dat de cliëntbesprekingen zakelijker en puntiger verlopen en dat de verantwoordingsbereidheid van medewerkers is vergroot, maar dit kan nog wel verder verbeteren.³⁶ Er is echter geen onderzoek gedaan onder medewerkers of zij dit zo ervaren.^{35,36}

Dat het tot meer doeltreffende en doelmatige zorg leidt is ook niet onderzocht. De indruk bestaat dat dit wel zo is. De ene instelling baseert dit op het feit dat intercollegiale toetsing heeft geleid tot meer afspraken voor kwaliteitsverbetering.³⁵ In de ander instelling wordt dit gebaseerd op de indruk dat er

vaker volgens het protocol angst- en depressiestoornissen gewerkt wordt en dat hierdoor de behandeling effectiever en doelmatiger is.³⁶

Andere effecten

Door cliënten te bespreken met een methodiek voor intercollegiale toetsing worden medewerkers – zo is de ervaring – zich bewuster van hun eigen handelen tijdens de zorgverlening³⁶ en is meer interesse gekomen in protocollen.³⁶ Ook wordt er minder in de wandelgangen over cliënten gepraat.³⁶

In de instelling waar intercollegiale toetsing gebruikt wordt om verbeterprojecten te genereren, heeft het management geconstateerd dat medewerkers uitstekend in staat zijn knelpunten aan te wijzen en die op te lossen.³⁵

Waardering

Het management van beide instellingen staat positief tegenover de eigen methodiek.^{35,36} Daar waar verbeterprojecten gegenereerd worden staan ook de medewerkers er positief tegenover, omdat het zo dicht aansluit bij hun dagelijks werk.³⁵ In de instelling waar de cliënten met intercollegiale toetsing besproken worden, ervaart een deel van de teamleden het als een inperking van de vrijheid in professioneel handelen.³⁶

Bij beide instellingen wordt opgemerkt dat cliënten waarschijnlijk niets merken van het feit dat er aan intercollegiale toetsing gedaan wordt.^{35,36}

5.5.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Bij beide instellingen wordt gewezen op het belang van de inzet van de teamleden voor het slagen van intercollegiale toetsing.^{35,36} Intercollegiale toetsing kan pas slagen als alle teamleden er achter staan. Het kan niet van bovenaf opgelegd worden.³⁶ Ook kan het beter niet toegepast worden als er onrust is in een team door bijvoorbeeld wisselingen van teamleden of reorganisatie van teams.³⁵

Opgemerkt wordt dat in geval van een toetsing aan de hand van een protocol, de teamleden ook unaniem achter de inhoud van het protocol moeten staan, wil men niet voortdurend weer in discussie gaan over de inhoud.³⁶ De ervaring is dat de intercollegiale toetsing haalbaarder is als personen met eenzelfde visie op hulpverlening in één team gezet worden.³⁶

Ten slotte wordt opgemerkt dat bij de intercollegiale toetsing die gericht is op het aanbrengen van verbeteringen de medewerkers direct de resultaten merken van intercollegiale toetsing. Dit werkt motiverend.³⁵

Vereiste inzet

In het geval dat de intercollegiale toetsing een methodiek is die gehanteerd wordt in het reguliere stafoverleg, is er geen sprake van extra benodigde tijd.³⁶ In de instelling waar de intercollegiale toetsing ten doel heeft knelpunten te signaleren en verbeterprojecten op te zetten is wel sprake van extra teamoverleg.³⁵ Eventuele kosten zijn gelegen in de scholing van medewerkers in de te hanteren methodiek.³⁵

Inbedding

De toepassing van intercollegiale toetsing is in beide instellingen onderdeel van het instellingsbeleid. In één instelling vindt men het onderdeel van het totale kwaliteitssysteem; daar is het een speerpunt van het beleid.³⁵ In de andere instelling is sprake van een deelsysteem; het wordt jaarlijks besproken en zo nodig bijgesteld.

5.5.9 *Samenvatting en conclusie*

In de twee instellingen wordt intercollegiale toetsing op geheel eigen wijze vormgegeven. In de ene instelling is het een methode om de kwaliteit van onderdelen van de zorg te meten en verbeterplannen te maken. In de andere instelling is het een methode om de cliëntbesprekingen beter te structureren. Men kan zich afvragen of het hier wel gaat om intercollegiale toetsing zoals in het begin van deze paragraaf is omschreven. Het accent in de besprekingen ligt op de bespreking van de voortgang van cliënten waarbij de gesprekken hoofdzakelijk bilateraal van aard zijn (tussen teammanager en medewerker).

Geïnterviewden zijn unaniem van mening dat intercollegiale toetsing de moeite waard is. Of intercollegiale toetsing leidt tot een grotere doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg – dit wordt in beide instellingen nagestreefd – is niet met onderzoek onderbouwd.

Sterke kanten

- Met het gebruik van intercollegiale toetsing wordt een methodiek geïntroduceerd die een houvast geeft om zaken bespreekbaar te maken.
- Intercollegiale toetsing maakt medewerkers meer bewust van het eigen handelen in de zorgverlening.
- Het werken volgens een bepaalde methodiek verhoogt de doelmatigheid van besprekingen.
- Intercollegiale toetsing kost relatief weinig extra tijd. Eventuele kosten zijn gelegen in de scholing van medewerkers in de te hanteren methodiek. Intercollegiale toetsing kan wel leiden tot een grotere tijdsinvestering als blijkt dat er behoefte is aan het opzetten van verbeterprojecten, het formuleren van protocollen enzovoort.

Zwakke kant

- Het stelt eisen aan de kwaliteit van het team bij de start van intercollegiale toetsing. Er moet een zeker onderling vertrouwen zijn en een motivatie om aan intercollegiale toetsing te doen. Onrust in een team bemoeilijkt intercollegiale toetsing.

Aanbeveling

- Kies in aanvang zorgvuldig de onderwerpen die ter sprake komen. Dat wil zeggen, start niet meteen met onderwerpen die in het team sterke verdeeldheid oproepen. Kies ook voor onderwerpen die, indien blijkt dat men van de norm afwijkt, relatief makkelijk aangepast kunnen worden. Op deze manier worden eventuele weerstanden onder teamleden minder.

5.6 *Verbeterprojecten*

5.6.1 *Definitie*

Een verbeterproject is een projectmatige activiteit waarin op een systematische manier verbeteringen worden aangebracht in het zorgproces.

5.6.2 *Geïnterviewden*

Er zijn vier interviews gehouden over verbeterprojecten. In drie van de vier instellingen worden alle verbeterprojecten volgens een bepaalde systematiek opgezet.^{37,39,66} Het interview ging over deze systematiek. In één instelling werd geen instellingsbrede systematiek gehanteerd, maar is gesproken over één specifiek verbeterproject.³⁸ Dit project had als doel de gang van de cliënt door de afdeling vast te leggen, te bewaken en te sturen op voortgang cliënt.

- 1 RIAGG³⁸ (1 manager)
- 1 RIBW³⁹ (2 managers)
- 1 geïntegreerde instelling voor jeugdzorg³⁷ (2 managers)
- verslavingszorg⁶⁶ (1 stafmedewerker)

5.6.3 *Doelstellingen*

Bij de instellingen met een vaste systematiek werden de volgende doelen genoemd.

- zichtbaar maken hoe men een organisatie wil opzetten³⁷
- bijdragen aan de groei van de organisatie³⁷
- het bevorderen van de kwaliteitscultuur op alle niveaus in de organisatie³⁹
- een houvast geven voor het opstellen van verbeterprojecten³⁷
- het opzetten van projecten volgens eenzelfde stramien³⁷
- de organisatie efficiënter laten verlopen⁶⁶
- meer efficiënte zorg⁶⁶

De kwaliteitsaspecten die op deze manier verbeterd proberen te worden zijn doeltreffendheid^{37,66}, doelmatigheid^{37,39,66}, cliëntgerichtheid^{37,66}, zorg op maat^{37,66}, transparantie^{37,66}, en het kwaliteitsdenken van de medewerkers.³⁹

5.6.4 *Inhoud*

In drie instellingen is een protocol gemaakt voor het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten.^{37,39,66} Voordat het project van start gaat, moet er een

plan van aanpak opgesteld worden, bestaande uit de volgende onderdelen: probleemstelling, doelstelling, activiteiten die ondernomen moeten worden, een tijdfasering of stappenplan, de middelen, de samenstelling van de projectgroep die het plan gaat uitvoeren, en de wijze waarop het project geëvalueerd wordt. Soms moet ook aangegeven worden hoe het project gerelateerd is aan een verbetering van de (kwaliteits)doelen van de instelling.^{37,66} Eén instelling heeft ook een methodiek voor een sterkte-zwakke-analyse om te komen tot een scherpere probleemstelling.³⁷ In alle drie de instellingen is het de bedoeling dat, alvorens te starten met de uitvoering van een verbeterproject, een dergelijk protocol opgesteld wordt. Het genereren van onderwerpen voor verbeterprojecten gebeurt via het raadplegen van medewerkers^{37,39,66} en cliënten.³⁹

In de instelling met het specifieke verbeterproject is in zes stappen het primaire zorgproces beschreven in termen van wat de medewerker moet doen en wanneer de cliënt in het teamoverleg besproken wordt.³⁸

5.6.5 *Betrokkenen*

In principe kan elke medewerker in de instelling in verbeterprojecten participeren.^{37,39,66} In één instelling kunnen cliënten ook deel zijn van de projectgroepen.³⁹ Het managementteam of een speciaal in het leven geroepen team (bestaande uit personen uit het management) bewaakt de voortgang.^{37,39,66}

De instellingen hebben allemaal minimaal twee jaar ervaring met de systematische aanpak van verbeterprojecten.^{37,39,66} Uitgedrukt in het aantal verbeterprojecten dat volgens de systematiek is uitgevoerd is dit minimaal tien per instelling.

De drie instellingen hebben de systematiek zelf ontwikkeld.^{37,39,66} Eén instelling heeft zich hierbij laten inspireren door het Nolan-model, dat gebaseerd is op de Deming-cyclus.⁶⁶

5.6.6 *Uniforme toepassing*

De systematische aanpak van verbeterprojecten is vastgelegd in formulieren die voor elk verbeterproject ingevuld moeten worden. Op deze manier wordt er gestreefd naar een uniforme aanpak van de projecten.^{37,39,66} Bij twee instellingen vindt men dat men daar in geslaagd is en dat de formulieren goed worden ingevuld.^{37,39} In de andere instelling leert de ervaring dat de cyclische projectaanpak nog niet door iedereen op dezelfde manier wordt toegepast.⁶⁶ In geen van de instellingen heeft men er expliciet onderzoek naar gedaan.

5.6.7 Effectiviteit

Doelbereik

Van de drie instellingen die werken volgens een systematische aanpak van verbeterprojecten vindt men in één instelling dat alle doelen bereikt zijn.³⁷ Het werken met een systematiek voor verbeterprojecten maakt zichtbaar hoe de instelling werkt aan een goede organisatie en het draagt bij aan de groei van deze organisatie. Het protocol geeft houvast voor het opzetten van projecten en alle verbeterprojecten in de instelling worden via eenzelfde systematiek aangepakt.³⁷

De geïnterviewden van de twee andere instellingen met een vaste systematiek voor verbeterprojecten spreken van een gedeeltelijk bereik van de doelstellingen.^{39,66} Daar waar men de kwaliteitscultuur wenste te stimuleren is iedereen gaan inzien dat aandacht besteden aan kwaliteit belangrijk is. Toch is niet iedereen gemotiveerd geraakt om er daadwerkelijk iets mee te willen doen. Er is dan ook besloten de huidige werkwijze te verlaten, omdat de verbeterprojecten teveel geleid werden door het management.³⁹ In de andere instelling is de conclusie dat een aantal projecten niet goed (volgens protocol) geëvalueerd worden. Hierdoor is niet altijd duidelijk of het beoogde effect bereikt is.⁶⁶

Bij de instelling waar over een concreet verbeterproject is gesproken, kan men nog niet spreken over het doelbereik omdat dit project nog te veel in de uitvoeringsfase zit.³⁸

Andere effecten

Doordat altijd een plan van aanpak opgesteld is, zijn de verbeterprojecten van te voren goed doordacht. Van te voren wordt uitgebreid overlegd met de direct betrokkenen waardoor draagvlak gecreëerd wordt en de slaagkans groter is.³⁷

Door te werken met kleinschalige en multidisciplinaire projectteams wordt snel duidelijk waar verschillen en mogelijke conflicten liggen bij het uitvoeren van een verbeterproject zodat er vroegtijdig op ingespeeld kan worden.³⁷

Een ander effect is dat medewerkers zich meer bewust worden van het eigen werk door het onder de loep te nemen in het verbeterproject.⁶⁶

Waardering

Voor zover bekend, staat het management van de instellingen positief tegenover de methodiek.^{37,38,66} Medewerkers staan er ambivalenter tegenover.^{37,39,66} Het van te voren opstellen van verbeterplannen en bespreken met het mana-

gement wordt soms als lastig ervaren omdat niet meteen tot actie overgegaan kan worden.³⁷ Niet iedereen vindt een systematische gestandaardiseerde aanpak van verbeterprojecten de moeite waard.⁶⁶ Anderzijds geeft zo'n aanpak een houvast.⁶⁶ In de instelling waar gepraat is over één specifiek verbeterproject zijn de medewerkers positief omdat het idee vanuit hen kwam.³⁸

Cliënten(raden) worden niet betrokken bij de verbeterprojecten³⁷ of hebben niet gereageerd op de verstrekte informatie over een project.³⁸ Daar waar cliënten(raden) wel in projecten betrokken werden waren de betrokkenen positief.^{39,66}

5.6.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Het werken met de procedure voor verbeterprojecten wordt gestimuleerd door nieuwe medewerkers te introduceren in de missie en visie van de instelling en dit voortdurend in de verbeterprojecten te laten terugkomen.³⁷ Dit vergroot het draagvlak.

Draagvlak voor de verbeterprojecten wordt genoemd als belangrijke voorwaarde voor succes.³⁷ Voor de keuze van de onderwerpen voor verbeterprojecten is het belangrijk dat de ideeën in principe van de werkvloer komen.³⁷ Ook de vormgeving van het project moet in nauw overleg met medewerkers.³⁷ Opgemerkt wordt dat als bevoegdheden en verantwoordelijkheden voor het uitvoeren van een verbeterproject bij medewerkers wordt gelegd en waar dit niet van oorsprong de cultuur van de instelling is, rekening gehouden moet worden met een gewenningsproces.³⁷

In de methodiek moet uitgebreid aandacht zijn voor het vervolgtraject. Als valkuil wordt genoemd dat er een mooi projectplan wordt opgesteld en dat vervolgens onduidelijk is wie het gaat uitvoeren.³⁹ Bevorderend voor het succesvol uitvoeren van het verbeterproject is veel discipline van de projectleider en voorzitter van het projectteam³⁷ en consensus in het projectteam over de aanpak.³⁷

In één instelling werd geconstateerd dat na een aantal projecten de medewerkers zogenoemd projectmoe werden en minder belangstelling en motivatie hadden. Hier is dan ook gestopt met het opzetten van verbeterprojecten.³⁹

Vereiste inzet

Algemene uitspraken over de vereiste tijdsinvestering en de materiële kosten zijn moeilijk te doen. Dit varieert met de aard van het project.³⁷

Inbedding

In twee instellingen is het projectmatig verbeteren als een activiteit ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling en wordt altijd een koppeling gemaakt met de missie, visie en doelen van de instelling.^{37,66} De derde instelling is gestopt met het werken met verbeterprojecten en zoekt nu naar een andere methodiek om verbeteringen te verwezenlijken.³⁹ Terugkijkend wordt het werken met verbeterprojecten als een zinvol instrument gezien om het kwaliteitsdenken onder medewerkers te stimuleren en past het bij organisaties die in de beginfase van het opzetten van een kwaliteitsbeleid zijn.

In de instelling waar het interview ging over één verbeterproject is er geen sprake van inbedding in een kwaliteitssysteem. Wel wordt er gestreefd naar een deelsysteem in de zin dat het project jaarlijks zal worden geëvalueerd.³⁸

5.6.9 *Samenvatting en conclusie*

Bij verbeterprojecten worden op een systematische manier verbeteringen aangebracht in het zorgproces. In veel instellingen is ervaring met verbeterprojecten. Bij regelmatige uitvoering van dergelijke projecten is het raadzaam hiervoor een methodiek op te stellen. Voordeel van een dergelijke methodiek is dat het ertoe kan bijdragen dat de projecten beter ingebed zijn in het gehele kwaliteitsbeleid van de instelling en minder een ad hoc karakter hebben. In drie instellingen is ervaring opgedaan met een dergelijke methodiek, met wisselend succes. Een dergelijke methodiek houdt in dat elk verbeterproject start met het opstellen van een projectplan volgens een vastgelegde systematiek. Een valkuil is dat er vooral oog is voor het opstellen van een mooi projectplan en vervolgens (te) weinig aandacht voor de uitvoering van het plan. Ook dreigt de evaluatiefase nogal eens vergeten te worden.

De kans dat dergelijke projecten leiden tot het beoogde doel wordt groter als er onder de medewerkers een draagvlak is. Daartoe zouden knelpunten geïnventariseerd kunnen worden onder medewerkers en de projecten zouden in nauw overleg met medewerkers opgezet en uitgevoerd moeten worden. Ook wordt het draagvlak groter als projecten niet instellingsbreed worden opgezet, maar op het niveau van de afdelingen. Het uitvoeren van te veel projecten kan leiden tot projectmoeheid en desinteresse onder medewerkers.

Sterke kanten

- Door het werken met een vaste systematiek voor de projectplannen wordt ervoor gezorgd dat er goed nagedacht wordt over de uitvoering van het plan. Dit vergroot de slaagkans.
- Door in de vaste systematiek onderwerpen op te nemen die refereren naar de missie, visie en doelen van de instelling kan ervoor gezorgd worden dat elk project past binnen de missie, visie en doelen van de instelling.
- Door in het projectplan te vragen naar concreet meetbare doelen en de wijze waarop nagegaan wordt of deze doelen aan het eind van het project bereikt zijn, wordt ervoor gezorgd dat er ook geëvalueerd wordt.

Zwakke kanten

- Het altijd van te voren moeten opstellen van een projectplan kan vertraagd werken en kan spontane initiatieven belemmeren.
- Als knelpunten snel en eenvoudig op te lossen zijn, dan moet afgeweken kunnen worden van de vastgestelde procedure omdat dan het opstellen van een projectplan leidt tot onnodige bureaucratie.
- Het hebben van een projectplan garandeert niet dat het project ook vol-

gens plan uitgevoerd wordt.

- Cliënten worden nauwelijks betrokken bij verbeterprojecten.

Aanbevelingen

- Zorg voor een draagvlak onder medewerkers voor het project.
- Kies in het begin voor knelpunten die relatief eenvoudig op te lossen zijn en relatief veel winst opleveren.
- Er moet iemand verantwoordelijk gesteld worden voor de uitvoering van het project.

6 Management van het primaire proces

6.1 Inleiding

Om het primaire proces in de GGZ op een cliëntgerichte, doeltreffende en doelmatige manier uit te voeren en de kwaliteit ervan te borgen, zijn er verschillende instrumenten. Wij bespreken er hier drie: het routingprotocol, de zorgplansystematiek en protocollen voor specifieke situaties. Protocollen en zorgplannen zijn normerend van aard. Ze geven aan welk handelen gewenst is. Zorgplannen hebben daarnaast ook een toetsend element. De zorg wordt er ook mee geëvalueerd.

6.2 Routingprotocol

6.2.1 Definitie

Een document met richtlijnen en instructies voor de concrete uitvoering van de zorg. Het protocol kan gaan over de verschillende fasen in het zorgproces of over de gehele routing van verwijzing tot afsluiting.

6.2.2 Geïnterviewden

Onderzocht zijn drie protocollen voor de gehele routing van de cliënt en drie voor een deel van de routing, te weten voor verwijzing, aanmelding, intake en plaatsing (in RIBW's) en voor de functie onderzoek en advies bij de voordeur van een geïntegreerde voorziening.

- 2 RIBW's^{1,2} (2 managers, 1 stafmedewerker en 3 medewerkers)
- 1 RIAGG³ (1 manager)
- 1 multifunctionele organisatie voor jeugdzorg⁴ (1 behandelcoördinator en 1 medewerker)
- 1 instelling voor verslavingszorg⁵ (1 stafmedewerker)
- 1 geïntegreerde voorziening⁶ (1 manager en 1 stafmedewerker)

6.2.3 Doelstellingen

Het routingprotocol heeft de volgende doelen.

- structurering van het zorgproces. Het protocol geeft aan wanneer wat moet gebeuren en waarom^{2,3,4} en maakt duidelijk welke informatie verkregen moet worden¹

- transparantie. Er ontstaat zicht op de handelingen die gedaan worden en op de hulpvragen die binnenkomen^{3,4,5}
- uniformiteit van het handelen en van de verslaglegging^{1,3}
- efficiënter werken⁶
- het toetsen van het handelen van medewerkers aan de hand van het protocol³
- het kunnen realiseren van de juiste plaatsing of doorverwijzing (bij protocollen voor plaatsing en voor onderzoek en advies aan de voordeur).^{2,6}

Het routingprotocol is gericht op de volgende kwaliteitsaspecten: cliëntgerichtheid^{2,3,4,5}, transparantie^{1,2,3,4}, doelmatigheid^{1,2,3}, doeltreffendheid^{2,5} en afstemming van het aanbod op de reële behoefte van de cliënt.^{2,3}

6.2.4 Inhoud

Het routingprotocol regelt de route van de cliënt en het bijbehorende tijdspad.^{1,2,3,4,5,6} Voor de fasen in het zorgproces (van verwijzing tot en met nazorg) dan wel voor een van de fasen (bijvoorbeeld verwijzing, plaatsing, onderzoek en advies) wordt het volgende beschreven.^{2,3,5,6}

- het doel
- de uitgangspunten
- de procedure
- evaluatiemomenten
- eventuele checklists

Ook geeft het protocol aan welke informatie ingewonnen en geregistreerd moet worden.^{1,3,5} Taken en verantwoordelijkheden worden beschreven en de overlegprocedures.^{1,4,6} Bij een instelling wordt ook de eventuele hulp tijdens de plaatsing op de wachtlijst, criteria voor afbouw en einde behandeling en afspraken over eindrapportage beschreven.⁴ Een andere instelling heeft tevens normeringen in het routingprotocol opgenomen (genormeerde indicatoren per fase, bijvoorbeeld meer dan 50% van de huisartsen is tevreden over de verwijzing, vastgestelde wachttijden tussen zorgfasen, 75% van de cliënten is tevreden over het behandelresultaat).³ Er is daarnaast een instelling die elk kwartaal een algemeen overzicht maakt op basis van de gegevens van de routing van cliënten. Deze instelling heeft de routing in een elektronisch systeem ondergebracht.⁵

Twee instellingen melden dat het routingprotocol is opgenomen of opgenomen zal worden in een elektronisch systeem.

6.2.5 *Betrokkenen*

Individuele medewerkers in het primaire proces zijn de belangrijkste gebruikers.^{3,4,5,6} Ook leidinggevend en behandelcoördinatoren gebruiken het routingprotocol.^{2,3,4} Soms worden andere gebruikers genoemd zoals een stuurgroep kwaliteit³, externe organisaties⁴ of administraties die gegevens over de routing verwerken.⁵ Bij verwijs- of plaatsingsprotocollen zijn verwijzers en plaatsingsfunctionarissen de hoofdgebruikers.^{1,2}

De verantwoordelijkheid voor het gebruik en het op peil blijven van het protocol ligt bij leidinggevend en coördinatoren.^{1,3,4,6} Staffunctionarissen en commissies hebben hierbij soms een ondersteunende rol.³ Individuele medewerkers zijn aanspreekbaar op goed gebruik van het protocol en correcte aanlevering van gegevens.^{4,5} Waar de administratie de taak heeft gegevens te verwerken, is zij verantwoordelijk.⁵

Clënten zijn niet altijd betrokken bij de ontwikkeling van routingprotocollen.^{3,4,6} Hierbij wordt aangetekend dat men via de cliëntenraad weet wat cliënten belangrijk vinden³, of dat cliënten tijdens de routing of plaatsing actief bij het proces betrokken worden.^{2,4} Eén organisatie heeft cliënten laten interviewen om na te gaan wat cliënten misten en heeft hun mening in het protocol verwerkt.²

Routingprotocollen worden frequent gebruikt, in principe bij elke cliënt.^{1,2,4,5,6}

Ze zijn operationeel sinds 1995⁵, 1997², 1998^{1,6}, 1999⁴ of worden in 2000 in gebruik genomen.³ Het zijn vrij recente instrumenten die voor een deel nog in de ontwikkelfase zijn. Eén instelling rapporteert dat het gebruik van het protocol zonder aanloopproblemen verliep.²

De protocollen zijn meestal door de instellingen zelf ontwikkeld.^{1,2,3,4,6} Daarbij is wel gebruik gemaakt van bestaande instrumenten, literatuur en wet- en regelgeving.^{1,2,3,4,6}

6.2.6 *Uniforme toepassing*

Hoewel uniforme toepassing van het routingprotocol meestal wel het streven is^{1,2,3,4,6}, wordt in enkele instellingen expliciet ruimte gelaten voor de specifieke eisen van verschillende afdelingen.^{3,4}

De toepassing van het routingprotocol is in drie instellingen geëvalueerd. In twee instellingen gebeurt dit regelmatig.^{1,4} Een andere instelling is tot evaluatie overgegaan omdat er negatieve signalen en ervaringen waren.² Ook

verandering van wetgeving en landelijke en regionale ontwikkelingen in indicatiestelling zijn aanleiding geweest tot evaluatie en bijstelling van het protocol.^{2,4} De evaluaties gebeurden op basis van ervaringen en gesprekken met medewerkers en bewoners, in besprekingen door leidinggevenden en in staf- en werkoverleg en commissievergaderingen. Evaluaties door onderzoek zijn niet gevonden.

Uit de evaluaties is gebleken dat verschillen kunnen bestaan in de manier waarop medewerkers het protocol toepassen, onder andere doordat het multi-interpretabel is of doordat medewerkers de afspraken niet nakomen.^{1,5,6} Maar anderzijds rapporteert een instelling dat het protocol heel goed wordt gebruikt en door alle medewerkers op dezelfde manier wordt toegepast.²

Het routingprotocol is in alle instellingen schriftelijk vastgelegd en gestandaardiseerd.^{1,2,3,4,5,6} De routingprotocollen en het stramien ervan zijn goed te gebruiken door collega-instellingen^{1,2,4,5,6}, andere instellingen^{2,3,6} en zelfs in andere sectoren.^{2,6}

6.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Geen van de instellingen heeft systematisch onderzoek gedaan naar het doelbereik. Toch geven de ervaringen aanleiding te stellen dat de doelen van structurering, transparantie, uniformiteit en efficiëntie zijn bereikt. Zo is volgens de geïnterviewden het volgende gelukt.

- een duidelijke procedure.^{2,4,6} Dit bevordert doelmatigheid, gestructureerdheid, systematiek in de verslaglegging en controleerbaarheid⁶
- zicht op de hulpvraag, waardoor er goed aan gewerkt kan worden^{2,5}
- een eenduidig voor verschillende zorgvormen bruikbaar formulier

De indruk bestaat dat de doeltreffendheid toeneemt (minder drop out)⁵ en dat het protocol bijdraagt aan grotere doelmatigheid en transparantie¹ en meer systematiek en grip op het werk.³

Niet bereikt is et volgende.

- zicht op de geboden zorg, omdat gegevens te laat worden aangeleverd of omdat medewerkers zich niet houden aan het protocol⁵
- verbetering van de afstemming van vraag en aanbod⁶
- systematische evaluaties en feedback.⁶

Onduidelijk is of de cliëntgerichtheid toeneemt en of de cliënt beter weet waar hij aan toe is.^{1,5,6} In één instelling wordt regelmatig met de bewoners bespro-

ken hoe ze het werken met het protocol ervaren; dit moet echter volgens deze instelling nog meer praktijk worden.² Eén instelling geeft aan geen klachten gehoord te hebben van cliënten.¹

Andere effecten

De instellingen noemen diverse, deels onbedoelde, effecten van routingprotocollen. Positieve effecten zijn de volgende.

- De taken die externen moeten uitvoeren zijn nu beter beschreven.³
- Medewerkers worden door het systeem aangespoord na te denken over waarom ze welke zorg geven. Ze moeten kunnen verantwoorden wat wel en wat niet kan. Dit heeft een attitudeverandering teweeggebracht.⁵
- Door de systematische screening van levensgebieden komt nu bij de aanmelding veel meer informatie boven tafel dan eerder.²
- De communicatie is verhelderd, er zijn kortere lijnen met betere afstemming en de route is duidelijk.²

Negatieve effecten zijn de volgende.

- De zorg wordt meer aan banden gelegd.⁵
- Het elektronisch systeem genereert administratieve rompslomp.⁵
- Bij het verwijsprotocol is gebleken dat de cliënt minder inspraak heeft in de keuze van woonvorm. De procedure is objectiever, maar voor de cliënt minder prettig. Het gaat hier om een onbedoeld effect.¹
- Een ander onbedoeld effect is geweest dat spanningen ontstonden tussen het team dat het protocol toepast en andere behandelaren in het vervolgetraject.⁶

De baten van het routingprotocol wegen volgens de geïnterviewden in alle instellingen op tegen de kosten.

Waardering

Het management waardeert het werken met een routingprotocol positief² tot zeer positief.^{5,6}

De waardering door medewerkers wisselt echter. Er is enthousiasme, maar er zijn ook bedenkingen.^{3,5,6} Deze betreffen de tijd die het kost³ of het vele bureauwerk⁴ en het registreren⁵; medewerkers moeten wennen aan de overgang naar nieuwe formulieren.¹ Ook komt het voor dat medewerkers het instrument niet zo serieus nemen en alleen de elementen eruit halen die zij waardevol vinden, met name de punten die in het behandelplan aan de orde moeten komen. Verder gaan ze hun eigen gang.⁴ In een programma waar met een protocol voor een onderdeel van de routing (de voordeur) wordt gewerkt,

wordt opgemerkt dat het lastig is om de intake onafhankelijk van het verdere aanbod en de kennis over wachttijden uit te voeren. Ook leidt het protocol in deze instelling tot minder afwisseling in het werk.⁶

Wat cliënten ervan vinden is in drie instellingen onbekend omdat ze er geen navraag naar hebben gedaan.^{1,5,6} Bij twee is wel informatie beschikbaar.^{2,4} Een instelling geeft aan dat cliënten evenmin altijd bereid zijn zich te houden aan datgene wat voor hen is vastgelegd in het protocol, zoals deelnemen aan overleg of ondertekenen van formulieren.⁴ In één instelling zijn cliënten gematigd positief, maar vinden ze wel dat erg veel informatie wordt nagevraagd.²

De waardering van verwijzers is redelijk volgens een van de geïnterviewden.⁶

6.2.8 Bruikbaarheid

Implementatie

Om een routingprotocol goed geïmplementeerd te krijgen werken de volgende zaken bevorderend.

- Ondersteuning van medewerkers³, ook secretariael⁶, en feedback geven over het gebruik.¹
- Frequent gebruik van het protocol, zo veel mogelijk door een vaste groep mensen.^{1,6}
- Informatie geven en het draagvlak onder medewerkers vergroten.
- Het stimuleert als het protocol goede inhoudelijke elementen bevat voor het behandelplan.⁴
- Als het protocol een goede systematiek heeft en leidt tot kortere verslagen.⁶
- Als het ertoe leidt dat minder vergeten wordt.⁶
- Toezicht en strengheid van de leidinggevende.⁶

Belemmerend werkt het volgende.

- Als het protocol tijdrovend is.⁴
- Als het elementen bevat die medewerkers als overbodig ervaren of als net die elementen ontbreken die medewerkers willen weten.⁴
- Als het bureaucratie in de hand werkt.⁴
- Als het niet cliëntvriendelijk is door al het papier en de tijd die het vraagt.⁴
- Dat medewerkers niet registratie-minded zijn.⁵
- Gebrek aan feedback over hoe het (voor)deurprotocol uitpakt in de latere zorgvormen.⁶

Het profijt van een routingprotocol kan geoptimaliseerd worden door het regelmatig en beter door te nemen², goed aan te passen en vorm te geven.¹ Ook is het goed om aansluiting te zoeken bij landelijke protocollen en bij andere programma's.^{2,6} Een protocol moet kort zijn en veel van wat geregeld moet worden kan beter overgelaten worden aan de betrokkenen zelf.⁴ De route van de cliënt moet goed geregistreerd worden en gekoppeld zijn aan de doelen die gesteld zijn.⁵

Vereiste inzet

Over de vereiste inzet denken de geïnterviewden verschillend. Enerzijds wordt aangegeven dat het werken met een routingprotocol extra tijd vergt, met name voor medewerkers die in het protocol bepaalde taken krijgen toebedeeld.^{2,4} Casemanagers zijn bijvoorbeeld veel tijd kwijt aan externe contacten en overleg. Bij één instelling betekent het protocol voor de cliënt een extra tijdsinvestering.⁴ Anderzijds wordt gezegd dat intern de zaken beter gestructureerd verlopen, en dat spaart tijd.^{4,6,2} Ook zijn enkelen van oordeel dat het niet zozeer gaat om een extra tijdsinvestering maar dat medewerkers een andere attitude moeten ontwikkelen. De aandacht verschuift, er moet bijvoorbeeld meer systematisch gewerkt worden en registratie plaatsvinden.^{3,5,6}

De kosten van het werken met een routingprotocol variëren. Soms zijn er geen extra kosten.^{2,6} Als een elektronische vorm wordt ontwikkeld kost dit wel inzet van automatiseringsmedewerkers, bijvoorbeeld acht uur extra per week gedurende een half jaar.³ Een instelling heeft door het versturen van stukken over en weer tussen betrokkenen meer verzendkosten.⁴ Eenmaal wordt de verwachting uitgesproken dat medewerkers wellicht scholing nodig hebben bij het ontwikkelen van een andere attitude.⁶

Inbedding

Het routingprotocol heeft in drie instellingen een plaats in het kwaliteitsbeleid van de instelling.^{2,3,4} In de andere instellingen is dit niet het geval. In twee instellingen is het protocol onderdeel van een concreet deelsysteem, een kwaliteitscyclus waarbij de informatie die met het protocol beschikbaar komt, wordt geanalyseerd en gebruikt wordt voor verbeteringen van de zorg.

6.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Het routingprotocol regelt de route van de cliënt en het bijbehorende tijdpad, het geeft richtlijnen en instructies voor de concrete uitvoering van de zorg. Het routingprotocol is vooral de laatste jaren in gebruik gekomen en wordt in principe bij elke cliënt toegepast. Het is een instrument dat ook bij andere instellingen, binnen en buiten de GGZ, gebruikt kan worden voor het kwaliteitsbeleid.

Het routingprotocol blijkt een goed instrument om het zorgproces te structureren. Het maakt het proces transparant en duidelijk, bevordert de doelmatigheid en levert systematische informatie op over de hulpvraag van cliënten. Medewerkers passen het protocol echter niet altijd uniform toe, ook al is het schriftelijk vastgelegd en gestandaardiseerd. Hierdoor blijft het zorgproces dan toch ondoorzichtig.

Het routingprotocol wordt nog onvoldoende systematisch geëvalueerd en verbeterd. Of het bijdraagt aan de cliëntgerichtheid van de zorg en of cliënten beter weten waar ze aan toe zijn, is onduidelijk. Cliënten zijn niet direct bij de ontwikkeling van routingprotocollen betrokken, en hun mening wordt niet consequent nagevraagd.

Het routingprotocol wordt door het management goed gewaardeerd, medewerkers hebben, naast de positieve waardering echter ook bedenkingen, die met name het administreren en de tijdsinvestering betreffen. Toch is de indruk dat de baten opwegen tegen de kosten.

Sterke kanten

- Het maakt het zorgproces transparant en duidelijk.
- Het structureert het zorgproces en bevordert de doelmatigheid en systematiek.
- Het levert zicht op de hulpvraag van cliënten.
- Het is breed toepasbaar.
- Er zijn meer baten dan kosten.

Zwakke kanten

- Het wordt door de medewerkers niet consequent toegepast.
- De waardering door medewerkers is wisselend.
- Registreren kost tijd en het werken met het protocol vergt een andere attitude.
- Het is onduidelijk hoe cliëntgericht het routingprotocol is.
- Er is gebrek aan regelmatige toetsing en verbetering.

Aanbevelingen

- Zorg voor ondersteuning van en informatie aan medewerkers en geef hun feedback over het gebruik.
- Zorg, voor zover mogelijk, dat medewerkers het frequent gebruiken, zorg voor een vaste groep gebruikers.
- Beperk het protocol zo veel mogelijk tot elementen die belangrijk zijn voor de zorg en die door medewerkers als handig en niet tijdrovend worden ervaren.
- Evalueer en verbeter het protocol regelmatig.
- Gebruik hierbij informatie over de resultaten van het protocol (feedback).
- Betrek de mening van cliënten bij ontwikkeling, evaluatie en verbetering van het protocol.

6.3 *Zorgplansystematiek*

6.3.1 *Definitie*

Zorgplansystematiek is een systematische procedure voor het werken met een zorgplan bij de uitvoering van de zorg. Een zorgplan is het centrale plan voor de totale zorg aan de individuele cliënt dat wordt opgesteld door cliënt en hulpverlener. Zorgplannen zijn vaak een onderdeel van een routingprotocol.

6.3.2 *Geïnterviewden*

Onderzocht zijn vier zorgplansystemen, waaronder één elektronisch Zorg Ondersteunend Systeem (ZOS), waarvan het zorgplan een centraal element is

- RIBW's^{7,8,9} (2 medewerkers, 3 managers en 2 stafmedewerkers)
- geïntegreerde instelling¹⁰ (1 manager)

6.3.3 *Doelstellingen*

De zorgplansystematiek heeft de volgende doelen.

- het beschrijven en toetsen van het proces van zorgrichtlijnen voor methodisch werken in de dagelijkse zorg⁹
- hulpverleners helpen om sneller en doelgerichter te kunnen komen tot behandelplanning (ZOS)¹⁰
- eenduidige, leesbare en gespreksondersteunende communicatie (ZOS)¹⁰
- (sturings)informatie over vraag en aanbod voor het management¹⁰

Uiteindelijk doel is om het zorgaanbod zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag.^{7,9}

De zorgplansystematiek is gericht op een breed scala van kwaliteitsaspecten: cliëntgerichtheid en transparantie^{7,8,9,10}, doeltreffendheid en doelmatigheid^{7,9,10} en zorg op maat.^{7,9,10}

6.3.4 *Inhoud*

De zorgplansystematiek bevat de volgende onderdelen.

- algemene informatie (met elementen als: datum, persoonsgegevens, achtergrond, reden aanmelding, zorgvraag, diagnose)^{7,8,9}

- beschrijving van levensgebieden die centraal staan in het plan en van doelen per gebied^{7,8}
- zorgactiviteiten, gesprekken met de cliënt, het zorgproces^{8,9}
- evaluatiegegevens^{7,9}

Hieruit is af te leiden dat in de zorgplansystematiek een cyclus van planning en doelen stellen, uitvoering en evaluatie is ingebouwd.

Bij een van de onderzochte zorgplannen hoort ook een checklist die kwaliteitseisen natrekt, die door onder andere cliënten zijn opgesteld.⁹ Een andere zorgplansystematiek bevat ook een noodplan.⁷ Het zorgplan wordt concreet gemaakt tijdens de uitvoering van de zorg. Echter, in de fasen daarvoor kan al een globale *outline* van het plan gemaakt zijn.⁸ De zorgplansystematiek kan zijn opgenomen in het kwaliteitshandboek⁸ of onderdeel zijn van een breed Zorg Ondersteunend Systeem (ZOS).¹⁰ In dit systeem wordt gezocht naar eenheid van taal, onder andere voor het zorgaanbod.

6.3.5 Betrokkenen

Het zorgplan wordt gebruikt door hulpverleners en cliënten.^{7,8,9} Zij zijn er ook verantwoordelijk voor dat het wordt geëvalueerd en bijgesteld.^{7,8,9} Bij het ZOS ligt de nadruk meer op gebruik door medewerkers en management.¹⁰

De ontwikkeling van de systematiek is vooral een zaak van managers en medewerkers van de instellingen. Soms zijn cliënten in een of andere vorm betrokken. Het ontwerp van de systematiek is in één instelling toegelicht en besproken in de cliëntenraad.⁹ Ook komt het voor dat cliënten zijn geïnterviewd over hun ervaringen met het zorgplan⁷ en dat ze betrokken zijn geweest bij het opstellen van kwaliteitseisen voor het plan.⁹ Wat dit laatste betreft vinden cliënten het belangrijk dat de systematiek duidelijk en begrijpelijk is en dat medewerkers geëvalueerd worden.⁹ Bij het vormgeven van het zorgplan en het zorgdossier in het ZOS heeft de cliëntenraad een adviserende rol; de raad kan het systeem echter niet wijzigen.¹⁰

Het management is er verantwoordelijk voor dat de systematiek wordt toegepast en dat de kwaliteit ervan op peil blijft. Bij deze kwaliteitsbewaking is meestal ook de werkgroep betrokken die de systematiek (mede) heeft ontwikkeld.^{8,10}

De zorgplansystematiek wordt frequent toegepast: door iedere hulpverlener en bij elke cliënt.^{7,8,9,10} In één instelling wordt al tien jaar met een zorgplan

gewerkt⁷, in een andere zes jaar⁹, en bij de overige twee is het zorgplan sinds twee jaar in gebruik⁸, dan wel in ontwikkeling.¹⁰

De systematiek is door twee instellingen zelf ontwikkeld^{7,8}, twee andere instellingen hebben een bestaande systematiek overgenomen en aangepast aan de eigen situatie.^{9,10}

De invoering van het zorgplan loopt niet altijd op rolletjes. In één instelling hebben zich enige aanloopproblemen voorgedaan over de taakverdeling en het meetbaar maken van resultaten⁷. Een andere instelling geeft aan dat de invoering een moeizame zaak was, maar dat het wel steeds beter gaat.⁹

6.3.6 Uniforme toepassing

Het is de bedoeling dat de zorgplansystematiek uniform gebruikt wordt en dat alle stappen worden doorlopen.^{7,8,9,10} Ze ligt ook schriftelijk vast.^{7,8,9,10}

Evaluatie van de toepassing van de zorgplansystematiek vindt, al dan niet systematisch, plaats op verschillende manieren.

- evaluatie met de individuele bewoner of hij de zorg heeft gekregen die is afgesproken in de intake⁷
- bespreking in werkbegeleiding^{7,9}
- collega's letten er onderling op dat iedereen de systematiek toepast, omdat er anders verwarring ontstaat⁸
- eenmalig dossieronderzoek⁹
- bespreking in het functioneringsgesprek⁹
- cliëntenraadpleging⁹
- signalen van medewerkers die scholing in de systematiek volgen.¹⁰

Deze evaluaties hebben verschillende uitkomsten opgeleverd.

- De systematiek is helder en doeltreffend⁷ en sluit goed aan bij de praktijk.¹⁰
- Medewerkers vinden het moeilijk zich de systematiek eigen te maken: zij vinden het moeilijk om doelen, zorgvragen en actieplannen te formuleren.⁹
- De evaluaties zijn de basis voor verbetering van de systematiek door de eenduidigheid te vergroten⁷ of door scholing⁹, zodat een meer uniforme toepassing bereikt wordt.

De zorgplansystematiek is bruikbaar voor collega-instellingen^{7,8,9,10}, andere instellingen in de GGZ^{7,8,9,10} en ook voor andere sectoren en doelgroepen^{7,8,10}, met eventueel enige aanpassingen.

6.3.7 Effectiviteit

Doelbereik

De zorgplansystematiek heeft een aantal goede uitwerkingen.

- De transparantie neemt toe, onder meer doordat plannen cliënten duidelijk zijn en nagedacht wordt over elk onderwerp en hoe dit getoetst kan worden.^{8,9,10}
- De zelfredzaamheid van de cliënten is bevorderd⁷, cliënten worden serieus genomen.⁹
- De in te zetten middelen zijn duidelijk beschreven.^{8,9}
- De gang van de cliënt door het zorgproces is goed beschreven.⁸
- Er kan gecheckt worden of afgesproken acties inderdaad gebeuren.⁸
- Cliënten zijn tevreden, maar medewerkers zien nog lacunes.⁹
- De systematiek draagt bij aan professionalisering.⁹

Doelen zijn soms nog niet bereikt omdat het werken met de zorgplansystematiek een moeizaam leerproces is⁹, of omdat de invoering nog in de kinderschoenen staat.¹⁰

Deze uitspraken over doelbereik zijn deels gebaseerd op harde gegevens, maar voor een groot deel ook op indrukken.

Andere effecten

De instellingen noemen de volgende positieve effecten van het werken met een zorgplansystematiek.

- Er is meer eenduidigheid in het handelen.^{8,10}
- Er is tijdwinst voor het management omdat zij bij vragen kunnen verwijzen naar de systematiek.⁸
- Medewerkers en management zijn zich bewust geworden van het gemis van een visie.⁸
- Medewerkers zijn gericht gaan kijken naar de zorgbehoefte van cliënten.⁹
- De systematiek levert zicht op de beperkingen van medewerkers en verschillen tussen medewerkers en inzicht in knelpunten en thema's die belangrijk zijn voor scholing⁹, pijnpunten van de organisatie worden blootgelegd door de systematiek.¹⁰
- Medewerkers accepteren de systematiek redelijk, er is sprake van een attitudeverandering, door het ZOS zijn de geesten rijp gemaakt voor het werken met elektronische hulpmiddelen.¹⁰

Een negatief effect is dat de systematiek een zekere starheid heeft. Als men iets wil veranderen aan de systematiek moet een hele procedure doorlopen worden.⁸

Al met al overheersen de positieve effecten. Hoewel gerekend moet worden op extra kosten en werkdruk in de aanloopfase^{8,9,10} vinden de geïnterviewden dat de baten van de zorgplansystematiek opwegen tegen de kosten.^{7,8,9}

Waardering

Het management waardeert de systematiek positief.^{7,9,10} Soms worden naast de voordelen echter ook ernstige nadelen gezien in de vorm van grote tijdsinvestering en werkdruk in de aanloopfase en is de waardering wisselend.⁸ Een ZOS brengt in de ontwikkelfase veel kosten met zich mee.¹⁰

De waardering van medewerkers varieert. Sommigen zijn positief^{7,9}, ook al hebben ze er moeite mee zich de systematiek eigen te maken.⁹ Positief vinden ze dat de systematiek een concreet houvast geeft en een goed instrument is voor de afstemming van de zorg op de vraag.⁷ Anderen zijn ambivalent: ze zien het voordeel van meer eenduidigheid en (op den duur) tijdwinst, maar ze zien ook de tijd die nodig is in de aanloopfase en het papierwerk.⁸ In een instelling reageren medewerkers snel enthousiast als ze kennis maken met de systematiek, maar er wordt gesignaleerd dat er een harde kern bestaat die het allemaal maar niets vindt.¹⁰

Bij één instelling ontbreekt informatie over de waardering van cliënten.⁸ In de andere drie instellingen reageren cliënten over het algemeen positief.^{7,9,10} In één instelling wordt hierbij wel aangetekend dat de zorgplansystematiek erg gericht is op het heden en de toekomst; het verleden krijgt weinig aandacht.⁹ Dat is wennen voor cliënten. Soms twijfelen cliënten aan de noodzaak van de systematiek, maar ze vinden het prettig om hun eigen plan te mogen maken en verantwoordelijkheid te dragen voor het eigen leven en de eigen toekomst.⁹

6.3.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De implementatie van de zorgplansystematiek vraagt tijd. Medewerkers moeten leren ermee te werken, zo hebben we in het bovenstaande kunnen zien. Als de implementatie goed verloopt draagt de zorgplansystematiek bij aan de kwaliteitsbewaking van het primaire proces.

Er zijn factoren die de implementatie bevorderen.

- Commitment van medewerkers: werken met werkgroepen van medewerkers¹⁰, elkaar op gebruik van de systematiek aanspreken.⁸
- Investeren in motivatie en goede scholing in combinatie met begeleiding van medewerkers.^{9,10}
- Tijd en ruimte geven voor het opzetten van het systeem en het leerproces.^{7,9}
- Het gebruik moet gestuurd worden door de leidinggevenden op afdelingsniveau.⁸
- Het werkt stimulerend als de systematiek het werk voor medewerkers inzichtelijk maakt.⁹
- De systematiek moet aansluiten bij de behoefte van de cliënt. Als cliënten kunnen aangeven wat ze willen en mondiger worden, werken ze gemakkelijker mee.⁹
- Veel interne voorlichting, veel communiceren over het systeem.¹⁰

Belemmerend werkt het bureauwerk dat de systematiek met zich mee brengt: medewerkers zijn dit niet gewend; zij zijn evenmin gewend om eerst te lezen en te plannen en dan te handelen.⁸ Onvoldoende tijd en personeel en onvoldoende scholing werken ook remmend. Bij het ZOS wordt als risico gesignaleerd dat het van groot belang is te zorgen voor breed commitment; het mag geen ontwikkeling worden van een groep mensen die zich isoleert.¹⁰

Vereiste inzet

De ontwikkeling van een zorgplansystematiek kost veel tijd.⁸ Voor de implementatie zijn scholing en werkbegeleiding nodig; medewerkers en leidinggevenden moeten het zich eigen maken.^{7,9,10} Het opstellen van een zorgplan vraagt tijd, maar deze investering verdient zich, zo is de indruk, later weer terug omdat efficiënter en doelgerichter gewerkt wordt.^{7,8,10} De invoering van een ZOS is een 'megaproject'.¹⁰

Inbedding

De zorgplansystematiek is ingebed in het kwaliteitsbeleid van de afdeling of de instelling.^{7,8,9,10} In twee instellingen is de systematiek onderdeel van een deelsysteem met systematische evaluaties en verbeteringen door intercollegiale toetsing⁹ en projectevaluaties.¹⁰

6.3.9 *Samenvatting en conclusie*

De zorgplansystematiek is een systematische procedure voor het werken met een zorgplan bij de uitvoering van de zorg. Ze kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg doordat de zorg transparanter en meer cliëntgericht wordt en een betere afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag kan plaatsvinden. De systematiek draagt bij aan eenduidigheid van termen en handelen en bevordert zo de professionaliteit. Bovendien wordt ze frequent gebruikt: door elke hulpverlener en elke cliënt. Het is een instrument met een grote reikwijdte.

Bij het ontwikkelen van een zorgplansystematiek zijn vooral managers en medewerkers en niet cliënten betrokken. De invoering van een zorgplansystematiek blijkt vaak een moeizaam proces dat veel tijd vergt. Scholing en begeleiding van medewerkers zijn noodzakelijk omdat zij het moeilijk vinden om zorgvragen, doelen en actieplannen te formuleren in overleg met de cliënt. Als zij de systematiek eenmaal gewend zijn, kan tijdwinst optreden.

De zorgplansystematiek houdt zelf een cyclus van doelen stellen, plannen maken, uitvoeren en evalueren in. Er zijn allerlei manieren om het werken met de systematiek te evalueren, maar deze worden niet altijd systematisch toegepast. Kansen op verbetering worden hierdoor gemist.

Sterke kanten

- Het is een instrument met een belangrijke impact op de kwaliteit van zorg.
- Het maakt de zorg transparanter en meer cliëntgericht en bevordert afstemming van het aanbod op de vraag.
- Het draagt bij aan eenduidigheid van termen en handelen en aan professionaliteit.
- Managers en cliënten zijn overwegend positief.

Zwakke kanten

- Het vraagt een grote tijdinvestering in de aanloopfase.
- Scholing en begeleiding zijn nodig.
- Medewerkers hikken aan tegen de tijdsinvestering en het bureauwerk.

Aanbevelingen

- Zorg ervoor dat medewerkers en cliënten bij de opzet van de systematiek betrokken zijn, geef voorlichting en communiceer er veel over.
- Beperk de systematiek tot belangrijke onderwerpen en let erop dat ze zaken behandelt die de zorg voor medewerkers en cliënten inzichtelijk maken.

- Wijzig de systematiek niet voortdurend.
- Reken op extra kosten en werkdruk in de invoeringsfase.
- Streef naar een geautomatiseerde versie zodat de informatie snel en direct beschikbaar is.
- Geef scholing aan medewerkers en leidinggevenden.
- Begeleid medewerkers, zodat iedereen met de systematiek kan werken.

6.4 *Protocollen specifieke situaties*

6.4.1 *Definitie*

Protocollen voor specifieke situaties geven richtlijnen en instructies voor specifieke situaties die zich kunnen voordoen in de zorg.

Onderzocht zijn de volgende protocollen.

- protocol urinecontrole in de klinische zorg van een instelling voor verslavingszorg¹¹
- protocol inspraak cliënt¹³
- protocol medicatiedistributie¹⁴
- protocol opvang na geweld¹⁵
- protocol seksueel misbruik¹⁶
- protocol depressie¹⁷
- protocol kinderen van ouders met psychiatrische problematiek⁹⁶

Eenmaal ging het interview over protocollen voor specifieke situaties in het algemeen; bij deze instelling zijn deze protocollen opgenomen in een boek *Procedures en Richtlijnen*.¹²

6.4.2 *Geïnterviewden*

- 1 instelling voor verslavingszorg¹¹ (1 manager)
- 1 RIBW¹² (1 manager en 1 stafmedewerker)
- 3 RIAGG's^{13,17,96} (2 managers en 1 medewerker)
- 2 geïntegreerde instellingen^{14,15} (2 managers, 1 behandelcoördinator en 2 stafmedewerkers)
- 1 multifunctionele organisatie voor jeugdzorg¹⁶ (1 behandelcoördinator en 1 medewerker)

6.4.3 *Doelstellingen*

De doelen zijn als volgt geformuleerd.

- goed regelen of verbeteren van de situatie waar het protocol op gericht is.^{13,15,16,96} Zo is er een protocol gemaakt voor de inspraak van cliënten naar aanleiding van slechte resultaten hierover in een tevredenheidsonderzoek.¹³ Of het bleek nodig om het omgaan met geweld te regelen omdat medewerkers aangaven dat geweld een belangrijk item was.¹⁵ Ook het bleek van belang om vroegtijdige onderkenning van en aandacht voor

problemen bij kinderen van ouders met psychische problemen te bevorderen⁹⁶

- Verantwoord handelen: ervoor zorgen dat de voorgeschreven handelingen gestandaardiseerd worden uitgevoerd, zodat er geen hiaten vallen^{11,14,16}
- ondersteuning van medewerkers: een leidraad bieden zodat ze weten hoe te handelen in een bepaalde situatie^{12,14}: ‘Sommige dingen komen niet vaak voor en dan is het handig om het op te kunnen zoeken.’
- het treffen van preventieve maatregelen, op basis van uitkomsten van het protocol^{11,15}
- transparant maken van het handelen en verantwoording kunnen afleggen¹⁶

De protocollen zijn gericht op cliëntgerichtheid^{11,12,13,16,96} en doeltreffendheid^{11,12,14,16,96}, daarnaast ook doelmatigheid^{11,12,14}, afstemming van het aanbod op de reële behoefte van de cliënt^{11,96}, transparantie^{16,96} en het afleggen van verantwoording.¹⁶

6.4.4 Inhoud

De protocollen beschrijven concrete stappen voor de uitvoering van handelingen in bepaalde situaties en ook de volgende zaken.

- taken en verantwoordelijkheden van betrokken medewerkers en de cliënt^{11,13,14}
- controlemomenten^{13,14}
- manieren om gevaarlijke situaties te vermijden¹⁵
- de procedure om de situatie te melden¹⁵
- beslisregels voor spreekuur, intake en behandeling bij cliënten met depressieve stoornissen¹⁷
- omschrijving van signalen en een vragenlijst voor vroegonderkenning en beoordeling⁹⁶

Voorbeelden van handelingen die in de protocollen staan beschreven: de wijze waarop de cliënt voorgelicht moet worden en welke afspraken nagekomen moeten worden¹¹; hoe omgegaan moet worden met beëindigingen van plaatsingen¹²; wat bij evaluaties van het zorgproces aan de cliënt gevraagd moet worden¹³; hoe het vervoer van medicatie naar afdelingen moet plaatsvinden¹⁴; de wijze waarop medewerkers na een geweldsincident terugkeren naar de afdeling¹⁵; de te voeren gesprekken, diagnostiek en rapportage bij een vermoeden van seksueel misbruik¹⁶; en een richtlijn voor gesprekken met kinderen en ouders in gevallen waarin ouders met psychische problemen kampen.⁹⁶

Bij één instelling geeft het managementinformatiesysteem een signaal aan medewerkers wanneer het tijd is het protocol toe te passen.¹³

6.4.5 *Betrokkenen*

De protocollen worden gebruikt door medewerkers en zijn ontwikkeld door medewerkers en management.^{11,12,13,14,15,16,17,96} Cliënten zijn in drie instellingen ook bij de opzet van een protocol betrokken geweest.^{11,12,96} Zo waren cliënten bijvoorbeeld actief betrokken bij de manier waarop het omgaan met testuitslagen van urinecontroles in een protocol werd geregeld.¹¹ Ander voorbeeld zijn cliënten die betrokken waren bij beschrijvingen van rechten en plichten van cliënten in een protocollenboek.¹² Eén instelling geeft aan dat cliënten niet betrokken zijn geweest maar wel spontaan reageren op onderdelen van het protocol waar ze mee te maken krijgen.¹⁴ Dit is aanleiding geweest voor verbeteringen.

Het management^{11,12,15,16,17,96} en de medewerkers zelf^{12,14} zijn verantwoordelijk voor de toepassing.

De verantwoordelijkheid voor het protocol, dat wil zeggen de kwaliteit en de verbeteringen, ligt bij het management en in laatste (formele) instantie bij de Raad van Bestuur.^{11,13,15,16,17} Stafbureaus, stafmedewerkers, beheerders en werkgroepen hebben vaak een beheers- en bewakingsfunctie voor de protocollen.^{11,12,14,96} De cliëntenraad is ook wel betrokken bij evaluaties en kwaliteitsbewaking van het protocol.¹¹

De protocollen zijn meestal door de instellingen zelf ontwikkeld.^{12,13,14,15,96} Ook zijn bij de ontwikkeling in grotere of geringere mate landelijke modellen of richtlijnen gebruikt.^{11,14,16,17,96}

De specifieke situaties waar de protocollen voor bestemd zijn, doen zich redelijk frequent voor. Ze worden regelmatig tot vaak, zelfs dagelijks, gebruikt^{11,13,14,15,17} of als dat nodig is.^{12,16,96}

De meeste protocollen zijn al enige tijd in gebruik (sinds een tot tien jaar).^{11,12,14,15,17,96} Eén protocol is nog in ontwikkeling.¹³

De protocollen hebben een grote reikwijdte: bij collega-instellingen, bij andere instellingen binnen de sector en buiten de sector.^{11,12,13,14,16,17,96}

6.4.6 *Uniforme toepassing*

Het is de bedoeling dat de protocollen door iedereen op dezelfde manier gebruikt worden^{11,12,13,14,16,17,96}, hoewel enkele instellingen expliciet aangeven ruimte te laten voor afwijkingen.^{17,96} Het protocol is schriftelijk vastge-

legd.^{11,12,13,14,15,16,17,96} Meestal wordt er geen onderzoek gedaan naar het gebruik van de protocollen.^{12,15,16,17} Evaluatie en controle vinden soms systematisch, soms ad hoc plaats, bijvoorbeeld door afdelingen te bevragen^{11,14} of door het gebruik periodiek in stafbesprekingen en afdelingsoverleg na te gaan.¹⁷ Eén instelling heeft een onderzoek gedaan met interviews en dossieronderzoek.⁹⁶

In het algemeen worden de protocollen adequaat toegepast.^{12,96} De indruk bestaat dat het gebruik sterk afhankelijk is van het feit of de leidinggevende het gebruik stimuleert en hoe vaak de specifieke situatie zich voordoet.¹⁵ Soms moet streng op de naleving worden toegezien, omdat medewerkers anders weer terugvallen in oude werkwijzen.¹⁴

Er waren in een aantal gevallen wel aanloopproblemen.^{11,12,14,96} Eenmaal waren niet alle voorzieningen voor de toepassing aanwezig.¹¹ Een instelling vertelt dat de medewerkers in het begin steeds op het bestaan van het protocol en het belang ervan gewezen moesten worden.^{12,96} Ook geeft een instelling aan dat in het begin een aantal zaken erg stroef liep, omdat medewerkers eigen werkwijzen hanteerden en zich uit weerstand niet aan het protocol hielden.¹⁴

In de loop van de tijd neemt de bekendheid van het protocol echter toe en gebruiken medewerkers het consequenter.^{12,14} Maar regelmatige evaluaties en aanpassingen blijven nodig.^{12,14}

6.4.7 Effectiviteit

Doelbereik

De doelen van de protocollen worden soms helemaal bereikt^{12,11,14} (tweemaal zelfs 'in grote mate'), soms voor een deel.^{15,17,96} Tweemaal is er nog onvoldoende ervaring met de protocollen om hier iets over te kunnen zeggen.^{13,16} Het doelbereik wordt afgeleid uit registratiegegevens¹¹; (niet systematisch gevoerde) gesprekken¹²; afname van foutmeldingen en van vragen over zaken die in het protocol staan¹⁴; en uit nagesprekken met medewerkers die met het protocol te maken hebben gehad.¹⁵

Welke doelen zijn bereikt? Het is gelukt om een standaard te geven die gebruikt wordt. De registratie aan de hand van het protocol is zeer betrouwbaar.¹¹ Het protocol leidt tot een goede routing van medicijnen en tot duidelijkheid: medewerkers stellen minder vragen over zaken die het protocol regelt.¹⁴ Het protocol resulteert in adequate handelwijzen^{15,17} en fungeert als geheugensteun voor hulpverleners.⁹⁶

Verder bestaat de indruk dat de protocollen de efficiëntie bevorderen^{12,14,17}; de doeltreffendheid^{14,17}; de inspraak van cliënten en de cliëntgerichtheid.^{11,13}

Welke doelen zijn niet bereikt? Het lukt niet om het protocol overal systematisch toe te passen.^{15,96}

Andere effecten

In het algemeen worden positieve effecten gemeld^{11,12,14,15}, onder andere minder fouten en betere controle mogelijkheden¹⁴; meer aandacht voor opvang na geweld, ook preventief en ook bij het management¹⁵; bewustwording en attitudeverandering¹⁵; betere bespreekbaarheid van zaken in het protocol¹⁵; en meer overeenstemming in behandeldoelen tussen hulpverleners.¹⁷

Expliciet als onbedoeld aangemerkte effecten zijn de volgende.

- Het aantal ontslagen tegen de wens van de cliënt is verminderd.¹¹
- Het protocol kan bureaucratisch gaan werken, waarbij de oplossing is de nadruk te leggen op procedures die heel praktisch zijn.¹²
- Het stimuleert de automatisering; immers, het proces is gestructureerd.¹⁴
- Een negatief effect is dat de medicijnhistorie niet meer zichtbaar is en het volume van de medicatie is toegenomen.¹⁴
- Het gebruik van het protocol leidt ertoe dat fouten beter zichtbaar worden.¹⁴

Bijscholing bleek nodig omdat medewerkers anders in de oude werkwijze terugvallen.¹¹

Gevoelsmatig wegen de baten meestal op tegen kosten^{11,12,14,15}: 'Het verdient zichzelf terug doordat er minder vragen zijn over hoe iets moet en minder fouten worden gemaakt.' 'Het protocol is een middel om veel zaken in beweging te krijgen.' Eenmaal wordt echter de vraag gesteld of het protocol alle inzet met de vele startproblemen wel waard is geweest.⁹⁶

Waardering

Het protocol wordt in het algemeen positief gewaardeerd door het management.^{11,12,13,15,17,96} Eenmaal wordt aangegeven dat de direct leidinggevenden in de afdelingen het protocol waarderen, maar dat het op hoger managementniveau meer ambivalentie ontmoet, omdat door het protocol mogelijk negatief gedrag (zoals agressie) wordt gestimuleerd.¹⁵

Voor medewerkers is het beeld wat gedifferentieerder. In een aantal instellingen waarderen de medewerkers het protocol positief.^{11,12,15} Zij vinden het prettig een vaste procedure te hebben waar ze op terug kunnen vallen als de situatie zich voordoet^{11,12,14,15} en waarderen het dat door het protocol zaken

bespreekbaar worden.¹⁵ Maar medewerkers zien naast positieve aspecten vaak ook negatieve.^{11,14,15,17,96} Ze geven bijvoorbeeld aan dat het protocol niet cliëntvriendelijk is, vinden sommige onderdelen pietluttig of ervaren het als een weerstandopwekkend keurslijf.

Hoe cliënten het protocol waarderen, is niet altijd bekend en ook niet altijd systematisch onderzocht. Voor zover er wel informatie over is, blijkt de waardering uiteen te lopen en deels positief, deels negatief te zijn. Redenen voor positieve waardering zijn^{12,13,14,15,17} de volgende.

- Cliënten vinden dat de medewerkers de zaken die in het protocol geregeld zijn moeten weten en dat zij hiermee de cliënten moeten kunnen helpen.
- Cliënten vinden het goed dat medewerkers steun krijgen door protocollering.
- Cliënten zijn zich meer verantwoordelijk gaan voelen voor de zaken in het protocol.
- Cliënten vinden het prettig dat regelmatig geëvalueerd worden en dat ze daarbij hun mening kunnen zeggen.

Soms wordt het protocol door cliënten negatief gewaardeerd.^{14,15,17}

- Het protocol wordt als bedreigend of onhandig ervaren.
- Het brengt starheid in de behandeling met zich mee.

Het komt ook voor dat cliënten het protocol hebben geaccepteerd zonder dat ze er expliciet positief of negatief over zijn.^{11,14} Ze vonden het bijvoorbeeld in het begin omslachtig, maar de nadelen zijn weggezaakt.¹⁴

6.4.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Er zijn factoren die de implementatie van protocollen voor specifieke situaties bevorderen.

- Medewerkers^{14,16} en management¹⁵ moeten het nut zien, bijvoorbeeld dat minder fouten optreden of dat met het protocol verantwoord gehandeld kan worden.
- Bereidheid tot protocollair werken bij medewerkers (zij zijn bijvoorbeeld bereid geweldsincidenten te melden)¹⁵ en commitment bij het management.⁹⁶
- Cliënten goed informeren over het hoe en waarom van het protocol.¹¹
- Het protocol goed afstemmen op de dagelijkse praktijk en alleen praktische zaken erin opnemen.¹²

- Het protocol opnemen in een geautomatiseerd systeem, waardoor gecontroleerd kan worden of ermee gewerkt wordt.¹³
- Regelmatig gebruik.¹⁵
- Veel gesprekken voeren met medewerkers over het protocol, met thema-ochtenden, regionale bijeenkomsten, symposia.⁹⁶

De effecten van de protocollen kunnen nog wel verbeterd worden. Bijvoorbeeld door de tijd die het protocol vergt te verkorten¹¹ en de gebruikswaarde te toetsen bij medewerkers.¹² Ook door meer systematisch te evalueren¹², te controleren en in gesprek gaan over hiaten en wensen¹⁴ kan het profijt verhoogd worden. Soms zijn protocollen minder geschikt voor bepaalde doelgroepen; door dit vast te leggen ontstaat meer duidelijkheid.¹⁷ Andere suggesties voor verbetering zijn: herhaalde deskundigheidsbevordering en het vrijstellen van een medewerker voor specifieke toepassing van het protocol.⁹⁶

Anderzijds werken de volgende factoren belemmerend.

- Het protocol is logistiek ingewikkeld en er zijn veel handelingen mee gemeoid.¹¹
- De procedures in het protocol werken niet goed¹² en met meldingen naar aanleiding van het protocol gebeurt niets.¹⁵
- Het protocol is tijdrovend en vergt meer administratie dan werken zonder protocol.¹⁴
- Het protocol leidt tot meer maatregelen.¹⁵
- Het onderwerp van het protocol leeft niet bij de medewerkers.¹⁵
- Medewerkers ervaren het protocol als een keurslijf.¹⁷

Vereiste inzet

Soms kost het werken met de protocollen of het up-to-date houden extra tijd.^{11,12,14} De tijdsinvestering kan afnemen als men gewend is aan het protocol.¹¹ Andere protocollen vragen een minimale of geen extra tijdsinvestering.^{15,16,96}

Scholing en speciale materialen zijn een mogelijke kostenpost^{11,14,17}, maar de protocollen kunnen ook kosteloos zijn.^{12,16}

Een instelling geeft aan dat de implementatie van een protocol voor een specifieke situatie zeker twee jaar kost.¹⁷

Inbedding

De protocollen zijn meestal ingebed in het (kwaliteits)beleid van de organisatie^{11,14,15,16,96}, zij het niet altijd even duidelijk en systematisch.¹⁴ In drie instellingen is er geen relatie met het kwaliteitsbeleid.^{12,15,17} Minder vaak zijn ze een

deelsysteem waarin ze systematisch worden gebruikt voor toetsing en verbetering van zorg^{12,17}, bijvoorbeeld door evaluatie van met het protocol geregistreerde gegevens of van foutenmeldingen.

6.4.9 *Samenvatting en conclusie*

In de GGZ kunnen zich allerlei specifieke situaties voordoen die belangrijk zijn en die men graag goed wil regelen. Een protocol moet er dan voor zorgen dat handelingen in die situatie verantwoord en transparant worden uitgevoerd. De protocollen moeten uniform worden toegepast en zijn daarom ook schriftelijk vastgelegd. De situaties waar de protocollen voor bedoeld zijn doen zich vrij frequent voor.

De protocollen hebben een redelijk doelbereik. Ze kunnen een bijdrage leveren aan cliëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg. De ontwikkeling en de toepassing van de protocollen zijn vooral een aangelegenheid van management en medewerkers; cliënten zijn alleen betrokken als ze een expliciet belang hebben.

Bij de implementatie kunnen zich (aanloop)problemen voordoen, met name omdat medewerkers het protocol niet consequent gebruiken. Belangrijk is dat de gebruikers het nut van de protocollen zien voor de praktijk en gemotiveerd zijn ze toe te passen. Goede informatie en frequent gebruik stimuleren de toepassing. Regelmatige evaluaties en aanpassingen blijven nodig. Het management waardeert de protocollen positiever dan de medewerkers, die niet alle onderdelen relevant vinden. Cliënten vinden sommige onderdelen van de protocollen goed, andere minder. Hun mening is niet altijd bekend.

Sterke kanten

- De protocollen leiden tot verantwoord handelen in moeilijke situaties, ze bieden houvast.
- Medewerkers weten beter hoe te handelen en maken minder fouten.
- Managers oordelen positief over de protocollen.

Zwakke kanten

- Medewerkers gebruiken de protocollen niet consequent, moeten ertoe aangezet worden.
- Implementatie vraagt tijd en aandacht, aanloopproblemen kunnen zich voordoen.
- Waardering van medewerkers en cliënten is wisselend.

Aanbevelingen

- Informeer medewerkers en cliënten goed.
- Voer gesprekken met gebruikers over de protocollen en bespreek hiaten en knelpunten.
- Zorg voor scholingsmogelijkheden en zie toe op het gebruik.
- Maak de protocollen niet ingewikkeld, houd ze praktisch.
- Evalueer regelmatig en pas de protocollen aan, zodat medewerkers het nut ervan blijven zien en de protocollen als hulpmiddel ervaren.

7 Waardering door klanten en belanghebbenden

7.1 Inleiding

Tot nu toe ging het om instrumenten voor het management van verschillende processen in de instellingen. In dit en de volgende hoofdstukken richten we de blik op de uitkomsten van zorg. Verschillende uitkomstmaten zijn volgens de literatuur relevant (Joint Commission, 1997; INK, 1999; Walburg, 1999). Aan de ene kant gaat het om de waardering die cliënten, belanghebbenden, medewerkers en maatschappij hebben voor de geleverd zorg. Aan de andere kant gaat het om efficiëntie en effect: bedrijfsresultaten en klinische resultaten.

In dit hoofdstuk gaan we in op de instrumenten waarmee instellingen de waardering van klanten en belanghebbenden, zoals familie in beeld brengen.

7.2 Onderzoek naar waardering door cliënten

7.2.1 Definitie

In dit onderzoek wordt incidenteel of periodiek het oordeel van (ex-)cliënten gevraagd over de verleende zorg.

7.2.2 Geïnterviewden

- 1 RIBW⁷³ (2 medewerkers)
- 1 MKT (onderdeel van een stichting voor jeugdzorg)⁶⁹ (1 manager, 1 medewerker)
- 1 RIAGG⁷² (stafmedewerker)
- instellingen voor verslavingszorg^{65,68} (1 manager, 3 stafmedewerkers)
- geïntegreerde voorzieningen^{64,67,70,71,74} (3 managers, 4 stafmedewerkers, 1 ondersteuner cliëntenraad, 1 voorzitter cliëntenraad)

7.2.3 Doelstellingen

Met een waarderingsonderzoek onder cliënten streven de instellingen de volgende doelen na.

- informatie krijgen over de tevredenheid van cliënten^{71,73} over
 - de behandeling^{69,72} en de effecten ervan⁶⁹
 - de informatieverstrekking (in het bijzonder over het aanbod)⁶⁷
 - (de aansluiting van) het zorgprogramma (op hun wensen)⁷⁰

- verbeterpunten in de kwaliteit van zorg opsporen vanuit het perspectief van cliënten^{64,65,68,71,72} in het kader van: cliëntgericht werken⁶⁴, van wetgeving⁶⁵, van het kwaliteitsbeleid volgens het INK⁶⁸
- Onderlinge vergelijking van
 - zorgprogramma's op cliënttevredenheid⁶⁸
 - de tevredenheid van cliënten van andere instellingen⁷²
 - de tevredenheid van autochtone en allochtone cliënten⁷²
 - de tevredenheid van mannen en vrouwen⁷²
 - de tevredenheid in 1999 en in 1993⁷³

De volgende aspecten staan centraal: cliëntgerichtheid^{64,65,68,69,71,72,73,74}, waardering door klanten^{64,65,67,69,70}, afstemming van het zorgaanbod op de behoefte van de cliënt^{64,70,71,74}, doeltreffendheid^{65,67,69,74}, doelmatigheid⁷⁴ en transparantie.⁷⁴

7.2.4 *Inhoud*

De instrumenten om de tevredenheid van cliënten te onderzoeken komen op een aantal punten overeen. Het gaat in de meeste gevallen om een gesloten vragenlijst die cliënten na afloop van de zorg invullen. Er wordt vaak gewerkt met stellingen gevolgd door een schaal waarop de cliënt zijn antwoord kan aangeven. Items hebben betrekking op het gehele zorgproces, op informatieverstrekking, bejegening, verblijf, en dergelijke. Het aantal vragen lijkt doorgaans vrij groot. Om een indruk te krijgen van de (gevarieerdheid van de) instrumenten is in bijlage 6 een beknopte weergave opgenomen van elk instrument.

7.2.5 *Betrokkenen*

De volgende personen zijn op verschillende manieren betrokken bij het gebruik van het instrument voor waarderingsonderzoek. Afgezien van het feit dat cliënten als respondent betrokken zijn bij het instrument, hebben zij in een vijftal instellingen via de cliëntenraad een rol gespeeld bij de totstandkoming van het instrument.^{64,65,67,71,74} De vragenlijst is ter goedkeuring aan de cliëntenraad voorgelegd en suggesties voor verbeteringen zijn erin verwerkt. In een enkel geval was de cliëntenraad het niet eens met de instrumentkeuze van de instelling; de raad vond het instrument van de LPR een beter alternatief.⁷¹

Van één instelling is bekend dat medewerkers betrokken zijn geweest bij het uitwerken van specifieke vragen voor de vragenlijst voor cliënten van hun

afdeling.⁷⁰ Voor de uitvoering wordt het afdelingsmanagement⁷¹ verantwoordelijk genoemd, of de kwaliteitsmedewerker in samenspraak met een projectgroep van cliënten/bewoners en medewerkers.⁷³ Drie instellingen lieten het onderzoek uitvoeren door een onderzoeksinstituut.^{68,72,73}

Het beoordelen van de onderzoeksresultaten op mogelijke verbeterpunten behoorde tot de taak van medewerkers en het afdelingsmanagement.^{69,70,71} In één instelling zijn de resultaten ook met cliënten besproken.⁷⁰ Eén instelling noemt het afdelingsmanagement verantwoordelijk voor de verbeterprojecten die uit de resultaten voortvloeien.⁷² De directie draagt de eindverantwoordelijkheid.^{64,72,73}

In een aantal gevallen stelde de instelling expliciet iemand⁶⁴ verantwoordelijk voor het op peil blijven van het instrument: de manager onderzoek⁷⁰, de behandelcoördinator⁶⁹ of de kwaliteitsmedewerker.⁷¹

Hoe vaak voeren instellingen een onderzoek naar de tevredenheid van hun cliënten uit?

Eén instelling heeft de vragenlijst één keer gebruikt en zou dit graag herhalen als de verbeterprojecten zijn gerealiseerd.⁷² In twee instellingen is het instrument in een pilot gebruikt^{64,71}; in de ene instelling is het de bedoeling om de vragenlijst elk kwartaal in één sector te gaan gebruiken, met een frequentie van een keer per jaar per sector.⁶⁴ De andere instelling is van plan het instrument voortaan jaarlijks in de gehele instelling – mogelijk aangepast aan de afzonderlijke afdelingen – te gebruiken.⁷¹ Verder is er één instelling⁷³ waar een cliëntenonderzoek twee keer met dezelfde vragenlijst is uitgevoerd; op dit moment houdt een werkgroep zich bezig met een instrument dat cyclisch de tevredenheid van cliënten kan meten. Het komt ook voor dat het gebruik van het instrument nog een incidenteel karakter heeft⁷⁰. Het instrument bevindt zich nog in het stadium van verdere ontwikkeling. Na twee keer ligt de toepassing nu stil door een reorganisatie. Ook een andere instelling meldt dat hun instrument zich na een gemiddeld gebruik van drie keer per jaar nog in een experimenteerfase bevindt.⁷⁴

In een aantal instellingen wordt het instrument continu gebruikt: alle cliënten krijgen de lijst na afloop van de zorg.^{65,67,68,69} De interviews die in een instelling met cliënten worden gehouden vinden één keer in de vier jaar plaats.⁶⁵

In de instellingen waar de vragenlijst een keer is gebruikt gebeurde dit in 1996⁷³ en in 1998.^{64,71} Waar sprake is van tweemaalig gebruik vond dit plaats in 1997 en 1998⁷⁰ en in 1993 en 1999.⁷³ De vragenlijst is in de overige instellingen in gebruik sinds 1986⁶⁵, 1989⁶⁹, 1994⁶⁷, 1996⁶⁸, 1997.⁷⁴

De meeste instellingen hebben het instrument voor cliëntenonderzoek zelf ontwikkeld^{64,65,67,69,70,71,74}, op basis van bestaande literatuur^{64,65} en bestaande

instrumenten.^{64,69,70,74} In drie instellingen heeft een onderzoeksinstituut het instrument ontworpen.^{68,72,73}

7.2.6 *Uniforme toepassing*

Verreweg de meeste instellingen hebben een uniforme procedure voor de toepassing van de vragenlijst.^{64,65,67,69,70,71,72,73,74} Opgemerkt wordt dat er over de dataverzameling afspraken zijn gemaakt⁶⁵; dat de procedure onderdeel is van de routine⁶⁷; dat de toepassing geheel in handen is van één onderzoeker⁷⁰ of een onderzoeksinstituut.⁷² De procedure staat veelal ook op papier.^{65,70,71,72,73,74} Enkele instellingen hebben het gebruik van het instrument in een proefmeting of pilot onderzocht.^{64,71,72} Eén instelling⁶⁴ heeft nog niet besloten of het instrument regulier gebruikt gaat worden. Eén andere instelling⁷¹ doet dit wel, omdat zij tevreden zijn over het gebruik van het instrument. Zij hebben voor toekomstig gebruik een norm van 60% respons vastgesteld.

De overige instellingen kunnen, ook al is dit niet op alle punten systematisch onderzocht, wel iets zeggen over de respons, de dataverzameling en de representativiteit van de onderzochte cliënten. De respons liet vaak te wensen over (>50%).^{64,65,67,68,72} Hiervoor worden verschillende redenen genoemd. Op de opname-afdeling zijn veel cliënten in de war⁶⁴; de vragenlijst wordt niet altijd door de medewerkers meegegeven/uitgedeeld^{65,68}, omdat ze er geen tijd voor hebben vanwege onderbezetting van personeel.⁶⁸ Misschien is de lengte of de moeilijkheidsgraad het probleem.^{68,73} Waar de non-responsgroep is onderzocht, bleek dat deze cliënten op een aantal vragen significant minder tevreden waren.⁷² Eén instelling met een kleine non-respons⁷³ meldt dat er begeleiders aanwezig waren tijdens het invullen van de vragenlijst door cliënten die bovendien soms ook werden geholpen met het invullen van open vragen. Van één instelling⁶⁴ is bekend dat cliënten is gevraagd naar hun mening over de vragenlijst. Degenen die respondeerden vonden de vragen duidelijk, begrijpelijk en belangrijk. Deze instelling vindt dat met het (nog eenmalige) onderzoek een representatief beeld heeft gekregen van de mening van de cliënten. Een andere instelling constateert daarentegen dat er sprake was van oververtegenwoordiging van een bepaalde groep cliënten waardoor de gegevens niet representatief zijn.⁷²

In vier instellingen werd de vragenlijst door alle cliënten ingevuld.^{65,70,71,73} In eveneens vier instellingen bleef het cliëntenonderzoek beperkt tot één afdeling^{67,69,72,74} of tot een groot aantal afdelingen.⁶⁸

Zes instellingen achten het instrument geschikt voor toepassing in andere instellingen en sectoren.^{64,65,68,71,70,74} (met de nodige aanpassingen) Vier ande-

re instellingen vinden het een goed instrument voor gebruik in de eigen sector.^{67,69,72,73}

7.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Het instrument geeft instellingen informatie over de tevredenheid van cliënten over diverse aspecten van de zorg en de lacunes hierin. Dit doel wordt bereikt, zij het met de kanttekening dat er bij de helft van de instellingen sprake was van een vrij grote non-respons, dat de representativiteit van de informatie niet altijd duidelijk is en dat gegevens bij een aantal instellingen niet op een betrouwbare manier zijn verzameld (zie boven). Instellingen melden bijvoorbeeld dat de gegevens naar de teams en clusters worden teruggekoppeld⁶⁴; dat het onderzoek waardevolle informatie heeft opgeleverd voor de financier⁶⁵ en voor het eigen beleid.^{65,70} Ook heeft het onderzoek geleid tot het starten van verbeterprojecten.⁷² Gemeld wordt dat er programma's zijn verbeterd⁶⁸; reglementen zijn herschreven⁶⁷; en dat medewerkers zijn bijgeschoold.⁶⁷ Eén instelling vindt weliswaar de transparantie van de zorg verbeterd, maar noemt het doorvoeren van verbeteringen op sommige afdelingen nog een moeilijk punt.⁷¹ In een andere instelling bleven de resultaten achter bij de vooraf vastgestelde streefpercentages en werden vervolgens elf speerpunten geformuleerd voor informatievoorziening en inspraak.⁷² In twee instellingen is het nog te vroeg om iets te kunnen zeggen over mogelijke verbeterpunten⁷³, eens temeer omdat het onderzoek zich nog in een experimenteerfase bevindt.⁷⁴ Onderlinge vergelijking tussen afdelingen en dergelijke – het beoogde doel van drie instellingen^{68,72,73} – is slechts in één instelling gedaan.⁷²

Over het geheel genomen vinden de instellingen het een goed instrument om de kwaliteit van de zorg te verbeteren⁶⁴ en de cliëntgerichtheid^{65,68} en doeltreffendheid te verhogen.⁶⁵ Eén instelling vindt het een goed instrument omdat de vragenlijst is ontwikkeld in samenspraak met de cliëntenraad en aan enkele inhoudsdeskundigen is voorgelegd.⁶⁴ In een andere instelling wordt de vragenlijst op dit moment op validiteit onderzocht met een al gevalideerd instrument.⁷¹

Andere effecten

Het doen van een onderzoek naar de tevredenheid van cliënten heeft nog andere effecten. Medewerkers worden zich bewust van zaken die verbeterd moeten worden.^{64,69,71} Dit effect blijft niet beperkt tot de medewerkers op de onderzochte afdeling. Ook andere afdelingen willen het instrument gebruiken

omdat ze denken dat het gebruik kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering.^{64,72} Ook maakt het cliënten meer bewust van hoe het zou moeten⁶⁴ en geeft het stof voor discussie tussen cliënten en medewerkers over de kwaliteit van zorg.^{71,73} Eén instelling waarschuwt voor de valkuil dat er met de tevredenheidsmetingen gestopt wordt als het goed gaat.⁶⁸

Waardering

Het management van de meeste instellingen oordeelt positief over het doen van tevredenheidsonderzoek onder cliënten.^{64,65,68,69,71,72,73,74} Dat geldt ook voor de medewerkers.^{64,65,67,69,70,71,73,74} In twee instellingen waar het onderzoek door een extern onderzoeksinstituut is uitgevoerd is de mening van medewerkers wisselend; er zijn medewerkers die het gevoel hebben mee te werken voor de onderzoeker⁶⁸, ook vinden sommige medewerkers dat het onderzoek meer over de randvoorwaarden dan over de zorgverlening gaat.⁷²

Volgens vijf van de tien instellingen staan cliënten positief tegenover het onderzoek.^{64,67,68,70,71,73} Soms komt dit doordat de cliëntenraad erbij betrokken is^{64,67,68}, of omdat er bij cliënten veel animo bestaat om de vragenlijst in te vullen.⁶⁴ In drie instellingen lijkt de mening van cliënten wisselend; de cliëntenraad is niet bij het onderzoek betrokken is geweest⁷² of sommige cliënten verzuchten: 'alweer een lijst om in te vullen'.⁶⁸

In een andere instelling vindt de cliëntenraad het instrument te oppervlakkig; de voorkeur gaat uit naar de LPR-toetsing.⁷¹

7.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Er is een aantal factoren bevorderlijk voor de invoering van een tevredenheidsonderzoek onder cliënten. De cliëntenraad moet erbij betrokken worden, in het bijzonder bij de ontwikkeling van het instrument en het vaststellen van verbeteracties.^{67,68,72} Verder zijn eenvoud en snelheid zijn sleutelwoorden als het gaat om een succesvol gebruik van het instrument; dit geldt zowel voor de vragenlijst die cliënten gemakkelijk moeten kunnen invullen^{64,73} als voor de terugkoppeling^{64,68,71} en de procedure in zijn geheel.^{68,71} De cyclische toepassing van het instrument^{68,71} dat onderdeel moet worden van de dagelijkse routine^{65,67} is een belangrijke factor. Teams van medewerkers moeten actief betrokken worden bij de terugkoppeling van de resultaten en het opstellen van verbeteracties.^{64,68,72,73} Een cultuur van 'willen leren' is van belang.⁷⁰ Managers van afdelingen dienen verbeteracties aan te sturen^{64,72,73} en stellen hierbij prioriteiten.⁷² Een instelling wijst op de rol van stafmedewerkers die de teams moeten stimuleren om de resultaten zelf te interpreteren en die deze

interpretaties vervolgens verwerken in de rapportage.⁶⁴ Er zijn ook instellingen die wijzen op het belang van externe ondersteuning, zoals het inschakelen van een extern bureau⁷³ of van stagiaires die werk uit handen kunnen nemen.⁶⁵

De factor tijd is de voornaamste factor die remmend werkt op de invoering van het instrument (zie hierna).

Vereiste inzet

Hoewel de instellingen de kosten voor de toepassing van cliëntentevredenheidsonderzoek niet in geld kunnen uitdrukken noemen zij wel diverse werkzaamheden waar geld en tijd mee zijn gemoeid. Direct met kosten zijn verbonden: papier^{69,71,74} en porto⁶⁹, software^{70,74} en het inschakelen van een extern bureau.⁷³ Verder worden de volgende activiteiten genoemd die tijd van de instelling vragen: het maken van het instrument (20 uur per week gedurende een aantal maanden⁶⁴)⁶⁷, het verzamelen van de gegevens^{71,72,74}, de data-invoer⁷⁴ en -verwerking door de afdeling⁷¹, de terugkoppeling van de resultaten en het opstellen van verbeteracties.^{64,70,71,73} Ook de stafmedewerker^{64,71}, of een onderzoeksassistent⁶⁸ bieden de nodige ondersteuning. Twee instellingen vinden dat het gebruik van het instrument weinig tijd vraagt.^{67,69}

Als men een afweging maakt van de kosten en baten vindt men de baten groter dan de kosten^{65,67,68,71,72}, mits er een verbetertraject op volgt.⁷³ De belangrijkste reden hiervoor is dat het onderzoek inzicht geeft in de kwaliteit van zorg en verbeterpunten oplevert.^{71,73}

Twee instellingen veronderstellen dat de kosten afnemen wanneer de afdelingen het instrument in hun eigen beleid inbouwen.^{64,70} De medewerkers en het secretariaat zouden er actiever bij betrokken moeten worden.⁷⁰

Inbedding

In vier instellingen is het tevredenheidsonderzoek onder cliënten ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling.^{65,67,68,73} Hier komen de resultaten van de metingen in de beleidsbesprekingen aan de orde^{65,67}, worden hierin verbeterpunten afgesproken en wordt erover gerapporteerd in het jaarverslag.⁶⁷ Ook is er sprake van continue tevredenheidsmeting per kwartaal waarna in het afdelingsmanagement en in de teams wordt gekeken of verbeteringen gewenst zijn.⁶⁸ Twee instellingen hebben de intentie^{64,69} om het onderzoek regulier deel te laten uitmaken van het beleid van elke afdeling.

In vier instellingen past men het cliëntenonderzoek op een afdeling toe; daar is het wel onderdeel van een systematische aanpak.^{69,70,71,74} Men gaat op basis van de onderzoekresultaten na of er verbeteringen moeten worden

doorgevoerd. In één instelling is het gebruik van het onderzoek eenmalig geweest.⁷²

7.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Waarderingsonderzoek onder cliënten is een instrument dat instellingen veelal zelf hebben ontwikkeld. Zij gebruiken het om de mening van cliënten vast te stellen over de verschillende onderdelen van het zorgproces, ook over aspecten die met name vanuit het perspectief van cliënten belangrijk zijn, zoals de bejegening en de informatieverstrekking. Het kan deels breed worden toegepast; deels is het toegesneden op de eigen sector. Vaak is het een instrument dat – met de nodige aanpassing – in andere sectoren kan worden toegepast. Over het algemeen is men tevreden over het gebruik van het onderzoek onder cliënten. Het levert informatie op, die aanleiding is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Ook draagt het bij aan het kwaliteitsbewustzijn van de medewerkers. Toch zitten er in een aantal gevallen zwakke kanten aan het instrument. Zo laat de respons en de representativiteit van de informatie te wensen over, evenals de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling.

Verder vereist een goed gebruik de actieve betrokkenheid en inzet van velen: de cliëntenraad, het management, de medewerkers, de stafmedewerker en het secretariaat.

Sterke kanten

- Het instrument is goed te gebruiken in een cyclisch proces van kwaliteitsverbetering.
- Het is een instrument waarbij de cliëntenraad een actieve en belangrijke rol speelt.
- Het draagt bij aan een open cultuur, waarin aandacht is voor kwaliteit en kwaliteitsverbetering vanuit het perspectief van cliënten.

Zwakke kanten

- De validiteit en betrouwbaarheid van het instrument zijn zwak.
- Het zelf ontwikkelen van het instrument, de dataverzameling en de terugkoppeling van de resultaten kost veel tijd.

Aanbevelingen

- Zorg voor een eenvoudige vragenlijst die cliënten goed kunnen beantwoorden, en voor een eenvoudige standaardprocedure voor de dataverzameling.
- Bespreek de onderzoeksresultaten met de cliëntenraad en met teams van medewerkers. Doe gezamenlijk voorstellen voor kwaliteitsverbetering en bespreek een concrete aanpak.

7.3 *Exitinterview met cliënten*

7.3.1 *Definitie*

Een exitinterview is een gesprek met de cliënt door de hulpverlener of een collega na, of ter afsluiting van de hulpverlening over de manier waarop hij aspecten van de zorgverlening en het resultaat beoordeelt of heeft ervaren. Exitinterviews kunnen ook met familie worden gehouden.

7.3.2 *Geïnterviewden*

- 1 RIAGG⁷⁵ (1 manager)
- 1 geïntegreerde voorziening⁷⁶ (1 manager)

7.3.3 *Doelstellingen*

Met het exitinterview wil men primair terugblikken op de zorg: meten wat het oordeel is van cliënten over de inhoud van de zorg⁷⁵ en nagaan wat er goed en wat er niet goed is gegaan op cliëntniveau.⁷⁶ Eén instelling wil ook vooruitkijken naar wat de cliënt in de toekomst gaat doen.⁷⁶ Deze instelling vat het exitinterview meer op als een ontslaggesprek.

Het exitinterview is gericht op de kwaliteitsaspecten doeltreffendheid^{75,76} en cliëntgerichtheid.⁷⁵

7.3.4 *Inhoud*

Een instelling neemt de exitinterviews schriftelijk af.⁷⁵ Twee weken na afsluiting van de zorg worden ze opgestuurd naar de cliënt. Dit wordt bij afsluiting aangekondigd. Dit is een afdeling jeugdzorg. Er zijn vijf verschillende vragenlijsten: voor ouders die tertiair (bijvoorbeeld door deelname aan een groepsbijeenkomst) bij de zorg zijn betrokken; ouders die zelf ook zorg hebben gehad; en ouders die alleen zelf zorg hebben gehad, en voor jeugdigen onder en boven de 12 jaar. De vragen focussen op de inhoud van de zorg: aard, werkwijze, duur, doel, kennis en kwaliteit van de hulpverlener, effect van de zorg. Er wordt gefocust op de inhoud omdat uit satisfactieonderzoek gebleken was dat cliënten juist hierover vaak ontevreden zijn. Er is ruimte voor kwalitatieve antwoorden. De gegevens worden geanalyseerd en gegenereerd op afdelingsniveau, om gebruikt te worden voor verbetering van de kwaliteit van zorg in de betreffende afdeling.

Als het antwoord van een cliënt daar aanleiding toe geeft, wordt hij uitgenodigd om erover te praten.

Bij de andere instelling heeft het exitinterview de vorm van een gesprek tussen cliënt en de betrokken hulpverleners.⁷⁶ Het gaat over doelen en doelbereik (naar leefgebieden), bevindingen van de instelling en van de cliënt, en afspraken voor de toekomst. Hiervan wordt verslag gedaan op een formulier, dat in het dossier wordt gedaan. De vragenlijst is niet voorgestructureerd. Er worden geen overall-gegevens gegenereerd op basis van deze informatie. De informatie heeft bij deze instelling meer het karakter van een ontslagbrief. Er wordt niets mee gedaan voor het kwaliteitsbeleid.

7.3.5 *Betrokkenen*

In één instelling wordt de informatie gebruikt uit de exitinterviews voor verbetering van het werk van een afdeling; medewerkers en management zijn betrokkenen.⁷⁵ Ouders en jeugdigen vullen de lijsten in.⁷⁵ Cliënten zijn hier betrokken geweest bij de ontwikkeling van de vragenlijsten. Van de doelgroep van jeugdigen zijn twee vertegenwoordigers gevraagd om de vragenlijst te commentariëren. Dit leidde tot wijzigingen in de vragen. Ook kunnen cliënten op de vragenlijst (als slotvraag) opmerkingen maken over de lijst.

In de andere instelling blijft het gebruik beperkt tot de individuele cliënt en zijn hulpverlener(s).⁷⁶

De verantwoordelijkheid ligt eenmaal bij het management van de afdeling.⁷⁵ Voor de exitinterviews is hier een systematiek ontwikkeld: ouders en jeugdigen worden bij afsluiting geïnformeerd met een standaardbrief, de afdelingsmanager houdt bij wie welke brief en lijst krijgt, en de secretaresse houdt bij welke lijsten binnen zijn gekomen. De lijsten worden verzameld door een staffunctionaris, deze rubriceert de resultaten. De resultaten worden vervolgens besproken in de kwaliteitsgroep van de afdeling en er worden aanbevelingen gedaan voor beleid of behandeling. Dit wordt weer besproken in de vergadering van afdelingshoofd en medewerkers. Aanpassing van het instrument vindt plaats naar aanleiding van signalen, dus niet systematisch.

Bij de andere instelling heeft het exitinterview meer een plaats binnen de zorg. Hier is de mentor van de cliënt verantwoordelijk voor het houden van het interview. De manager toetst dit.⁷⁶

De exitinterviews zijn door de instellingen zelf ontwikkeld en sinds begin 1999 in gebruik.^{75,76} In principe wordt bij elke cliënt bij afsluiting een exitinterview gehouden.

De inhoud en de procedure is breed bruikbaar voor instellingen die te maken hebben met dezelfde doelgroep, voor andere doelgroepen zou de inhoud moeten worden aangepast.^{75,76}

7.3.6 *Uniforme toepassing*

Bij één instelling is het exitinterview meer gestructureerd dan in de andere. Daar is uniform gebruik ook expliciet het streven.⁷⁵ Met het oog hierop is aanvankelijk geprobeerd om de interviews mondeling af te nemen, maar cliënten bleken er niet meer voor terug te komen. Met de schriftelijke afname wordt een respons van 60% gehaald, zonder dat rappels worden verzonden. De procedure is schriftelijk vastgelegd.

Bij de andere instelling wordt minder nadruk gelegd op uniform gebruik.⁷⁶ De vragenlijst is niet gestructureerd. Schriftelijk is vastgelegd dat elke cliënt een exitinterview krijgt en er bestaat een schriftelijke instructie over de wijze van rapporteren. Soms wordt hiervan afgeweken: de cliënt is bijvoorbeeld een enkele keer niet aanwezig vanwege lange reistijd.

In beide instellingen ontbreken harde gegevens over de uniformiteit van de toepassing.

7.3.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

De doelstellingen worden bereikt. Het systeem van exitinterviews geeft duidelijkheid over wat cliënten vinden⁷⁵, bijvoorbeeld hoeveel procent van de cliënten voldoende geïnformeerd zeggen te zijn over aspecten van de zorg. Ook kan met het exitinterview wordt nagegaan wat wel of niet goed is verlopen en wordt vrijwel altijd vooruitgeblikt naar de toekomst van de cliënt.⁷⁶

In één instelling leidt dit aantoonbaar tot verbeteracties zoals aanpassing van een protocol of wijzigingen in het individuele behandelbeleid. De kwaliteit wordt dus aangepast op basis van de resultaten uit de exitinterviews.⁷⁵ Bij de andere instelling blijft de informatie in het individuele dossier van de cliënt.⁷⁶

Andere effecten

De exitinterviews leveren een gedifferentieerd beeld op. Over sommige aspecten zijn cliënten heel tevreden, over andere niet.⁷⁵ In het algemeen is 80% van de cliënten tevreden en 20% niet, maar deze algemene informatie wordt aangevuld met kwalitatieve inhoudelijke informatie, zodat er toch aandachtspunten voor verbetering uit gehaald kunnen worden.⁷⁵

Deze effecten worden positief ervaren.⁷⁵

Een ander effect van het exitinterview is dat het mondeling afnemen ervan onvoorziene praktische consequenties heeft. Het is een inspanning om een cliënt, nadat die de zorg heeft afgebroken of anderszins moeilijk te bereiken is, nog op te zoeken voor een exitinterview.⁷⁶

Waardering

In één instelling is bekend dat het management het exitinterview hoog in het vaandel heeft staan.⁷⁵ In de andere instelling is niet bekend wat het management ervan vindt.⁷⁶

Medewerkers waarderen het en vinden het zeer belangrijk.^{75,76}

Wat cliënten vinden, is in één instelling onbekend.⁷⁶ In de andere instelling vinden cliënten het zinvol.⁷⁵ Volgens de geïnterviewde vergelijken ze het met lijsten die je ook in hotels wel invult.

7.3.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Bij de schriftelijke afname werkt het bevorderend dat het een relatief korte lijst is (kost een half uur invultijd).⁷⁵ Belemmerend werkt de lage respons, waardoor informatie gemist wordt.⁷⁵ De vraag is, of de 40% non-respons wellicht niet de ontevreden zijn. Met het oog hierop overweegt de instelling om de cliënten bij afsluiting ter plekke de lijst te laten invullen. Maar zij ziet als nadeel hiervan dat de hulpverlener er dan bij is. Dit zou de resultaten kunnen beïnvloeden.⁷⁵

Een relevante en op andere formulieren afgestemde systematiek in de vragenlijst zou de effecten optimaliseren.⁷⁶

Vereiste inzet

In één instelling bestaat een systeem dat waarborgt dat de exitinterviews gedaan worden. Dit systeem is onderdeel van de infrastructuur. De verwerking van de gegevens kost een stafmedewerker een dag per maand.⁷⁵ Verder zijn er nauwelijks kosten.⁷⁵ De mondelinge afname van de exitinterviews kost een half tot driekwart uur van de betrokkenen. Daar komt eventueel nog reistijd bij.⁷⁶ Volgens de geïnterviewden zijn de baten groter dan de kosten.^{75,76} 'Het levert veel baten op met minimale kosten.', aldus een geïnterviewde.⁷⁵

Inbedding

In één instelling is het exitinterview duidelijk ingebed in een deelsysteem van onderzoek, evaluatie en verbetering van de zorg op afdelingsniveau.⁷⁵ Het

past ook in het werkplan van de afdeling en de procedure is helder (beschreven onder het kopje Betrokkenen, zie boven). Op instellingsniveau past het exitinterview in deze instelling ook in het werkplan.⁷⁵ Het systeem wordt uitgebreid naar andere afdelingen.⁷⁵

In de andere instelling is alleen sprake van inbedding in het individuele zorgtraject van de cliënt, geen inbedding in een deelsysteem of een groter systeem.⁷⁶

7.3.9 *Samenvatting en conclusie*

We hebben in deze paragraaf kennis gemaakt met twee verschillende typen exitinterview. Het ene heeft het karakter van een onderzoek naar het oordeel van cliënten over de inhoud van de verleende zorg. Het wordt afgenomen met een schriftelijke vragenlijst en levert informatie op afdelingsniveau, op basis waarvan aantoonbaar verbeteringen in de zorg worden doorgevoerd. Het andere type is een evaluatie van de zorg in een gesprek tussen cliënt en hulpverlener(s). Dit exitinterview laat zien wat wel en niet goed is verlopen in de zorg. Echter, de uitkomsten worden gebruikt op individueel cliëntniveau. Deze worden niet op een hoger plan bijeengebracht. Aan beide typen kleven bezwaren. Bij schriftelijke afname van een vragenlijst is de respons laag. Bij mondelinge afname met de hulpverlener wordt het oordeel van de cliënt hier wellicht gekleurd door zijn aanwezigheid.

Door de informatie uit het exitinterview op een geaggregeerd niveau te gebruiken levert het een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van zorg, met veel baten tegen weinig kosten. Als dit niet gebeurt draagt het exitinterview minder systematisch bij aan verbetering. Om de informatie boven het individuele niveau te tillen is gestructureerde gegevensverzameling nodig. Het instrument wordt positief gewaardeerd, met name medewerkers vinden het belangrijk.

Sterke kanten

- Het geeft goed inzicht in het oordeel van de cliënt over de verleende zorg.
- Het is een basis voor verbeteringen van de kwaliteit van zorg.
- Het wordt gewaardeerd, met name door medewerkers.
- Het heeft hoge baten tegen lage kosten.

Zwakke kanten

- Het is moeilijk om van een goede procedure van afname te vinden. Bij schriftelijke afname na afsluiting van de zorg bestaat het risico van lage respons en bij mondelinge afname met hulpverlener(s) wordt mogelijk gekleurde informatie verkregen.

Aanbevelingen

- Kies voor een duidelijke structuur van de vragenlijsten en formulieren, zodat u de informatie kunt gebruiken op afdelings- of instellingsniveau.
- Geef ruimte voor kwalitatieve informatie.
- Zorg dat de gevraagde informatie goed aansluit bij de zorg.
- Zet een systeem op voor het consequent houden van exitinterviews, het

verzamen en uitwerken van de informatie en het doorvoeren van verbeteringen.

- Heb hierbij oog voor de mogelijke knelpunten van non-respons en gekleurde informatie.

7.4 Externe toetsing vanuit cliëntenperspectief

7.4.1 Definitie

Externe toetsing vanuit cliëntenperspectief is bijvoorbeeld de kwaliteitstoetsing vanuit de LPR aan de hand van criteria die zijn opgesteld door patiënten/bewoners(raden) en uitgevoerd door visitatiecommissies van patiënten/bewoners.

7.4.2 Geïnterviewden

- 1 geïntegreerde voorziening⁸¹ (1 manager, 1 cliënt)
- 1 RIBW⁸⁰ (voorzitter van de cliëntenraad, ondersteuner van de cliëntenraad)

7.4.3 Doelstellingen

Toetsing vanuit cliëntenperspectief heeft de volgende doelen.

- het beoordelen van de kwaliteit van de zorg door cliënten^{80,81}
- het inpassen van de toetsing in het kwaliteitssysteem van de instelling⁸⁰
- kwaliteitsverbetering⁸¹
- de instelling laten wennen aan extern verantwoording afleggen⁸¹

Toetsing vanuit cliëntenperspectief is gericht op de aspecten cliëntgerichtheid^{80,81}, zorg op maat^{80,81} en doeltreffendheid.⁸⁰

7.4.4 Inhoud

Het is in beide instellingen een toetsingsinstrument dat de LPR (in samenwerking met de toenmalige NVBW⁸⁰) in 1993/94 heeft ontwikkeld. Uitgangspunt voor de visitatie zijn kwaliteitscriteria en aandachtspunten die vanuit het cliëntenperspectief zijn geformuleerd. Onderwerpen zijn bijvoorbeeld de onderhandelingspositie van cliënten, de keuze in het aanbod, continuïteit van zorg, medicatie, ervaringsdeskundigheid, rol van de medewerkers, familie, informatie, dagbesteding, rehabilitatie.⁸¹ Ter voorbereiding van de visitatie vindt een cliëntenraadpleging met een vragenlijst plaats.⁸⁰ Ook wordt een contract afgesloten tussen het management, de cliëntenraad en de LPR.⁸⁰ Tijdens de visitatie voert de visitatiecommissie (groeps)gesprekken met cliënten, het management (en met medewerkers⁸¹). In de commissie zitten cliënten van

andere instellingen en iemand van de LPR. Van de bevindingen tijdens de visitatie maakt de commissie een rapport.

7.4.5 *Betrokkenen*

De cliëntenraad is verantwoordelijk voor de uitvoering⁸⁰ het management bekostigt de visitatie en heeft de eindverantwoordelijkheid. Cliënten, bewoners en management worden tijdens de visitatie bevraagd. De LPR is verantwoordelijk voor het op peil houden van het instrument.

Beide instellingen hebben de toetsing één keer toegepast, de ene instelling in 1995⁸¹ en de andere in 1997.⁸⁰

7.4.6 *Uniforme toepassing*

De toetsing gebeurt volgens een vaste procedure die schriftelijk is vastgelegd. In de praktijk blijkt de procedure voor de betrokkenen – de cliëntenraad⁸⁰ – niet altijd even duidelijk. De cliëntenraad van de ene instelling⁸⁰ voelde zich niet betrokken bij de keuze die de visitatiecommissie maakte voor de aandachtspunten die tijdens het bezoek aan de orde zouden komen. Ook mochten de cliënten niet aangeven waar zij het over wilden hebben tijdens de visitatie. De andere instelling vond de criteria voor de toetsing helder, maar de visitatoren werkten niet allemaal op dezelfde manier⁸¹. Dit vindt men geen belangrijk punt van kritiek. In deze instelling is een aantal afdelingen gevisiteerd. Gesprekken zijn gevoerd met cliënten die op dat moment aanwezig waren.

Het instrument is toegesneden op de klinische sector⁸¹ en beschermd wonen.⁸⁰

7.4.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

De doelen die de instelling met de toetsing voor ogen had zijn niet⁸⁰ of gedeeltelijk gehaald.⁸¹ De toetsing heeft in beide instellingen niet geleid tot een juist inzicht in het oordeel van de cliënten over de kwaliteit van de zorg. Tijdens de visitatie heeft de commissie in de ene instelling⁸⁰ te veel onderwerpen in te korte tijd aan de orde gesteld. De cliëntenraad accepteerde het eindrapport en de daarin voorgestelde verbeterpunten niet. Van inpassen van de toetsing in het kwaliteitssysteem van de instelling is dan ook geen sprake. De andere instelling⁸¹ vindt dat sommige zaken ongefundeerd waren vanwege de (toevallige) steekproef van cliënten die bij de visitatie betrokken waren. Er

zijn volgens de geïnterviewde cliënt echter veel dingen verbeterd in de kwaliteit van de zorg zodat dit doel is gehaald. Of de instelling als gevolg van de visitatie meer gewend is aan extern verantwoording afleggen kan niet gezegd worden.⁸¹

De toetsing heeft in de twee instellingen ook effecten gehad die op voorhand niet waren voorzien. In één stelling heeft de toetsing geleid tot ontevredenheid in de cliëntenraad⁸⁰. De raad heeft zijn jaarwerkplan niet kunnen afstemmen op de resultaten van de visitatie. De toetsing heeft in de andere instelling de samenwerking met de cliëntenraad enigszins verminderd omdat de instelling de visitatie niet nog eens wil doen.

Waardering

De cliënten en de cliëntenraad van één instelling⁸⁰ hebben kritiek op het verloop en de eindrapportage van de visitatie (zie onder bruikbaarheid).

In de andere instelling⁸¹ vindt het management de toetsing vanuit cliëntenperspectief een goed instrument, zij het dat er bezwaren aan kleven (zie onder bruikbaarheid). Medewerkers oordelen wisselend al is de overheersende mening dat het eindrapport zurig van toon was. De cliëntenraad was zeer tevreden. De indruk is dat betrokken cliënten de visitatie waardeerden.

7.4.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De implementatie van de visitatie is in één instelling⁸¹ bevorderd door een effectieve cliëntenraad, een open klimaat en een ervoor vrijgemaakt budget. Als belemmerende factoren noemt deze instelling de duur en het omslachtige karakter van de toetsing, de toonzetting van het eindrapport en de deels slecht gefundeerde conclusies. Dit laatste bevordert het draagvlak niet.

De andere instelling⁸⁰ vindt ook dat de procedure omslachtig is en dat er te veel thema's in te korte tijd in de visitatie aan de orde kwamen. Verder waren de afspraken over de visitatie niet altijd duidelijk en bepaalde de commissie te veel zelf.

Vereiste inzet

De toetsing kost de cliëntenraad⁸⁰ en de LPR⁸¹ veel tijd en de kosten zijn (veel te) hoog^{80,81} (vervolgtoetsing kan via de COTG). Beide instellingen vinden dat de baten niet opwegen tegen de kosten.

Inbedding

De instellingen hebben de toetsing vanuit het cliëntenperspectief één keer uitgevoerd. Het instrument is geen deel van een volledige cyclische werkwijze, en is ook niet ingebed in het kwaliteitsbeleid van de gehele instelling – al was dit laatste dit in één instelling⁸⁰ wel de bedoeling. Deels hebben geen vervolgvormen plaatsgehad, deels zijn enige verbeteringen in de kwaliteit van zorg aangebracht.

7.4.9 *Samenvatting en conclusie*

Kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief is een instrument dat de LPR voor de klinische sector en de sector beschermd wonen heeft ontwikkeld. De betrokken instellingen hebben het instrument één keer gebruikt, echter niet geheel naar tevredenheid. De doelen die ermee werden beoogd zijn niet of voor een deel gehaald. Verder heeft de toetsing zelfs enkele onbedoelde negatieve effecten gehad (ontevredenheid cliëntenraad, verminderde samenwerking tussen management en cliëntenraad). Met name over de inspraak van de cliëntenraad en over de omslachtige procedure is men niet erg te spreken. Het gebruik van het instrument is geen onderdeel van een cyclische werkwijze of van het kwaliteitsbeleid.

Sterke kanten

- De kwaliteit van de zorg wordt getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria en onderwerpen die cliënten belangrijk vinden. Cliënten zijn de beoordelaars.
- Een van de uitgangspunten is de actieve betrokkenheid van de cliëntenraad.

Zwakke kanten

- De procedure is vrij omslachtig, de afspraken zijn niet geheel duidelijk en de gesprekken vinden plaats met toevallig aanwezige cliënten.
- De toonzetting van de rapportage is niet aangenaam; de conclusies zijn niet altijd gefundeerd.
- Het instrument wordt niet cyclisch gebruikt en is niet ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instellingen.

Aanbevelingen

- Maak de opzet van de toetsing eenvoudiger.
- Maak duidelijke afspraken over de procedure en de samenwerking met de cliëntenraad
- Zorg voor een evenwichtige steekproef van te interviewen cliënten.
- Zorg voor zorgvuldige rapportage.
- Zorg voor een cyclische toepassing van een toetsing vanuit het cliëntenperspectief als onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

7.5 *Onderzoek naar waardering door familie*

7.5.1 *Definitie*

In dit onderzoek wordt incidenteel of periodiek het oordeel van familie van (ex-)cliënten gevraagd over de verleende zorg.

7.5.2 *Geïnterviewden*

- 2 geïntegreerde voorzieningen^{77,78} (2 managers, 1 stafmedewerker, 1 cliënt)

7.5.3 *Doelstellingen*

Onderzoek onder familie geeft de instellingen inzicht in het volgende.

- de behoefte aan ondersteuning van familie van cliënten (met chronisch psychiatrische problemen)⁷⁷
- de wijze waarop de familie betrokken kan worden bij de zorg aan cliënten (oudere bewoners)⁷⁸
- de waardering door familie van een familiedag⁷⁸

Het gaat om de aspecten cliëntgerichtheid⁷⁷, zorg op maat⁷⁸, de doeltreffendheid van de zorg⁷⁸ en om preventieve zorg voor familie.⁷⁷

7.5.4 *Inhoud*

Het is in de ene instelling een lijst met open vragen⁷⁷, in de andere instelling⁷⁸ zijn twee vragenlijsten gebruikt, één voor familie die de familiedag niet heeft bezocht en één voor degenen die wel zijn gekomen.

7.5.5 *Betrokkenen*

In de ene instelling⁷⁷ is het stafbureau en de afdeling preventie betrokken bij de toepassing van het instrument. Ypsilon is betrokken geweest bij de ontwikkeling en de cliëntenraad is erover geïnformeerd. De verantwoordelijkheid voor het op peil houden van het instrument is in beide instellingen niet geregeld. De vragenlijsten hebben de instellingen zelf ontwikkeld. Ze zijn één keer toegepast (1998⁷⁷).

7.5.6 *Uniforme toepassing*

Beide instellingen hebben de indruk dat het instrument voldoende betrouwbare antwoorden heeft opgeleverd. Waar in de ene instelling⁷⁸ niet gestreefd wordt naar het standaardiseren van de procedure vanwege de eenmalige toepassing, vindt de andere instelling een uniforme toepassing belangrijk. Hier is door gesprekken en een kleine pilot de vragenlijst getest. De respons was in deze instelling 50%. De procedure voor het gebruik van het instrument is in beide instelling niet schriftelijk vastgelegd.

Het instrument is bruikbaar in collega-instellingen en afdelingen als het gaat om familie van cliënten van dezelfde doelgroep. Bij toepassing in andere sectoren is aanpassing van de vragen vereist.⁷⁷

7.5.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

De beoogde doelen van het onderzoek onder familie zijn bereikt. Er is inzicht verkregen in de wensen van de familie en in de manier waarop familiedagen vorm moeten krijgen⁷⁸; een waarderingsonderzoek moet niet steeds opnieuw gedaan worden, tenzij het een volgende keer over een ander onderwerp gaat. In beide instellingen heeft de informatie geleid tot nieuwe activiteiten zoals een projectplan voor nieuwe interventies⁷⁷ en een project om netwerken van cliënten te inventariseren en te verbeteren.⁷⁸ Eén geïnterviewde cliënt⁷⁷ noemt als resultaat van het gehouden familieonderzoek het verschijnen van een notitie waarin voorstellen voor een betere voorlichting aan familieleden zijn gedaan; de bijdrage aan de kwaliteit van zorg is klein.

Waardering

Het gebruik van het instrument ervaren de instellingen als positief. Ook de medewerkers⁷⁸ waardeerden de familiedag; het heeft het contact met familieleden bevorderd. Volgens de geïnterviewden waren de cliënten die zich een goed oordeel kunnen vormen zeer positief over de dag. De geïnterviewde cliënt van de tweede instelling⁷⁷ vindt een onderzoek naar de mening van familieleden geen slechte zaak; familieleden hebben immers een ander belang dan cliënten. Dit onderzoek is dan ook vooral een aangelegenheid voor de familie-raad.

7.5.8 Bruikbaarheid

Implementatie

Bevorderend heeft gewerkt dat het onderzoek aansloot bij wat er in de instelling leeft en dat de vragenlijst kort was.⁷⁷ Verder draagt het bij aan de implementatie dat het onderzoek de start was voor een langduriger beleid om familie meer bij de cliënten te betrekken.⁷⁸ Een factor die remmend werkt zijn de open vragen in de vragenlijst. Hierdoor komen er veel uiteenlopende wensen en behoeften naar voren.⁷⁷

Vereiste inzet

Van één instelling⁷⁷ is bekend dat het onderzoek de nodige tijd kost, maar dat het, afgezien van personeels- en materiaalkosten, niet veel kosten met zich mee brengt. Beide instellingen vinden dat de baten, in termen van veel en bruikbare informatie, opwegen tegen de kosten.

Inbedding

De instellingen hebben het onderzoek onder familie één keer uitgevoerd. Het is geen onderdeel van een kwaliteitsdeelsysteem of van het kwaliteitsbeleid. In een instelling⁷⁷ blijft het bij een eenmalig gebruik, in de andere instelling⁷⁸ vindt men dat herhaling van het onderzoek op een gegeven moment weer kan worden overwogen. Frequente toepassing kan echter belastend zijn voor familie. Beide instellingen hebben naar aanleiding van de resultaten van het eenmalige onderzoek projectplannen met nieuwe activiteiten opgesteld.

7.5.9 *Samenvatting en conclusie*

Waarderingsonderzoek onder familie is een instrument dat instellingen eenmalig gebruiken om inzicht te krijgen in de behoefte van familie aan ondersteuning of in de manier waarop familie bij de zorg van cliënten betrokken kan worden. Het is geen deel van een cyclische werkwijze en is dan ook niet ingebed in een kwaliteits(deel)systeem. Het onderzoek wordt waardevol gevonden, omdat het informatie oplevert die gebruikt kan worden voor nieuwe activiteiten op het gebied van ondersteuning en het bevorderen van de betrokkenheid van familie.

Sterke kant

- Waarderingsonderzoek onder familie levert nuttige informatie op. Instellingen gebruiken deze informatie om nieuwe activiteiten te ontplooiën op het gebied van ondersteuning van familie van cliënten en het bevorderen van hun betrokkenheid bij de zorg.

Zwakke kant

- Het instrument wordt niet cyclisch gebruikt en is niet ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instellingen.

Aanbevelingen

- Maak van de ondersteuning van familie en het bevorderen van hun betrokkenheid bij de zorg van cliënten in de langdurige zorg reguliere aandachtspunten in het kwaliteitsbeleid.
- Zorg voor een cyclische toepassing van onderzoek naar de wensen en behoeften van familie inzake voorlichting, ondersteuning en betrokkenheid. Van nieuwe activiteiten die op deze terreinen worden uitgevoerd dient de instelling via een vorm van familieonderzoek na te gaan of ze tegemoet komen aan de wensen van familie.
- Betrek de familieraad bij de voornoemde punten.

8 Waardering door medewerkers

8.1 Inleiding

Het kwaliteitsbeleid van de instelling moet op een aantal gebieden zijn vruchten afwerpen. Een van die gebieden is de waardering van het personeel. Waardering van het personeel kan gemeten worden door de medewerkers direct te bevragen over de organisatie en hun eigen positie hierin. Meer indirecte maten van waardering zijn bijvoorbeeld ziekteverzuim en personeelsverloop. Dit zijn indicatoren die makkelijk meetbaar zijn en elke instelling kan er gebruik van maken. Meer inspanning vereist een tevredenheidsonderzoek onder medewerkers. De ervaringen van een aantal instellingen met tevredenheidsonderzoek staan in dit hoofdstuk centraal.

8.2 Tevredenheidsonderzoek onder medewerkers

8.2.1 Definitie

Incidenteel of periodiek wordt het oordeel van medewerkers gevraagd over het werk, de werkdruk, de arbeidsomstandigheden enzovoort.

8.2.2 Geïnterviewden

- 2x instelling verslavingszorg^{63,85} (2 stafmedewerkers, 1 manager)
- 1x RIBW⁸⁶ (2 managers)
- 1x RIAGG⁸⁷ (1 manager)

8.2.3 Doelstellingen

Tevredenheidsonderzoek wordt gedaan vanwege het volgende.

- inzicht krijgen in hoe medewerkers hun werk waarderen^{63,85,86,87}
- handvatten bieden voor het verbeteren van de waardering^{63,85,86,87}
- kunnen vergelijken met collega-instellingen^{86,87}
- verder vormgeven aan het kwaliteitsbeleid^{85,87}

8.2.4 Inhoud

Eén instelling heeft de vragenlijst door een extern bureau laten ontwikkelen waarbij de inhoud van de vragenlijst moest aansluiten bij het INK-model dat in de instelling gehanteerd werd.⁶³ De andere drie instellingen gebruiken be-

staande meetinstrumenten.^{85,86,87} Genoemd worden de BASAM (P. Biessen. Basis Vragenlijst Amsterdam. Non profit versie. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1993), de WEBER vragenlijst (NVAGG), en een vragenlijst naar aspecten van de werkomgeving zoals vastgelegd in de wet arbeidsomstandigheden (arbo)(KPN). Alle vragenlijsten bevatten een aantal subschalen. De antwoorden worden weergegeven op een likertschaal.

De rapportage van de gegevens kan op het niveau van de instelling⁶³ en/of op het niveau van een afdeling^{63,85} plaatsvinden.

Alle instellingen hebben één keer de vragenlijst instellingsbreed afgenomen, maar zijn allen van plan dit periodiek te herhalen.^{63,85,86,87} De frequentie waarmee dit gaat gebeuren is nog niet bekend⁶³ of er wordt gedacht aan een frequentie van eenmaal per twee tot drie jaar.^{85,86,87}

8.2.5 *Betrokkenen*

Direct betrokken bij het uitvoeren van het onderzoek en het vervolgtraject zijn de personeelsafdeling^{63,85,86,87} en het management.^{63,86,87} Soms is de ondernemingsraad^{86,87}, een kwaliteitsfunctionaris⁶³ of een arbo-commissie⁸⁶ betrokken.

8.2.6 *Uniforme toepassing*

Als instellingen gebruikmaken van een op landelijk niveau ontwikkelde vragenlijst wordt erop gewezen dat de vragenlijst betrouwbaar is.^{85,86,87} Bij de zelf ontwikkelde vragenlijst is geen onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid van de vragenlijst.⁶³

Twee instellingen hebben de gehele procedure voor tevredenheidsonderzoek schriftelijk vastgelegd^{85,86}, soms inclusief privacyreglement.⁸⁵

Bij twee instellingen is de respons bekend: ruim 80%.^{63,85} In één instelling is een non-responsanalyse gedaan, waaruit geconcludeerd werd dat de gegevens representatief waren voor alle medewerkers.⁸⁵

8.2.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Het eerste doel is inzicht krijgen in hoe medewerkers het werk waarderen. In drie van de vier instellingen bestaat de indruk dat het tevredenheidsonderzoek een goed inzicht geeft in hoe medewerkers hun werk waarderen.^{63,85,86} De vierde instelling wil daar geen uitspraak over doen omdat er geen extra onderzoek naar de validiteit gedaan is.⁸⁷

De mate waarin het tweede doel, handvatten bieden voor het verbeteren van de waardering, bereikt is, wordt afgemeten aan de mate waarin het heeft geleid tot verbeteracties of concrete verbeteringen. Op deze manier bekeken vindt men dit doel deels⁶³ of geheel^{85,86} bereikt. Deels wil zeggen dat niet alle afdelingen de resultaten hebben omgezet in verbeteracties.

Eén instelling die het (derde) doel had zich te vergelijken met collega-instellingen heeft dit daadwerkelijk gedaan.⁸⁷ Onbekend is wat de andere instelling hiermee heeft gedaan.⁸⁶

Ook vindt men dat het bijdraagt tot het verder vormgeven van het kwaliteitsbeleid.^{85,87}

Men is unaniem van mening dat de door de instelling gebruikte vragenlijst een valide instrument is om medewerkerstevredenheid te meten.^{63,85,86,87}

Andere effecten

Het instrument heeft slechts weinig neveneffecten. Als positief worden genoemd: medewerkers voelen zich serieus genomen⁸⁵; het schept openheid en duidelijkheid op het moment dat er gemopperd wordt in de organisatie^{85,87}; het maakt managers bewuster dat men zorgvuldig met medewerkers moet omgaan.⁸⁵

Waardering

Management en medewerkers van de instellingen staan overwegend positief^{63,85,87} tegenover het tevredenheidsonderzoek. Daar waar het management een wat ambivalentere houding had, was dat omdat niet alle vragen relevant gevonden worden.⁸⁶

8.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De volgende factoren bevorderen het gebruik: voldoende middelen en steun vanuit de directie (vanwege de arbeidsintensieve aanpak)⁸⁵; de eindverantwoordelijkheid voor het verwerken en de rapportage bij een onafhankelijk persoon leggen (dit schept vertrouwen onder medewerkers)⁸⁵; de (waardevolle) informatie die het oplevert⁸⁶; een vervolgtraject waardoor medewerkers zien dat er iets gebeurt met de resultaten.⁸⁷

Belemmerende factoren zijn de benodigde tijd⁸⁶ en de angst van medewerkers dat de gegevens niet anoniem zijn.⁸⁷

Vereiste inzet

De tijd voor voorbereiden, verspreiding, gegevensverzameling, analyses, verslaglegging, en bespreking van de analyses is moeilijk vast te stellen. In één instelling is een medewerker er continu twee dagen per week mee bezig.⁸⁵ Daarnaast wordt een tijdsinvestering gevraagd van de personeelsleden voor het invullen van de vragenlijst. Dit is 0,5⁸⁶ tot 1^{63,87} uur.

Twee instellingen besteden een deel van het werk uit aan een extern bureau.^{63,85}

Inbedding

In alle instellingen is slechts één keer een tevredenheidsonderzoek gedaan. Ze zijn echter wel van plan het te herhalen en te streven naar een deelsysteem van meting-verbeterplannen-acties-meting en naar een inbedding in het totale kwaliteitsbeleid van de instelling.^{63,85,86,87} Concrete plannen hiervoor ontbreken echter nog.

8.2.9 *Samenvatting en conclusie*

Door het afnemen van een vragenlijst kan een instelling zicht krijgen op hoe medewerkers hun werk waarderen. Er is een aantal landelijke vragenlijsten ontwikkeld die verschillende aspecten van arbeid meten zoals de ervaren werkdruk, feedback en waardering, beleid en strategie, samenwerking en arbeidsverhoudingen. In het algemeen zijn de vragenlijsten geschikt voor verschillende sectoren in de GGZ.

Tevredenheidsonderzoek kost nogal wat tijd, maar de precieze tijdsinvestering blijkt moeilijk te concretiseren. Als de baten uitgedrukt worden in financiële termen, zoals een verminderd ziekteverzuim en personeelsverloop, dan is het twijfelachtig of de kosten opwegen tegen de baten. Toch wordt een structureel gebruik (dat wil zeggen elke twee tot drie jaar herhalen) van het instrument de moeite waard gevonden, zonder dat dit ondersteund kan worden door onderzoek. Betrokkenen hebben de verwachting dat tevreden medewerkers kwalitatief betere zorg leveren.

Sterke kanten

- Er zijn landelijk ontwikkelde instrumenten beschikbaar.
- Als bestaande instrumenten gebruikt worden, dan is vergelijking mogelijk met andere instellingen.
- Tevredenheidsonderzoek levert zinvolle informatie op; het maakt knelpunten zichtbaar.
- Met tevredenheidsonderzoek laat de instelling zien dat er interesse is in het oordeel van medewerkers.

Zwakke kant

- Het instrument is arbeidsintensief.

Aanbevelingen

- Zorg voor een grote bereidheid van management om iets met de resultaten te doen: zonder verbeteracties die naar aanleiding van de resultaten geëntameerd worden, zijn er onvoldoende baten.
- Zorg voor een herhaling van het onderzoek om na te gaan of verbeteracties effect hebben gehad.
- Door streefcijfers te formuleren worden extra prikkels gecreëerd om te werken aan verbeteringen.
- De vragen op de vragenlijst moeten betrekking hebben op zaken waarop het management kan sturen.
- Zorg voor een snelle terugkoppeling van de resultaten naar de afdelingen.

Anders vermindert de betrokkenheid van medewerkers.

- Zorg ervoor dat de medewerkers erop kunnen vertrouwen dat hun privacy gewaarborgd is.

9 Waardering door de maatschappij

9.1 *Inleiding*

Het resultaat van de instelling weerspiegelt zich onder andere in de waardering van de instelling door de maatschappij. Door een imago-onderzoek onder een steekproef van bewoners van het verzorgingsgebied van de instelling kan een indruk worden verkregen van de waardering.

9.2 *Imago-onderzoek*

9.2.1 *Definitie*

Periodiek of incidenteel wordt bij inwoners van het verzorgingsgebied van de instelling gevraagd welk beeld zij hebben van de instelling en de zorg die daar verleend wordt.

9.2.2 *Geïnterviewden*

- 1 instelling verslavingszorg¹⁰⁸ (1 stafmedewerker)

9.2.3 *Doelstellingen*

De doelen zijn de volgende.

- nagaan wat de opinie en waardering van de Nederlandse samenleving is over de GGZ en de verslavingszorg in het algemeen, en over de doelmatigheid en effectiviteit (=rapportcijfers) van de instelling¹⁰⁸
- vergelijken van imago instelling met dat van andere instituten en in de tijd.¹⁰⁸

Het kwaliteitsaspect waarop het zich richt is vooral het verhogen van de clientgerichtheid (in de zin van toegankelijkheid van de instelling, drempelverlaging).¹⁰⁸

9.2.4 *Inhoud*

De zeven (gesloten en open) vragen gaan over de volgende onderwerpen.¹⁰⁸

- vertrouwen in de GGZ instellingen
- vertrouwen in de beroepsgroepen
- kwaliteit en schoolcijfers GGZ en verslavingszorg

- waardering van de regionale verslavingszorg
- imago van de regionale verslavingszorg
- aandachtsgebieden verslavingszorg
- suggesties

De dataverzameling en analyse is uitbesteed aan de universiteit in Tilburg, waar een panel van 2000 Nederlandse huishoudens is dat elke vrijdag een aantal vragen beantwoordt.

De vragen worden via e-mail naar de huishoudens gestuurd. Deze beantwoorden op dezelfde wijze de vragen. Hierdoor vindt dataverzameling en rapportage binnen een week plaats.¹⁰⁸ Hier is in 1996 mee gestart en eenmaal per drie jaar wordt het imago-onderzoek gehouden.¹⁰⁸

De vragen worden bij elke persoon weer in een ander (random) volgorde gesteld, waardoor response-set voorkomen wordt.¹⁰⁸

Vragenlijst is ontwikkeld door expertgroep en afgestemd op de vragen naar vertrouwen van consumenten in de gezondheidszorg van het NIVEL.¹⁰⁸

9.2.5 *Betrokkenen*

De dataverzameling en analyse wordt gedaan door een extern bureau. De projectleiding gebeurt door een apart ontwikkelingscentrum kwaliteit en innovatie. Momenteel doen er vier regio's aan mee.¹⁰⁸

9.2.6 *Uniforme toepassing*

De betrouwbaarheid is goed in de zin dat de samenstelling van het panel overeenkomt met de CBS-gegevens over de Nederlandse populatie.¹⁰⁸ De representativiteit van het instrument wordt getoetst door analyse van de non-respons. De respons is hoog (ongeveer 90%).¹⁰⁸

9.2.7 *Effectiviteit*

Doelbereik

Het eerstgenoemde doel vindt men bereikt. De resultaten van de eerste peiling hebben ertoe geleid dat de pr-activiteiten zijn verminderd omdat de naamsbekendheid goed bleek. De activiteiten om het tweede doel te verwezenlijken (de vergelijking tussen regio's) moeten ten tijde van het interview nog plaatsvinden.¹⁰⁸

Andere effecten

Het imago-onderzoek heeft voor de instelling een aantal andere positieve effecten opgeleverd.¹⁰⁸ Zo heeft het ertoe bijgedragen dat de instelling de INK-kwaliteitsprijs heeft gekregen. Ook blijkt het stimulerend voor het personeel. Zij voelen zich gewaardeerd omdat de instelling een goed imago heeft. Ten slotte wordt een wervend effect op andere instellingen geconstateerd: andere instellingen willen graag met het imago-onderzoek meedoen. Dit is mogelijk omdat de onderzoeksgroep een steekproef is van de Nederlandse populatie.

Waardering

Zowel management als medewerkers staan volgens geïnterviewde zeer positief tegenover het doen van imago-onderzoek.¹⁰⁸

9.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Het onderzoek in 1996 ging over het imago van de instelling. In 1999 is dat uitgebreid naar de verslavingszorg in het algemeen en de GGZ. Bovendien participeren nu enkele andere instituten in het project. De volgende meting wordt in 2002 gedaan.¹⁰⁸

Vereiste inzet

Aan het bureau dat het panel beheert wordt f1300,- per vraag betaald, waardoor de kosten per peiling uitkomen op f20 000-f30 000. Daar komt de medewerker van de instelling nog bij. De tijdinvestering is moeilijk te bepalen. Naar schatting 1 maand fulltime.¹⁰⁸

Inbedding

De resultaten worden op management niveau besproken en er wordt bekeken welke activiteiten ondernomen moeten worden. Het imago-onderzoek is onderdeel van het gehele kwaliteitsbeleid van de instelling.¹⁰⁸

9.2.9 *Samenvatting en conclusie*

In een imago-onderzoek worden de opvattingen in de maatschappij over een instelling gemeten. Er kunnen vragen gesteld over bijvoorbeeld de naamsbekendheid en het vertrouwen dat er is in de zorgverlening door de instelling. De ervaringen die hier gerapporteerd zijn, gaan slechts over één instelling. In deze instelling zijn de ervaringen met het instrument positief. Probleem bij imago-onderzoek is dat er een steekproef genomen moet worden van de bewoners in het verzorgingsgebied van de instelling. De uitvoering van een dergelijk onderzoek vereist nogal wat onderzoeksexpertise en organisatie. Een ander probleem is dat het niet onwaarschijnlijk is dat als de instelling zelf de respondenten benadert, dit een invloed heeft op de resultaten. De in dit onderzoek betrokken instelling heeft beide problemen opgelost door een extern bureau in te schakelen. De geïnterviewde oordeelt positief over de waarde van imago-onderzoek voor het kwaliteitsbeleid van de instelling.

Sterke kant

- Er wordt inzicht verkregen in het beeld dat de maatschappij heeft van de instelling.

Zwakke kant

- Het is moeilijk om als instelling volledig zelfstandig een dergelijk onderzoek uit te voeren.

Aanbevelingen

- Gebruik een bestaande panelstructuur. Dan worden kosten gereduceerd en de kwaliteit van de gegevens verhoogd.
- Werk samen met andere instellingen. Dan kan men zich vergelijken met andere instellingen.

10 Bedrijfsresultaten

10.1 Inleiding

Bedrijfsresultaten zijn een van de gangbare relevante uitkomstindicatoren. We gaan hier in op het instrument van de efficiëncymeting. Ook wordt meegenomen managementinformatiesysteem, waarin de resultaten opgenomen zijn.

10.2 Efficiëncymeting

10.2.1 Definitie

Efficiëncymeting is een onderzoek naar de ingezette interventies, de effecten daarvan, afgezet tegen de kosten.

10.2.2 Geïnterviewden

- 1 RIBW⁸⁸ (2 managers)
- 3 RIAGG's^{89,90,92} (3 managers)
- 1 instelling voor verslavingszorg⁹¹ (1 manager, 1 stafmedewerker)

10.2.3 Doelstellingen

In drie instellingen^{88,89,90} had het interview het managementinformatiesysteem als onderwerp, terwijl met twee instellingen is gesproken over het meten van de efficiency.^{91,92}

Omdat enerzijds het managementinformatiesysteem in de betrokken drie instellingen vooral wordt gebruikt om de doelmatigheid vast te kunnen stellen en te monitoren en het instrument efficiëncymeting wordt uitgevoerd met behulp van een (elektronisch management-) informatiesysteem, hebben we de informatie van de vijf instellingen samengenomen onder de noemer efficiëncymeting. Waar het relevant is wordt de term (management)systeem gebruikt.

Efficiëncymeting is bedoeld voor het volgende.

- inzicht krijgen in de productie, de ingezette middelen en het personeel om het (afdelings-⁹⁰)beleid^{88,89,90,91} te sturen
- kunnen sturen op output⁹¹ (geen open eind-hulpverlening⁹⁰)
- kunnen sturen door afspraken met individuele medewerkers te maken⁹¹
- de kostprijs voor producten en tarieven kunnen berekenen^{91,92}

- de financier inzicht geven in omvang, prijs en kwaliteit van het aanbod⁹¹
- meer bewustwording van de kosten realiseren⁹²
- de eigen gegevens vergelijken met landelijke cijfers⁹²

Doelmatigheid^{88,89,90,91,92} en transparantie^{88,89,91,92} zijn de twee centrale kwaliteitsaspecten waarop de efficiëncymeting is gericht. Op de derde plaats staat de effectiviteit^{88,90}; cliëntgerichtheid wordt één keer genoemd.⁸⁹

10.2.4 *Inhoud*

In drie van de vijf instellingen^{89,90,91} is de efficiëncymeting een pilot in de volwassenenzorg. In één instelling is het instrument nog in ontwikkeling. In alle instellingen worden gegevens verzameld over de diverse zorgproducten, en de kosten die hieraan zijn verbonden in termen van directe en indirecte tijd van de medewerkers. Inzicht in de kosten van de zorg aan de verschillende cliëntengroepen maakt een adequate toedeling van de budgetten mogelijk.⁸⁹ De meting levert informatie op over de bezettingsgraad, de in- en uitstroom van cliënten⁸⁸ en het geeft inzicht in de tijd die de medewerkers aan de verschillende cliëntencategorieën besteden.^{89,91,92} In een instelling⁹⁰ wordt het systeem op wekelijkse afdelingsoverleggen gebruikt om medewerkers feedback te geven over de voortgang van de zorg aan cliënten. Verder worden de productiegegevens vergeleken met de productie die het management voor ogen had en met de productie in het verleden.⁸⁸

10.2.5 *Betrokkenen*

De volgende personen worden genoemd: de directie,^{88,89,91,92} de afdelingsmanagers^{88,89,90,91} die een op maat gesneden overzicht van de gegevens krijgen⁸⁸, de teamleiding⁸⁹ en de medewerkers.⁸⁹ Medewerkers van ondersteunende diensten spelen een belangrijke rol, zoals de staf- en administratieve medewerkers van de afdeling personeel en organisatie,^{88,89,91} het systeembeheer,^{89,90,91} en het secretariaat. In één instelling zorgt het secretariaat voor het overzicht van de dagelijkse afspraken van de medewerkers⁸⁹ en in een andere instelling⁹⁰ voert het alle cliëntgegevens en gegevens over tijdsbesteding in.⁹⁰ In een enkel geval zijn ook de baliemedewerkers actief bij de efficiëncymeting betrokken: zij registreren bij binnenkomst en vertrek het in- en uitchecken van cliënten.⁸⁹

Cliënten zijn niet bij de meting betrokken.

Kijken we naar de verantwoordheden voor het instrument dan is het management verantwoordelijk voor de toepassing van de meting.^{88,89,91,92} Verder

heeft iedere betrokkene verantwoordelijkheid voor de taken die hij of zij met betrekking tot het instrument heeft, aldus één instelling.⁸⁸ In een enkel geval zijn de verantwoordelijkheden schriftelijk vastgelegd, ook voor het up-to-date houden en het onderhoud van het informatiesysteem⁹⁰. In een andere instelling is een stuurgroep verantwoordelijk voor het evalueren en op peil blijven van het instrument in het kader van de pilot.⁹¹

De efficiëncymeting voorziet de betrokkenen permanent,^{90,91} regelmatig,⁹² bijvoorbeeld via maandelijkse overzichten⁸⁸ van informatie. Het systeem voor de meting is recent in gebruik/ontwikkeld: in drie instellingen^{88,89,92} sinds 1997, in twee instellingen sinds 1999.^{90,91} In geen van de instellingen is het evenwel een instrument dat klaar is, het is voortdurend in ontwikkeling. Het systeem moet worden uitgebreid om inzicht te kunnen krijgen in nieuwe vragen⁸⁸, of meer in het bijzonder in het effect van geprotocolleerde behandelingen.⁸⁹ Eén instelling⁹² is bezig om het systeem te verfijnen en af te stemmen op vragen waaraan behoefte is. In andere instellingen wordt het systeem uitgebreid naar andere afdelingen^{89,90}. In één instelling bevindt het zich nog in de ontwikkelings- en experimenteerfase.⁹²

Van twee instellingen is bekend dat er startproblemen waren: het systeem werkte niet, waarna het een jaar stil heeft gelegen⁸⁹ en: 'Het valt niet mee om de producten die je hebt geïnventariseerd ook in je systeem te krijgen.'⁹¹ Het instrument voor efficiëncymeting hebben drie instellingen zelf ontwikkeld.^{88,90,91} In één instellingen⁸⁹ is het gestoeld op een tijdbestedingsonderzoek dat samen met behulp een extern onderzoeksbureau is uitgevoerd.⁸⁹ In een andere instelling is het ontleend aan het NVAGG-rekeningschema.⁹²

10.2.6 *Uniforme toepassing*

In drie instellingen^{89,91,90} wordt de toepassing van de efficiëncymeting geëvalueerd of bewaakt. De resultaten van de evaluatie is in één instelling⁸⁹ reden om het instrument ook op andere afdelingen te gebruiken. Dit vereist echter wel dat het instrument wordt aangepast. De stuurgroep in de andere instelling⁹¹ evalueert de toepassing en de uitkomsten van de efficiëncymeting voortdurend. Het secretariaat en de teamleiders van de derde instelling zien erop toe dat de medewerkers de gegevens volledig registreren. Dit heeft effect, want er ontbreken nu veel minder gegevens dan voorheen. Het zijn ook deze drie instellingen waar sprake is van een uniforme procedure voor het gebruik van de efficiëncymeting die tevens schriftelijk is vastgelegd.

Het instrument dat de instellingen voor efficiëncymeting gebruiken is geschikt voor toepassing in andere instellingen uit de sector^{88,90}, niet alleen in de

ambulante maar ook in de klinische zorg.⁹¹ Het is met de nodige aanpassingen ook in andere sectoren te gebruiken en wordt al heel lang in het bedrijfsleven toegepast.⁹²

10.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Twee instellingen^{88,89} stellen dat de efficiëncymeting de beoogde resultaten oplevert. De meting levert maatwerk, het geeft de (sturings)informatie waar de instelling behoefte aan heeft, het laat bijvoorbeeld zien waar overbodige zorg is en waar tekorten zijn, zodat daarin meer wordt geïnvesteerd.⁸⁸ Het geeft grip op de werkdruk, op de caseload van de medewerkers. Ook is het een cliëntvolgsysteem waarin de diagnose, het behandelplan en de satisfactie van cliënten wordt meegenomen.⁸⁹ In deze instelling wordt allerlei onderzoek uitgevoerd op de gegevens. De meting heeft hier ook geleid tot nieuwe behandelvormen. In de overige drie instellingen^{90,91,92} is het nog te vroeg om al van resultaten te spreken. Het instrument is nog volop in ontwikkeling. Niettemin levert het instrument al meer inzicht in de producten die een instelling levert en de kosten die ermee zijn gemoeid.⁹¹ Alle instellingen vinden efficiëncymeting een instrument dat belangrijke informatie geeft over de doelmatigheid van de zorg.

Andere effecten

Er zijn ook bijkomende, positieve effecten. Het systeem voor efficiëncymeting verbetert de kwaliteit van de besluitvorming⁸⁸, en het budget is niet meer het alles bepalende kader.⁸⁸ Het commitment van de managers is sterk toegenomen doordat hun vragen uitgangspunt zijn voor de meting.⁸⁸ Managers hebben de registratie op orde en zien deze als onderdeel van hun werk⁹⁰; zij hebben veel behoefte aan de feedback die de efficiëncymeting geeft en zij anticiperen op de resultaten door de zorg aan cliënten al te gaan evalueren.

Waardering

Het management staat positief tot zeer positief tegenover het instrument voor efficiëncymeting.^{88,89,90} Aanvankelijk ervoeren de managers het als een controle-instrument. Nu zien ze het nut ervan gaan inzien omdat de meting is opgezet vanuit hun informatiebehoefte.⁸⁸ De overige twee instellingen^{91,92} vinden het nog te vroeg om iets over de waardering van het instrument te zeggen.

Ook onder de medewerkers bestaat waardering voor het instrument.⁸⁹ Zij hebben de ontwikkeling vanaf het begin meegemaakt en zien voordeel in de

feedback over hun (genormeerde) tijdsbesteding en over het hulpverleningsproces van hun cliënten. Deze feedback leidt tot inhoudelijke besprekingen in het team. Een andere instelling⁹⁰ ziet bij de medewerkers een verandering van extrinsieke naar intrinsieke motivatie. De aanvankelijke weerstand heeft plaatsgemaakt voor de erkenning dat de zorg transparanter moet worden.

10.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Er is een aantal factoren dat het gebruik van het instrument ten goede komt. Genoemd worden het directe nut vanwege de bruikbare informatie⁸⁸; een goede informatieverstrekking van het management aan de medewerkers om hen kostenbewust te maken⁹², als het aanslaat bij de medewerkers⁹¹ en hun enthousiasme overslaat op medewerkers van nog niet bij de toepassing betrokken afdelingen⁸⁹; 'iedere medewerker zijn eigen pc'.⁸⁹

De volgende factoren belemmeren een goede toepassing. De tijd die de registratie kost⁸⁸ en de medewerkers afleidt van waar ze eigenlijk mee bezig zijn⁸⁸ en mogelijk desinteresse bij medewerkers.⁹²

10.2.9 *Vereiste inzet*

Extra tijd is niet vereist voor de toepassing van de efficiëncymeting^{88,91,92}, zij het dat de gegevensverzameling natuurlijk de nodige tijd vereist.^{88,91} Er zijn wel kosten aan verbonden. Genoemd worden automatiseringskosten⁸⁸, kosten voor de aanschaf van computers voor alle medewerkers⁸⁹, kosten voor scholing^{88,89} en (ontwikkel)kosten voor het inhuren van een adviesbureau⁹⁰ of een administratiekantoor en accountant.⁹² Terwijl de kosten volgens één instelling niet bekend zijn maar wel hoog⁹⁰, noemt een andere instelling⁸⁹ een bedrag van f50 000,- exclusief het adviesbureau dat voor de begeleiding werd ingehuurd. Het gaat hier tot dusver om een systeem voor efficiëncymeting voor één afdeling.

Twee instellingen vinden dat de opbrengst groot is en de baten tegen de kosten opwegen.^{88,89} Twee andere instellingen hebben de indruk dat het de moeite waard is⁹¹ en dat afweging gunstig uitvalt omdat de kosten zeer beperkt zijn.⁹² Eén instelling kan op dit moment nog geen goede afweging maken.⁹⁰ Zij veronderstellen echter dat externe druk – 'maak de zorg transparant' – noodzakelijk blijft, willen de baten van het instrument en het belang van een goede toepassing onderkend worden.

Inbedding

Twee instellingen^{88,92} vinden dat het instrument voor efficiëncymeting nog niet ingebed is in het kwaliteitsbeleid. Wel tekent de ene instelling⁸⁸ hierbij aan dat men het debat over de begroting begint met de beleidsbespreking. Hierin komen de gegevens uit de efficiëncymeting aan de orde.⁸⁸ In de andere instelling heeft het instrument, ondanks de beperkte toepassing tot dusver, een plaats in het werkplan van het management.⁹²

In twee instellingen^{89,91} maakt het instrument deel uit van het (kwaliteits) beleid; het instrument wordt uitgebreid naar andere afdelingen.^{89,90}

10.2.10 *Samenvatting en conclusie*

Efficiencymeting is een instrument voor managementsturing dat gegevens oplevert over de doelmatigheid van de zorg, over de productie in relatie tot de kosten. Het is een instrument dat in de instellingen nog steeds in ontwikkeling is, dat wil zeggen dat het zich in een pilot- of experimenteerfase bevindt of dat het, waar het al in gebruik is, steeds flexibel antwoord moet kunnen geven op nieuwe managementvragen. Efficiencymeting heeft waardering van het management vanwege de gebruikswaarde van de informatie die de meting oplevert. Ook medewerkers staan er positief tegenover als zij eenmaal de voordelen in de vorm van feedback ervaren. Systematische gegevensverzameling kost evenwel tijd en ook zijn er kosten gemoeid met de ontwikkeling van het instrument. Het is een instrument dat met de nodige aanpassingen breed kan worden toegepast.

Sterke kanten

- Efficiencymeting levert het management bruikbare sturingsinformatie op met het oog op de doelmatigheid en de transparantie van de zorg.
- Het geeft medewerkers feedback over de verleende zorg en de tijd die zij hieraan besteden.

Zwakke kanten

- Het (zelf) ontwikkelen van het instrument en de registratie van gegevens door de medewerkers kosten respectievelijk geld en tijd/inzet.
- Monitoring van de toepassing van het instrument, van het verzamelen en registreren van de gegevens en het gebruiken van de resultaten is een aandachtspunt.

Aanbevelingen

- De efficiencymeting moet aansluiten bij de informatiebehoefte en -vragen van het management en de teams van de medewerkers.
- Investeer in de informatieverstrekking en in het motiveren van de medewerkers; maak de voordelen van voortdurende dataverzameling zichtbaar door hun feedback, informatie te geven over de door hen verleende zorg.

11 Klinische resultaten

11.1 Inleiding

Klinische resultaten zijn een belangrijke uitkomstindicator in de GGZ. Ze laten zien wat de effecten zijn van de geboden zorg. Als zodanig zijn ze een aanwijzing van de kwaliteit van zorg en te gebruiken voor bewaking en verbetering van zorg. We beschrijven in dit hoofdstuk de manier waarop klinische resultaten met effectmeting in beeld worden gebracht.

11.2 Effectmeting

11.2.1 Definitie

Bij effectmeting gaat het om onderzoek naar de veranderingen die de hulpverlening teweeg heeft gebracht in de psychiatrische, psychosociale of somatische gezondheidstoestand van de cliënt, zijn functioneren en zijn omstandigheden.

11.2.2 Geïnterviewden

- 1 instelling voor verslavingszorg⁹³ (1 medewerker, 1 stafmedewerker)
- 1 geïntegreerde voorziening⁹⁴ (1 manager)
- 1 APZ⁹⁵ (2 medewerkers)

Bij één instelling had het interview het karakter van een terugblik. De effectmeting heeft hier continu plaatsgevonden tussen 1990 en 1999, maar ligt momenteel stil omdat door een reorganisatie een andere organisatiebrede opzet moet worden ontwikkeld.⁹⁴ Bij een andere instelling is in het interview vooruitgekeken. De effectmeting in de vorm van een wetenschappelijk onderzoek is afgerond, maar er is een concreet plan om de meting als onderdeel van het kwaliteitssysteem verder te implementeren.⁹⁵

11.2.3 Doelstellingen

De effectmeting heeft tot doel zicht te krijgen op uitkomsten van zorg.^{93,94,95} De bedoeling is de doeltreffendheid^{93,94} en doelmatigheid⁹⁵ van de zorg te verbeteren. Eén instelling wil op langere termijn de doeltreffendheid relateren aan het type cliënten en zorgvorm.⁹⁵ Eén instelling wil ook zicht krijgen op zorggebruik van de cliënt na ontslag.⁹³

11.2.4 *Inhoud*

De drie onderzochte effectmetingen variëren in opzet.

Bij één instelling heeft de effectmeting de vorm van een actieonderzoek.⁹³ Dit wordt uitgevoerd door studenten, die via participerende observatie voortdurend feedback geven aan medewerkers. Deze effectmeting bestaat uit meerdere onderdelen: een meting van de tevredenheid van cliënten en verwijzers; meting van bereikte doelen van de zorgvorm (in termen van onder andere vermindering van het aantal opnames); én meting van verandering in klachten. Het aantal cliënten in dit onderzoek is ongeveer 25. De resultaten worden regelmatig teruggekoppeld naar de medewerkers.

Bij een andere instelling gaat het om een meting van klinische resultaten met vragenlijsten die cliënten invullen.⁹⁴ Gemeten worden klachten, welbevinden, wijze van omgaan met problemen, wijziging in verbetering hoeveelheid hulp, functioneren, werk en tevredenheid. De instelling maakt met deze effectmeting deel uit van een landelijk onderzoek (Standaard Evaluatie Project, STEP). Elke cliënt van de voorziening is voor dit onderzoek benaderd. De resultaten worden teruggekoppeld naar de voorziening.

Bij de derde instelling is de effectmeting gebaseerd op een wetenschappelijk onderzoek met vier trials, waarin is nagegaan wat een effectieve methode is voor de poliklinische behandeling van depressiviteit.⁹⁵ Elke cliënt wordt gevraagd bij de intake en bij de afsluiting een aantal vragenlijsten in te vullen. Dit gaat per computer. Er kan direct een analyse worden gemaakt voor de intake en diagnose. Met de vragenlijsten wordt het oordeel van de behandelaar en het functioneren van cliënten gemeten. Per kwartaal worden deze gegevens teruggekoppeld naar de afdelingen.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de instrumenten die gebruikt worden om bij de effectmeting de psychiatrische, psychosociale of somatische gezondheidstoestand van de cliënt, zijn functioneren en zijn omstandigheden te meten.

De instrumenten zijn ofwel door de instelling zelf ontwikkeld (bijvoorbeeld de behandelmatrix), ofwel in samenwerking met andere instellingen (STEP; dit leidt tot een landelijk bestand), ofwel het gaat om bestaande, 'geaccepteerde' vragenlijsten. Of cliënten zijn betrokken bij de ontwikkeling van de instrumenten is alleen bekend van de STEP. Daar ontbrak de inbreng van cliënten.⁹⁴

<i>Meetinstrumenten klinische resultaten</i>	<i>Doelgroep</i>
Behandelmatrix (inspanningen en uitkomsten)	uitbehandelde dubbele diagnose behandeling)cliënten
Meting van beweging door de zorgverlening na ontslag via provinciaal cliëntenregister	idem
SCL-90 (wordt bij twee instellingen gebruikt)	idem plus depressieve cliënten in poliklinische behandeling
DSM-IV	uitbehandelde dubbele diagnose cliënten
Landelijke onderzoeksvragenlijst naar klachten, welbevinden etc. (STEP: Standaard Evaluatie Project)	cliënten klinische psychiatrische voorziening
CGI-I en CGI-S (oordeel behandelaar: Clinical Global Impression of Severity and Improvement)	depressieve cliënten in poliklinische behandeling
Groninger Vragenlijst Sociaal Gedrag (GVSG)	idem
Utrechtse Coping Lijst (UCL)	idem
Vragenlijst kenmerken persoonlijkheid (VKP)	idem
Quality of Life vragenlijst	idem

Het gaat om herhaalde metingen, minimaal bij de start en bij het einde van een behandeling. Met de effectmeting is in 1990⁹⁴, 1992⁹⁵ en 1996⁹³ begonnen. De instelling met de langste ervaring (gebruik sinds 1990) geeft aan dat het bereik onder cliënten in het begin heel goed was, maar dat het de laatste jaren achteruit is gegaan.

11.2.5 *Betrokkenen*

Bij de effectmeting zijn behandelaars, cliënten, onderzoekers van de instelling^{93,94,95} en externe onderzoekers^{93,94} betrokken. Eenmaal wordt de meting mede gefinancierd door een externe organisatie.⁹⁵ De resultaten worden gebruikt door de betrokken afdeling^{93,94,95} en ook wel op instellingsniveau.^{93,95}

De verantwoordelijkheid voor de meting ligt bij één instelling bij het hoofd van de afdeling onderzoek⁹⁴ (in de toekomst worden de afdelingen zelf verantwoordelijk), bij een andere bij de Raad van Bestuur.⁹⁵

11.2.6 *Uniforme toepassing*

De bedoeling is dat de instrumenten op een standaard manier worden toegepast.^{93,94} Qua de procedure bestaan er verschillen tussen de instellingen. De instelling die de methode van actieonderzoek gebruikt, streeft niet naar een volledig gestandaardiseerde procedure.⁹³ Bij een andere instelling heeft de effectmeting tot nu toe het karakter gehad van een wetenschappelijk onderzoek, maar het is niet bekend hoe uniform de procedure in de toekomst

wordt.⁹⁵ Bij de derde instelling was standaardafname de bedoeling en is ook onderzocht in hoeverre dit in de praktijk werd nageleefd.⁹⁴ Er bleek variatie te bestaan. Naar aanleiding van deze uitkomst is meer uniformering aangebracht.

De methode van actieonderzoek met inzet van studenten is volgens de geïnterviewden goed te gebruiken door andere instellingen.⁹³ Ook de methoden met standaardprocedures hebben een brede (potentiële) reikwijdte voor andere instellingen, andere sectoren en andere doelgroepen.^{94,95} Een instelling geeft daarbij specifiek aan: 'Het is wenselijk dat iedere instelling de SCL-90 en een tevredenheidsvragenlijst afneemt.'⁹⁵

11.2.7 Effectiviteit

Doelbereik

Over het doelbereik van de effectmeting is bij twee instellingen informatie verkregen.^{93,94} In beide gevallen heeft de effectmeting aantoonbare gevolgen gehad voor de zorg. Maar er zijn verschillen. De effectmeting in de vorm van actieonderzoek levert veel informatie op voor de betreffende voorziening, die gebruikt is voor sturing en wijzigingen in het zorgaanbod of in contacten naar verwijzers.⁹³

De effectmeting in de vorm van vragenlijstonderzoek bij cliënten naar alléén klinische uitkomsten laat een matig doelbereik zien.⁹⁴ De uitkomsten zijn aanleiding voor zelfreflectie door medewerkers en een thermometer voor de afdeling. Maar doordat ze niet gekoppeld kunnen worden aan behandelgegevens zijn er geen conclusies aan te verbinden voor het primaire behandelproces. Wel is het voorgekomen dat een afdeling is gesloten onder andere omdat er steeds weer slechte klinische uitkomsten uit de effectmeting naar voren kwamen:

Andere effecten

Uit het effect-/actieonderzoek is gebleken dat hulpverleners te hoge doelen stellen voor de behandeling.⁹³ Dit kan tot teleurstellingen leiden. Hieruit is geconcludeerd dat kleinere, meer haalbare doelen gesteld moeten worden. Ook is gebleken dat hulpverleners geneigd zijn het accent te leggen op wat slecht ging. Dit heeft ertoe geleid dat men meer het accent probeert te leggen op wat goed gaat. Bovendien bleek dat cliënten en hulpverleners vaak anders tegen de hulp aankijken. Een andere onverwachte uitkomst was dat cliënten sterk gehecht zijn aan de hulpverlener.

Uit de effectmeting in de vorm van vragenlijstonderzoek onder cliënten zijn consequenties getrokken voor de duur van psychotherapie.⁹⁴ Ook is gebleken dat behandelaars de frequentieverdelingen verschillend interpreteren. De effectmeting heeft vooral gevolgen op de lange termijn: dan geeft ze een trend weer. Tevredenheidsmetingen worden in deze instelling zinvoller gevonden omdat ze duidelijker uitkomsten opleveren.

Waardering

Het management heeft volgens inschattingen van de geïnterviewden veel waardering voor de effectmeting.^{94,95} Ook medewerkers waarderen volgens hen de effectmeting positief^{93,94}, hoewel in één instelling wordt gesignaleerd dat niet iedereen de zin ervan ziet en dat het bedreigend kan zijn.⁹⁵ Bij het actieonderzoek wordt opgemerkt dat medewerkers de voortdurende interactie met onderzoekers positief ervaren.⁹³

Hoe cliënten het actieonderzoek waarderen is onbekend.⁹³ De effectmeting in de vorm van vragenlijstonderzoek wordt naar de mening van de geïnterviewden door cliënten verschillend gewaardeerd. Enerzijds leveren ze een grote investering waar ze zelf in directe zin weinig voor terugkrijgen⁹⁴, anderzijds vinden cliënten het vaak leuk om dergelijke vragenlijsten in te vullen.⁹⁵

11.2.8 *Bruikbaarheid*

Implementatie

Voor het realiseren van de effectmeting achten de geïnterviewden vijf factoren van belang.

- Motivatie van medewerkers.^{93,95} De motivatie kan versterkt worden door medewerkers intensief te betrekken bij het onderzoek en hun voortdurend feedback geven, zoals bijvoorbeeld in actieonderzoek.⁹³ De motivatie kan ook versterkt worden als de gegevens van de meting direct geschikt zijn voor gebruik door bijvoorbeeld een intaker.⁹⁵ De effectmeting moet iets opleveren voor medewerkers.⁹⁵
- Een positieve, open attitude van medewerkers.^{93,94}
- De instrumenten moeten zo gekozen worden dat ze betrekking hebben op datgene waar een behandeling toe moet leiden.⁹⁵
- Cliënten moeten de instrumenten gemakkelijk kunnen invullen. Eén tot twee uur invultijd blijkt het maximale dat gevraagd kan worden aan een cliënt.⁹⁵
- Vergoeding door de ziektekostenverzekeraar. Deze vergoedt een dergelijk onderzoek bij intake, echter alleen op indicatie. Bij een standaard vergoeding zouden meer afdelingen mee kunnen en willen doen.⁹⁵

Bezuinigingen en reorganisaties werken belemmerend.⁹⁴

11.2.9 Vereiste inzet

De vorm van actieonderzoek is zeer arbeidsintensief; de kosten worden gedrukt door te werken met studenten.⁹³ De vragenlijsten kosten cliënten één tot twee uur invultijd; de lijst wordt twee of drie maal ingevuld.^{94,95} Daarnaast is mankracht nodig voor de organisatie en de uitwerking. De effectmeting kan in principe uitgevoerd worden door een secretariaat en medewerkers van een afdeling. Deze zou dan meer geïntegreerd moeten worden in het dagelijks werk.⁹⁴ De uitwerking kost minder als de invoer geautomatiseerd is.⁹⁵

Over de kosten-batenverhouding zijn geen eenduidige uitspraken gedaan, deels omdat de effectmeting nog niet klaar of geïmplementeerd is.^{93,95}

Inbedding

De inbedding laat in alledrie de instellingen te wensen over. De resultaten worden wel teruggekoppeld naar de betrokken voorzieningen en zijn aanleiding tot bespreking en verbetervoorstellen. Maar geen van de effectmetingen is onderdeel van een organisatiebreed (kwaliteits)beleid terzake.^{93,94,95} Dit is wel in ontwikkeling.^{94,95} Bij één instelling bestaat een concreet plan hiervoor⁹⁵ en bij een andere wordt de effectmeting na een reorganisatie weer opgepakt in een andere opzet.⁹⁴

11.2.10 *Samenvatting en conclusie*

Effectmeting brengt in beeld welke veranderingen de hulpverlening teweeg heeft gebracht in de toestand, het functioneren of de omstandigheden van de cliënt. De onderzochte effectmetingen bestaan uit actieonderzoek, vragenlijstonderzoek onder cliënten, en vragenlijstonderzoek gecombineerd met oordelen van behandelaars.

Het actieonderzoek kent, in verhouding tot de andere twee vormen, de minste vaste procedures. Het is arbeidsintensief maar levert veel informatie op voor de voorziening. Medewerkers krijgen frequent feedback en waarde- ren dit positief. Het is goed bruikbaar voor bijsturing van de primaire zorg.

De ervaringen met het vragenlijstonderzoek laten zien dat uitkomstmaten die over een langer tijdsbestek zijn verzameld inzicht geven in mogelijke trends en kunnen fungeren als een thermometer. Maar uitkomstmaten alléén geven te weinig informatie om de zorg mee te verbeteren. Er moet minimaal óók informatie zijn over de geboden behandeling, zodat een koppeling ge- maakt kan worden tussen uitkomsten en processen. Daarnaast is informatie over de tevredenheid en relevante kenmerken van cliënten gewenst.

In alle effectmetingen worden (onder meer) instrumenten gebruikt die op gestandaardiseerde manier worden afgenomen. Deze instrumenten (zoals bijvoorbeeld de SCL-90 en het STEP) leveren (harde) uitkomsten die verge- lijikbaar zijn over voorzieningen.

Het management waardeert de effectmeting positief. Medewerkers doen dit ook, mits de nodige aandacht gegeven wordt aan hun motivatie en attitu- de en ze de informatie uit de effectmeting kunnen gebruiken in de zorg. Voor cliënten geldt dat de tijdsinvestering aan grenzen is gebonden. De inbedding in het organisatiebeleid of het kwaliteitsbeleid laat te wensen over.

Sterke kanten

- Effectmeting levert essentiële informatie over de geboden zorg.
- Methoden (zowel actieonderzoek als vragenlijstonderzoek) zijn breed toe- pasbaar.
- Met gestandaardiseerde instrumenten komt vergelijkbare informatie over voorzieningen beschikbaar.
- Het management het positief.

Zwakke kanten

- Uitkomstmaten zonder informatie over het zorgproces zijn moeilijk te interpreteren.
- Op uitkomstmaten alleen kan de zorg niet gestuurd en verbeterd worden.

- Het is (nog) niet goed ingebed in de organisatie en in het kwaliteitsbeleid.

Aanbevelingen

- Meet naast uitkomsten ook aspecten van het zorgproces en relevante clientkenmerken.
- Combineer de effectmeting met een (korte) tevredenheidsmeting bij cliënten.
- Geef medewerkers feedback over de uitkomsten en zorg dat ze de informatie uit de effectmeting kunnen gebruiken in hun primaire proces.
- Laat de effectmeting aansluiten bij het dagelijks werk van een afdeling.
- Als gestandaardiseerd instrumentarium in de effectmeting wordt meegenomen kunnen de uitkomsten desgewenst afgezet worden tegen andere voorzieningen of normen.

12 Indicatoren

12.1 *Inleiding*

In dit onderzoek is een indicator gedefinieerd als een (getals)waarde om de kwaliteit van de zorg te meten of te monitoren. In toenemende mate wordt geprobeerd de kwaliteit van zorg in cijfers uit te drukken. Naast het streven naar indicatoren binnen individuele instellingen wordt ook gezocht naar mogelijkheden om met indicatoren de kwaliteit van zorg van verschillende instellingen met elkaar te vergelijken (benchmarking).

Bij aanvang van het onderhavige onderzoek was het de bedoeling om per deelnemende instelling een interview te houden over de kwaliteit van de in gebruik zijnde indicatoren. Daarbij werd de volgende omschrijving gebruikt voor het begrip indicator. Een indicator moest voldoen aan de volgende drie criteria.

- Een indicator zegt iets over het proces of de uitkomst van de zorgverlening.
- Er wordt herhaaldelijk gemeten (zodat eventuele veranderingen zichtbaar worden).
- De resultaten van deze metingen worden gebruikt voor het monitoren en waar nodig bijstellen van het beleid.

Bij het benaderen van de contactpersonen van de instellingen bleek dat er nog nauwelijks gewerkt wordt met dergelijke indicatoren. Daarom is tijdens het interview vooral ingegaan op de huidige stand van zaken wat betreft (de gedachtevorming over) het werken met indicatoren en aan welk type indicatoren gedacht wordt. In de eerste paragraaf (12.2) wordt verslag gedaan van de bevindingen. Twee instellingen hadden ervaring met het werken met het periodiek terugkoppelen van een aantal kengetallen naar afdelingen. In deze instellingen is een interview gehouden over de ervaringen met dergelijke terugkoppelingen. In paragraaf 12.3 worden deze ervaringen beschreven.

12.2 *Het denken over indicatoren*

Bij 26 instellingen is gevraagd of men met indicatoren werkt. Alle instellingen moeten in het kader van de productieafspraken met de verzekeraar bepaalde cijfers registreren. Het gaat hierbij om cijfers over onder andere de aantallen cliënten die in- en uitstromen, bedbezetting, opnameduur. Ook wordt in het kader van de management informatie gekeken naar ziekteverzuim van werknemers of de verhouding directe/indirecte uren van zorgverleners. Op de

vraag of daarnaast nog gewerkt wordt met indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit van de zorg wordt bij zeventien instellingen ontkennend geantwoord. Van deze zeventien instellingen geven er tien aan dat er in de instelling wel gestart is met het denken over indicatoren. Bij negen instellingen wordt aangegeven dat al gewerkt wordt met indicatoren. Dat varieert van één specifieke indicator (bijvoorbeeld wachttijden) tot een hele lijst van indicatoren (zie ook paragraaf 12.3).

Als instellingen gaan denken over indicatoren dan doorlopen zij in de praktijk verschillende trajecten. De volgende varianten komen in de interviews naar voren.

- Er wordt gestart vanuit de missie en visie van de instelling. Deze missie en visie wordt door het management verder geconcretiseerd en er wordt bepaald wat succesbepalende factoren zijn. Vervolgens moeten deze factoren weer verder geconcretiseerd worden in indicatoren.
- Op programma- of afdelingsniveau of op instellingsniveau wordt een aantal kwaliteitsuitspraken geformuleerd. Een voorbeeld van zo'n uitspraak is: 'Dossiers moeten volgens een vaste systematiek opgesteld worden.' Vervolgens moet ervoor gezorgd worden dat een dergelijke uitspraak meetbaar gemaakt wordt.
- Gestart wordt met het beschrijven van het primaire proces. Dit kan op instellingsniveau gedaan worden of op programma- of afdelingsniveau. In deze beschrijving kunnen normen opgenomen worden. Een voorbeeld van zo'n norm is: 'De maximale tijd tussen intake en dat cliënt iets van de instelling hoort, is twee weken.' Deze normen kunnen vervolgens omgezet worden in indicatoren.
- De behoefte aan indicatoren wordt gemeten door een grote groep mensen uit alle lagen van de organisatie (medewerkers, vaktherapeuten, management) een voorgestructureerde vragenlijst voor leggen. Deze vragenlijst bevat een aantal mogelijke indicatoren. Per indicator wordt gevraagd of men die wil weten en met welke frequentie een terugkoppeling van de waarde van de betreffende indicator gewenst wordt.
- Nagegaan wordt welke informatie het management nodig heeft voor de sturing. Daarbij worden verschillende vormen van sturing onderscheiden zoals productsturing, processturing en middelensturing. Vervolgens wordt gekeken welke indicatoren nodig zijn voor elke vorm van sturing.

Vervolgens is gevraagd welke indicatoren men heeft of graag wil hebben. In het algemeen is men nog niet zover dat concrete indicatoren in termen van getalswaarden geformuleerd kunnen worden. Wel zijn er ideeën over de as-

pecten van de zorg waarvoor een indicator gezocht moet worden. Voor de kwaliteit van het zorgproces zou men graag de volgende aspecten meetbaar willen maken.

- kwaliteit van de cliëntendossiers
- kwaliteit begeleidingsplan
- percentage face-to-face-tijd van totale werktijd van hulpverleners
- wachttijden voor de verschillende zorgfasen
- aantal meldingen door hulpverleners van incidenten in de patiëntenzorg (bijvoorbeeld brand, zelfdoding, agressie, slechte organisatie, medicatiefouten, ongevallen, meldingen MIP)
- hoeveelheid klinisch medicijngebruik
- opnameduur
- klantgerichtheid
- de mate waarin de cliënt een persoonlijk begeleider kan kiezen.

Voor de uitkomsten van het zorgproces worden de volgende aspecten genoemd.

- tevredenheid van cliënten over de begeleiding
- tevredenheid van verwijzers
- percentage drop-outs (door cliënt eenzijdig afgebroken behandelingen)
- mate van doelrealisatie bij afsluiting van de hulpverlening (percentage behaalde doelen)
- percentage heropnames
- aantal en aard van de klachten
- kostprijsberekeningen (combinatie financiële gegevens en cliëntcontacten)

Bovengenoemde aspecten hebben direct betrekking op het zorgproces. Er wordt ook gedacht aan indicatoren voor het primaire proces ondersteunende activiteiten. Genoemd worden de volgende.

- personeelstevredenheid
- werkbelasting
- ziekteverzuim

12.3 *Ervaringen met indicatorsystemen*

12.3.1 *Geïnterviewden*

Twee instellingen hebben ervaring met het periodiek terugkoppelen van indicatoren naar de afdelingen in de vorm van zogenaamde profielpakketten¹ of signaleringsprofielen¹⁰. Eén instelling is daar zes tot zeven jaar geleden mee

gestart en kan een voorloper genoemd worden.¹ De andere instelling is onlangs gestart en heeft daarbij de eerste instelling als voorbeeld genomen.¹⁰

- 1 verslavingszorg¹ (1 manager)
- 1 geïntegreerde voorziening¹⁰ (1 manager, 2 stafmedewerkers)

12.3.2 Doelstellingen

De volgende doelen worden genoemd.

- managers voorzien van informatie voor sturing^{1,10}
- inzicht krijgen in de ontwikkelingen in zorgprocessen in afdelingen, en in hoe de patiëntgroepen eruit zien¹⁰

12.3.3 Inhoud

Elk kwartaal wordt per afdeling en/of zorgprogramma een overzicht gemaakt van een aantal indicatoren. De indicatoren betreffen het volgende.

- kenmerken van de ingestroomde patiënten zoals aantal naar herkomst verwijzer^{1,10}, geslacht^{1,10}, leeftijd¹⁰, etniciteit^{1,10}, DSM-IV-diagnose¹⁰, Gaf-score¹⁰, stoornis¹⁰, (verslavende) middelengebruik¹, geplande behandelduur.¹
- kenmerken van uitgestroomde patiënten zoals bestemming^{1,10}, behandelduur^{1,10}, reden uitstroom^{1,10}, nazorg^{1,10}, DSM-IV¹⁰, Gaf-score¹⁰, stoornis¹⁰, verbetering bij uitstroom¹⁰
- in behandeling zijnde patiënten zoals geslacht¹⁰, leeftijd¹⁰, etniciteit¹⁰, DSM-IV¹⁰, behandelduur¹⁰
- productiecijfers zoals bedbezetting¹, aantal contacten¹
- kenmerken personeel zoals omvang formatie¹, aantal medewerkers¹, ziekteverzuim¹
- overig zoals totale kosten¹, bedden- en stoelencapaciteit¹, dagprijs¹

Om de kwartaalcijfers te kunnen interpreteren wordt aanvullende informatie gegeven zoals een prognose van de cijfers over het lopend jaar (gebaseerd op de cijfers van de laatste vier kwartalen).^{1,10} Daarnaast kan periodiek aan de afdelingsmanagers gevraagd worden vragen welke cijfers zij willen halen (streefcijfers of normen).¹ Om managers te helpen met het lezen van de overzichten wordt bij de instelling die er onlangs mee gestart is een aparte beschrijving gemaakt van de meest opvallende ontwikkelingen uit het overzicht.¹⁰

12.3.4 *Betrokkenen*

Beide instellingen beschikken over een ondersteunende afdeling die verantwoordelijk is voor de controle op de volledigheid van de gegevens en voor het maken van de overzichten. In één instelling is de systematiek instellingsbreed ingevoerd (in zowel klinische als ambulante zorg).¹⁰ De andere instelling is gestart met de klinische zorg en is nu bezig een soortgelijke systematiek te ontwikkelen voor de ambulante zorg.¹

12.3.5 *Uniforme toepassing*

Alle definities van de indicatoren zijn schriftelijk vastgelegd.^{1,10} De kwaliteit van de gegevens wordt gecontroleerd door het aantal niet ingevulde registratiegegevens te minimaliseren en door na te gaan wat de reden is van opvallende afwijkingen van de cijfers met de cijfers van het voorafgaande kwartaal.^{1,10}

12.3.6 *Effectiviteit*

Doelbereik

Het is onduidelijk in hoeverre managers in de gelegenheid zijn op basis van de verstrekte informatie te sturen (eerste doel). In één instelling had geïnterviewde daar geen informatie over.¹ In de andere instellingen zijn de ervaringen te pril om daarover te kunnen oordelen.¹⁰

De tweede doelstelling (inzicht geven in de ontwikkelingen in de zorgprocessen) vindt men gehaald.¹⁰ Het draagt bij tot de transparantie van de zorg. Dit wordt gebaseerd op de reacties van afdelingsmanagers, die het waardevolle informatie vinden.

Andere effecten

Als neveneffect wordt genoemd dat medewerkers beter zijn gaan registreren, waardoor de kwaliteit van de gegevens verhoogd is.¹⁰ Een ander neveneffect vloeit voort uit het feit dat de afdelingen inzage hebben in de cijfers van andere afdelingen. Daaruit bleek dat er grote verschillen zijn in proceskenmerken tussen afdelingen als dat afgezet wordt tegen het budget van een afdeling.¹⁰

Waardering

In de ene instelling wordt opgemerkt dat managers zeer verschillend omgaan met de gegevens: de een bespreekt ze altijd met het team terwijl de ander er ogenschijnlijk weinig mee doet.¹

In de andere instelling vinden managers het in het algemeen prettig dergelijke gegevens te krijgen. In deze instelling is tot nu toe de ervaring dat de medewerkers doorgaans niet betrokken worden bij de gegevens.¹⁰

12.3.7 *Bruikbaarheid*

Implementatie

De volgende factoren speelden een rol bij de implementatie.

- Er werd gebruik gemaakt van bestaande registraties zodat die niet meer opgezet hoefden te worden.¹⁰
- De bestaande registraties in de verschillende deelinstellingen waren grotendeels vergelijkbaar zodat drastisch wijzigingen niet nodig waren.¹⁰
- Er moest voor gezorgd worden dat iedere werknemer op dezelfde manier registreert.¹
- Het kiezen en definiëren van de indicatoren bleek een tijdrovend proces.¹
- Het voorzien van de terugkoppelingen van commentaar vergroot de toegankelijkheid van de gegevens voor managers en daardoor de kans dat zij er iets mee gaan doen.¹⁰
- Bij enkele afdelingen bestond aanvankelijk weerstand tegen het feit dat anderen in de instelling inzicht kregen in de gegevens van de afdeling.¹⁰

Als randvoorwaarde voor het werken met een dergelijke terugkoppelingssystematiek wordt genoemd dat de te registreren gegevens tijdig ingevoerd moeten zijn zodat de terugkoppeling niet te lang op zich laat wachten.

12.3.8 *Vereiste inzet*

In de instelling die onlangs gestart is met de systematiek is voor de ontwikkeling van het systeem gedurende een half jaar een persoon aangesteld op basis van 0,8 fte.¹⁰ Nu de systematiek er is, kost het per kwartaal naar schatting 9 dagen om alle overzichten te maken.¹⁰ In de andere instelling is continu voor 0,5 fte een persoon aangesteld.¹ Het verschil in vereiste inzet wordt waarschijnlijk (deels) verklaard door een verschil in takenpakket (de mate waarin de persoon betrokken is bij het vullen van de gegevens in het registratiebestand).

Inbedding

In de instelling die er net mee bezig is, is voor een bottom-up-benadering gekozen in de zin dat eerst met de afdelingen is besproken wat de bedoeling is en het systeem voor de afdelingen ontwikkeld is. Nu het eenmaal draait zal de

Raad van Bestuur beslissen op welke wijze men het in het kwaliteitsbeleid wil inbedden.¹⁰

In de andere instelling is het ingebed in een deelsysteem. Jaarlijks formuleert het management streefgetallen. Het management wordt geacht iets met de terugkoppelingen te doen. Dit komt regelmatig in bilaterale overleggen tussen het afdelingsmanagement en de directie ter sprake.¹

12.3.9 *Samenvatting en conclusie*

Een indicator is een (getals)waarde om de kwaliteit van de zorg te meten of te monitoren.

De eerste ervaringen met het werken met indicatoren zijn inmiddels door verschillende instellingen opgedaan. Duidelijk is dat het meer zicht geeft in de zorg die de instelling en de verschillende afdelingen levert. Onbekend blijft echter in hoeverre managers mogelijkheden hebben om de waarde van dergelijke indicatoren te beïnvloeden.

Vergelijken we de indicatoren van de twee instellingen, dan kunnen we constateren dat één instelling vooral de zogenoemde productiecijfers terugkoppelt en dat de andere instelling wat meer indicatoren heeft waarmee deze iets probeert te meten van de kwaliteit van de zorg (zoals de diagnose bij ontslag en de mate van verbetering). Medio 1999 is de eerstgenoemde instelling bezig om klantentevredenheid standaard in de profielen op te nemen. De in paragraaf 12.2 genoemde (gewenste) indicatoren vinden we nauwelijks terug in de profielen van beide instellingen.

Sterke kanten

- Het maakt het zorgproces transparant.
- Als er streefcijfers geformuleerd worden, dan kunnen deze de basis zijn voor onderhandelingen over de productie met de zorgverzekeraar.

Zwakke kant

- Het onduidelijk in hoeverre managers de waarde van de indicatoren met hun beleid kunnen beïnvloeden.

Aanbevelingen

- Ga bij de keuze van indicatoren na of managers ook er ook mee kunnen sturen.
- Streef ernaar indicatoren voor kwaliteit van zorg in het systeem op te nemen.

13 Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de resultaten over de kwaliteit en het gebruik van de instrumenten en indicatoren samengevat. We doen dit steeds per aandachtsgebied. Daarbij concentreren we ons op de aspecten die in het onderzoek centraal staan.

- De effectiviteit: worden met het instrument de beoogde doelen bereikt? Draagt het bij aan de kwaliteit van zorg?
- Uniforme toepassing: is er sprake van een uniforme werkwijze, is het instrument ingebed in een kwaliteitscyclus, in het kwaliteitsbeleid van de instelling?
- Waardering van het instrument: hoe waarderen betrokkenen het instrument?
- Betrokkenheid van cliënten: zijn cliënten/is de cliëntenraad betrokken bij het instrument?
- Bruikbaarheid: welke factoren bevorderen en belemmeren het gebruik? Welke inzet is vereist?

Het hoofdstuk wordt besloten met een aantal algemene conclusies en aanbevelingen.

In het algemeen valt op dat nog nauwelijks systematische evaluaties zijn gehouden of onderzoek is gedaan naar doelbereik, toepassing en uitwerking van de instrumenten. Meestal zijn de antwoorden van de geïnterviewden gebaseerd op indrukken en ervaringen. Het onderzoek geeft dan ook vooral inzicht in de ervaren waarde van instrumenten en indicatoren en niet in de objectief vastgestelde waarde.

13.1 *Randvoorwaarden en processen*

13.1.1 *Beleid en organisatie*

Op het niveau van beleid en organisatie worden de voorwaarden geschapen voor het kwaliteitsbeleid. Naast visie- en strategieontwikkeling gaat het om het voorzien in faciliteiten en het aanreiken van manieren voor zorgvuldig en kwaliteitsgericht handelen die richtinggevend zijn voor de hele organisatie.

Negen instrumenten zijn op dit aandachtsgebied onderzocht. Allereerst marktonderzoek, dat input geeft voor zorg- en preventiebeleid. Verder het kwaliteitsplan, de gedragscode, het kwaliteitshandboek en het zorgprogramma: dit zijn normerende instrumenten die richting geven aan het handelen.

Ook is gekeken naar instrumenten die het handelen toetsen en aanleiding kunnen zijn tot verbeteren: het klachtenreglement met de klachtenafhandeling, interne en externe audits en de cliëntenraad.

Deze instrumenten hebben een redelijk doelbereik. Marktonderzoek geeft een beeld van de hulpvraag en ontwikkelingen hierin. Het zorgbeleid kan daarop worden afgestemd. Het kwaliteitsplan, de gedragscode, het kwaliteitshandboek en het zorgprogramma maken activiteiten inzichtelijk en stroomlijnen deze. De klachtenafhandeling, de audits en de cliëntenraad zijn een toets op het handelen in een instelling en leveren verbeterpunten.

Opvallend is de hoge waardering die het management heeft voor al deze instrumenten, vooral voor het kwaliteitsplan, de interne audit en de cliëntenraad. De waardering van medewerkers is over het geheel genomen wat lager. Het kwaliteitsplan krijgt de meeste lof, maar ook de gedragscode, het zorgprogramma en de externe audit worden door medewerkers gewaardeerd. De interne audit wordt als tijdrovend ervaren en het vastleggen van veel zaken als remmend. Het klachtenreglement vinden medewerkers zinnig, maar het geconfronteerd worden met een klacht emotioneel belastend.

Wat cliënten van de instrumenten vinden is vaak niet bekend. Soms is het wel bekend, en dan blijken cliënten overwegend positief. Cliënten(raden) zijn ook bij de instrumenten voor beleid en organisatie niet consequent betrokken. Voor zover bekend volgt men bij het kwaliteitsplan, de klachtenafhandeling en de externe audit een duidelijk en vast stramien. Bij marktonderzoek, zorgprogramma's en interne audits varieert de toepassing.

De inbedding in het kwaliteitsbeleid laat in het algemeen te wensen over, met uitzondering van het kwaliteitsplan. Het management houdt met behulp van dit plan een vinger aan de pols wat betreft uitvoering en doelbereik, en de plannen komen terug in het kwaliteitsjaarverslag. Het kwaliteitshandboek staat van alle instrumenten het meest los van het kwaliteitsbeleid.

Om de instrumenten goed te kunnen gebruiken is draagvlak in de instelling van groot belang: een goede introductie, toegankelijkheid voor medewerkers en regelmatige opfrisbeurten worden aangeraden. De instrumenten vergen (veel) tijd, met uitzondering van de gedragscode. Met name marktonderzoek vraagt een aanzienlijke investering in geld en faciliteiten.

De waarde van de instrumenten zou verbeterd kunnen worden door een betere verankering in het kwaliteitsbeleid, zodat de instrumenten systematisch gebruikt worden voor verbetering van het zorgaanbod. En ook door cliënten meer te betrekken bij de ontwikkeling of de evaluatie. Bovendien zou gekeken kunnen worden naar minder tijdrovende manieren van toepassing.

13.1.2 *Personeelsmanagement*

De twee instrumenten die in het onderzoek betrokken zijn op het gebied van personeelsbeleid zijn deskundigheidsbevordering/scholing en intervisie. Beide instrumenten worden ingezet om de deskundigheid van de medewerkers op peil te houden en verder te ontwikkelen.

Over het geheel genomen worden met beide instrumenten de beoogde doelen bereikt met de kanttekening dat dit oordeel met name voor intervisie is gebaseerd op indrukken. Instellingen leggen hun activiteiten voor deskundigheidsbevordering en scholing jaarlijks vast in een opleidingsplan. Dit gebeurt volgens een vaste procedure. Ook voor intervisie wordt in principe een uniforme opzet gebruikt; in de praktijk wordt hiervan afgeweken. Onder medewerkers is veel waardering voor het gebruik van intervisie. Het eigen handelen wordt namelijk getoetst aan dat van collega's en dit wordt als steunend ervaren. Medewerkers vinden dat dit positief uitwerkt op de kwaliteit van zorg. Cliënten zijn bij de instrumenten nauwelijks betrokken.

Voor de implementatie zijn twee dingen belangrijk: de instelling moet rekening houden met de motivatie en wensen van de medewerkers, en de beschikbare werkwijze moet consequent worden gevolgd en beoordeeld op het bereiken van resultaat. De inbedding van intervisie in het kwaliteitsbeleid en de cyclische toepassing kunnen beter. Verder kan de effectiviteit van scholing verhoogd worden door transferbevorderende maatregelen te nemen, zoals het overbrengen van het geleerde naar collega's die de betreffende cursus niet hebben gevolgd.

13.1.3 *Management van processen op afdelings-/programmaniveau*

Voor het management van processen op afdelings-/programmaniveau zijn de volgende instrumenten onderzocht. Met betrekking tot kwaliteitsnormering: kwaliteitswerkplannen en productprofielen. Dossieronderzoek en intercollegiale toetsing zijn de onderzochte instrumenten voor kwaliteitstoetsing om de kwaliteit van zorg op afdelings- of programmaniveau te bevorderen.

De toepassing van deze instrumenten leidt in het algemeen tot positieve resultaten met betrekking tot de kwaliteit van zorg, al zijn niet alle doelen bereikt en baseert men zich veelal op ervaringsgegevens. Wat wel bereikt is, is het volgende. Productprofielen maken het zorgaanbod transparant voor medewerkers en verwijzers. Ook het kwaliteitswerkplan bevordert de transparantie en het inzicht in zorgprocessen en het plan geeft richting aan verbeteracties. Door dossieronderzoek te doen zien instellingen of de dossiers aan

de gestelde criteria voldoen. Intercollegiale toetsing geeft medewerkers zicht op de kwaliteit van het eigen handelen. Met verbeterprojecten kunnen uiteenlopende doelen worden bereikt, van het bevorderen van de kwaliteitscultuur tot meer efficiënte zorg. Het management en de medewerkers waarderen de instrumenten overwegend positief. Uniforme toepassing vinden ze belangrijk, maar het is niet altijd even duidelijk of dit ook het geval is omdat dit niet wordt geëvalueerd.

Hoewel actieve betrokkenheid van cliënten niet op voorhand bij elk instrument een must is, spelen cliënten nu een zeer marginale rol. Op zijn minst mag worden verwacht dat de cliëntenraad in staat wordt gesteld kennis te nemen van de toepassing van de instrumenten en van de opbrengst in termen van kwaliteitsverbetering. Ook het realiseren van draagvlak onder de medewerkers door bijvoorbeeld aan te sluiten bij de zorgpraktijk is een punt van aandacht, evenals de consequente en cyclische toepassing van de instrumenten die medewerkers feedback geeft over de resultaten. Met name het maken van productprofielen en het uitvoeren van dossieronderzoek vraagt tijd.

13.1.4 *Management van het primaire proces*

Voor de bewaking en verbetering van het primaire proces in de GGZ kunnen verschillende instrumenten worden ingezet. Onderzocht zijn het routingprotocol, de zorgplansystematiek en protocollen voor specifieke situaties. Dit zijn instrumenten met een overwegend normerend karakter die zeer frequent gebruikt worden in het primaire zorgproces.

Het doelbereik van deze instrumenten is naar het oordeel van de instellingen matig tot redelijk. Ze structureren het zorgproces en maken het transparant en ze bevorderen eenduidigheid van handelwijzen en verslaglegging en cliëntgericht werken. Met name in de aanloopfase hebben medewerkers moeite met de consequente toepassing van routingprotocollen en de zorgplansystematiek. De bruikbaarheid van deze instrumenten wordt dan ook maar matig gevonden. Het management waardeert de instrumenten overwegend positief. Soms worden ook nadelen gezien in de vorm van grote tijdsinvestering en werkdruk. De waardering van medewerkers is wisselend: enerzijds geven de instrumenten houvast, anderzijds brengen ze papierwerk met zich mee en perken ze het handelen in. Voor zover bekend is de waardering door cliënten wisselend. Opmerkelijk is hun geringe betrokkenheid bij ontwikkeling en evaluatie. Ook valt de gebrekkige inbedding in een kwaliteitscyclus op. Dit zou kunnen verbeteren door de informatie over hulpvragen, processen en uitkomsten, die de instrumenten kunnen leveren, systematisch terug te koppelen naar medewerkers én op geaggregeerd niveau naar cliënten-

raden, teams, afdelingen en circuits. Daar kunnen ze besproken worden op hun implicaties voor de primaire zorg. De instrumenten zelf moeten van tijd tot tijd onder de loep worden genomen en bijgesteld worden door betrokken medewerkers én cliënten, zodat ze blijven aansluiten op hun behoeften. De algemene indruk is dat de protocollen voor specifieke situaties in verhouding het meest waardevol worden gevonden, daarna volgt de zorgplansystematiek, en dan de routingprotocollen.

Het primaire proces profiteert het meest van deze instrumenten als ze niet te tijdrovend zijn, niet te bureaucratiserend werken en als geïnvesteerd wordt in ondersteuning en scholing van medewerkers.

13.2 *Resultaten en uitkomsten van zorg*

13.2.1 *Waardering door klanten en andere belanghebbenden*

Om de waardering door klanten en andere belanghebbenden vast te stellen doen instellingen onderzoek, voeren zij exitinterviews met cliënten, laten zij een toetsing uitvoeren vanuit het cliëntenperspectief en doen zij onderzoek naar het oordeel van familie van cliënten.

Opvallend is de variëteit in vragenlijsten die de instellingen gebruiken om met onderzoek na te gaan hoe cliënten over de kwaliteit van de zorg denken. Het zijn veelal zelfontwikkelde vragenlijsten waarvan de validiteit en betrouwbaarheid te wensen overlaat. Hoe dan ook, waarderingonderzoek onder cliënten wordt, evenals familie-onderzoek en het houden van exitinterviews, gezien als een waardevol instrument vanwege de informatie die zij opleveren. Deze informatie wordt gebruikt voor het nemen van verbetermaatregelen.

Over de toetsing vanuit cliëntenperspectief oordelen de instellingen minder positief; de doelen worden niet of voor een deel bereikt, de procedure is vrij omslachtig en de toonzetting van de rapportage kan volgens een instelling prettiger. Zowel de toetsing vanuit cliëntenperspectief als het onderzoek onder familie zijn instrumenten die één keer zijn gebruikt. Beide instrumenten zijn dan ook niet ingebed in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Dit is in veel instellingen wel het geval voor cliëntenwaarderingsonderzoek. Volgens de helft van de betrokken instellingen staan cliënten positief tegenover waarderingsonderzoek onder cliënten en het houden van exitinterviews. Cliëntenraden zijn ook bij de helft van de instellingen betrokken bij de totstandkoming van het instrument voor waarderingsonderzoek onder cliënten en bij de opzet voor de exitinterviews. Bij een instelling is een vereniging van familieleden van cliënten betrokken bij de ontwikkeling van het instrument voor familie-onderzoek. Voor de uitvoering van de toetsing vanuit het cliëntenperspectief

is de cliëntenraad van de instelling verantwoordelijk. In één instelling was de cliëntenraad ontevreden over de geringe inbreng die de externe visitatiecommissie haar toestond.

Met name waarderingsonderzoek onder cliënten en de exitinterviews zouden op een meer uniforme wijze toegepast kunnen worden. Ook het gebruik van eenvoudige vragenlijst en een dito procedure voor dataverzameling zou de kwaliteit van de verkregen informatie uit cliëntenonderzoek ten goede komen. Waarderingsonderzoek, in het bijzonder het ontwikkelen van de vragenlijst, de dataverzameling en de terugkoppeling van de resultaten kosten de nodige tijd.

13.2.2 *Waardering door medewerkers*

Onderzocht zijn vragenlijstmethoden om het oordeel van medewerkers over werkdruk, feedback en waardering, beleid en strategie, samenwerking en arbeidsverhoudingen te meten. In de meeste gevallen gaat het om landelijk ontwikkelde lijsten waarvan de betrouwbaarheid is aangetoond. Alle waarderingsonderzoeken zijn één keer uitgevoerd, periodieke herhaling is het plan.

Het waarderingsonderzoek beantwoordt gedeeltelijk aan zijn doelen. Het geeft inzicht, maar leidt niet altijd tot verbeteringen. Omdat verschillende lijsten worden gebruikt kunnen instellingen zich niet met elkaar vergelijken. De procedure van afname is niet altijd vastgelegd. De respons is, voor zover bekend, goed. Managers en medewerkers vinden dit instrument de moeite waard. Het waarderingsonderzoek is arbeidsintensief, middelen en steun van de directie zijn nodig. Belangrijk is dat medewerkers zien dat iets met de resultaten gedaan wordt; hieraan ontbreekt het nog wel eens. Ook ontbreken streefcijfers, vergelijkingsmogelijkheden en een structurele relatie met verbeteracties. Op al deze punten valt winst te behalen.

13.2.3 *Waardering door de maatschappij*

Met onderzoek naar waardering door de maatschappij is in de GGZ nog nauwelijks ervaring opgedaan. We hebben bij één instelling een methode van imago-onderzoek onderzocht.

Dit levert informatie op over bekendheid en waardering van de GGZ in het algemeen en toegespitst op de instelling. Buiten de onderzochte instelling participeren nog andere instellingen in het project, zodat vergelijking in de toekomst mogelijk wordt. De informatie is betrouwbaar en de respons hoog. Management en medewerkers zijn er zeer positief over. De mening van cliënten is onbekend. Het onderzoek vraagt een investering in tijd en geld, die

door de spreiding in de tijd goed beheersbaar lijkt. Het is onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de instelling en leidt, zo nodig, tot verbeteringen, bijvoorbeeld qua (naams)bekendheid en toegankelijkheid.

Dit (nieuwe) instrument lijkt veelbelovend.

13.2.4 *Bedrijfsresultaten*

Instellingen voeren efficiëncymetingen uit om zicht te krijgen op de bedrijfsresultaten. Gegevens over de effecten van interventies afgezet tegen de kosten zijn opgenomen in het managementinformatiesysteem.

Efficiëncymeting is een vrij nieuw instrument dat in het merendeel van de betrokken instellingen nog volop in ontwikkeling is. Toch vinden vrijwel alle instellingen het een belangrijk instrument vanwege de sturingsinformatie die het met name voor het management oplevert. Waar ze al wat meer ervaring met het instrument hebben opgedaan zien ook de medewerkers gaandeweg de voordelen; zij krijgen bijvoorbeeld feedback over hun tijdsbesteding en het zorgproces. De procedure voor gebruik is eenduidig en de toepassing wordt geëvalueerd. In sommige instellingen is de efficiëncymeting deel van het (kwaliteits)beleid; andere instellingen vinden dat dit nog niet het geval is, al zijn ze op de goede weg. Belangrijk voor de implementatie is dat rekening gehouden wordt met kosten op het gebied van automatisering en scholing. Ook is het enthousiasmeren van de medewerkers van belang. Verder kost het verzamelen van gegevens de nodige tijd. Cliënten zijn niet bij de efficiëncymeting betrokken.

13.2.5 *Klinische resultaten*

Drie vormen van effectmeting zijn onderzocht: actieonderzoek, vragenlijst-onderzoek onder cliënten en vragenlijstonderzoek gecombineerd met oordelen van behandelaars.

Het doelbereik van een effectmeting wisselt per methode. Actieonderzoek levert de meeste informatie op voor de voorziening, maar het is zeer arbeidsintensief. De andere methoden zijn strakker geprocedureerd en sneller, maar geven minder inzicht en aanknopingspunten voor verbetering. In de effectmeting worden meetinstrumenten gebruikt die breed toepasbaar zijn in de GGZ en in principe een vergelijking tussen instellingen mogelijk maken. De waardering van de effectmeting door het management is positief. Die van medewerkers ook, mits er stimulansen zijn en ze de informatie uit de meting kunnen gebruiken voor hun zorg. Cliënten hebben vooral een rol als informatiebron en krijgen weinig feedback over de resultaten. De resultaten van

alle effectmetingen worden teruggekoppeld naar de voorzieningen, daar besproken en gebruikt voor verbeteringen. De effectmetingen zijn echter nog niet ingebed in een instellingsbreed kwaliteitsbeleid. Een combinatie met een tevredenheidsmeting, een meting van het zorgproces en van cliëntkenmerken wordt aangeraden.

13.3 *Indicatoren*

Het meten van de kwaliteit van zorg met behulp van indicatoren voor processen en uitkomsten is tot dusver voor de meeste instellingen nog een stap te ver. Men is vooral nog bezig met de gedachtevorming hierover.

De praktijkervaringen van enkele instellingen laten zien dat meten met indicatoren het management meer zicht geeft op de zorgprocessen. Echter, indicatoren voor de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld met betrekking tot de hulpvraag, het aanbod, continuïteit van behandelaar, uitkomsten van de zorg in termen van doelbereik, vermindering van klachten en verbetering van de kwaliteit van leven, lijkt men nog nauwelijks te meten. De toepassing van indicatoren gebeurt op een eenduidige manier, maar wat het management vervolgens met de resultaten doet, verschilt per instelling of is niet duidelijk. Het bevordert de implementatie als de bestaande registraties niet, of in beperkte mate gewijzigd hoeven te worden. Het gebruiken van indicatoren vraagt de nodige inzet en tijd. Een aparte functionaris en/of afdeling die verantwoordelijk is voor de ontwikkeling, invoering en het draaiend houden van de systematiek is aan te raden.

13.4 *Conclusies en aanbevelingen*

Wanneer we het gebruik van de kwaliteitsinstrumenten overzien, zijn enkele lijnen te ontdekken.

Haken en ogen aan de bruikbaarheid

De toepassing van de instrumenten kost in het algemeen veel tijd. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat in de aanloopfase veel geïnvesteerd moet worden om te wennen aan nieuwe werkwijzen en hierbij behorende registraties. Maar de veronderstelling is ook dat instrumenten te breed en te complex zijn opgezet en dat meer ondersteuning bij de invoering noodzakelijk is.

Het verdient aanbeveling om de instrumenten kritisch te bekijken en naar mogelijkheden te zoeken om ze efficiënter op te zetten en toe te passen. Door eenvoudige instrumenten te gebruiken die gericht zijn op niet teveel maar wel concrete doelen wordt de implementatie bevorderd en een gerichte evaluatie

mogelijk gemaakt. Er zou nog aan de instrumenten gesleuteld kunnen worden.

De niet consequente toepassing

Van instrumenten, die uniform toegepast zouden moeten worden, is vaak niet bekend of zij in de praktijk wel consequent worden gebruikt. Zo veel is duidelijk, dat niet iedereen zich aan de procedures houdt. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat gegevens uit instrumenten niet teruggekoppeld worden naar degenen die ermee werken, waardoor de zin van het gebruik voor een deel verloren gaat. Mogelijke andere redenen zijn de extra tijdsinvestering die gevraagd wordt en de moeite die het kost om een instrument te leren gebruiken.

Over het algemeen blijkt draagvlak een van de factoren die van belang is voor de implementatie. Bij de planning van de implementatie is wellicht meer aandacht hiervoor nodig.

Onvoldoende inbedding van instrumenten in een cyclus van kwaliteitsverbetering

De bijdrage aan de kwaliteit van zorg heeft niet alleen te maken met de aard van de instrumenten en indicatoren zelf. Minstens even belangrijk is de manier waarop ze worden gebruikt. Wil een instrument of indicator leiden tot bewaking of verbetering van de zorg, dan is nodig dat de uitkomsten ervan worden teruggekoppeld naar degenen die ermee werken. Die kunnen op basis daarvan de zorg evalueren en verbeteren. Instrumenten en indicatoren moeten dus gezien worden als middel in een leer- en verbeterproces in een organisatie.

De cyclische werkwijze rond instrumenten blijkt vaak te ontbreken. Dat heeft tot gevolg, zoals de onderzoeksresultaten laten zien, dat men niet zorgvuldig kan vaststellen of de doelen zijn bereikt. Met andere woorden, de instrumenten fungeren onvoldoende voor monitoring, als middelen om voortdurend informatie over de kwaliteit van zorg te verkrijgen om deze waar nodig te kunnen verbeteren. Met een betere inbedding van instrumenten zou veel winst geboekt kunnen worden. Nu gebeurt de toepassing te fragmentarisch en ad hoc.

Geringe betrokkenheid van cliënten

Hoewel cliëntgerichtheid een van de hoofddoelen is van kwaliteitsbeleid, is het blijkbaar nog niet mogelijk geweest om cliënteninbreng structureel en systematisch tot stand te brengen. Mogelijk heeft dit ten dele te maken met de cliënten zelf. We hebben immers gezien dat cliëntenraden kampen met hun bezetting. Maar anderzijds zien medewerkers en management vaak mogelijk-

heden om cliënten de zorg mee te laten bepalen over het hoofd en moeten ze nog een balans zien te vinden tussen professionele en cliënteninbreng. Informatieverstrekking aan en advisering door de cliëntenraad, gebruik maken van de ervaringsdeskundigheid van cliënten bij het ontwikkelen van instrumenten en het vaststellen van verbeteracties zijn nog onvoldoende benutte mogelijkheden.

Grote variëteit in instrumenten

Het is opvallend met hoeveel verschillende instrumenten de instellingen in de GGZ aan de slag zijn gegaan. Dit is des te opmerkelijker als bedacht wordt dat de meeste instrumenten nog niet zijn ingebed in een kwaliteitscyclus en dus niet systematisch worden ingezet voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Ook is in dit onderzoek gebleken dat een instrument wel met dezelfde titel wordt aangeduid, maar inhoudelijk totaal verschillend kan zijn in verschillende instellingen. Voorbeelden hiervan zijn het marktonderzoek, de intercollegiale toetsing en het cliëntwaarderingsonderzoek.

Wellicht zouden kwaliteitsinstrumenten en indicatoren voor de sector meer geharmoniseerd kunnen worden. Daarmee zouden processen en uitkomsten in de GGZ aan vergelijkbaarheid en eenduidigheid winnen. Dat dit mogelijk is blijkt uit het gegeven dat instellingen bij de meeste instrumenten aangeven dat deze in principe breder toepasbaar zijn dan in de eigen instelling.

De grote variëteit aan activiteiten werpt ook de vraag op of de instellingen, mogelijk de sector, niet beter zouden moeten prioriteren en keuzes zouden moeten maken. Mogelijk zouden instellingen in een traject dat mede op koepelniveau wordt afgestemd meer van elkaar kunnen leren en gericht ondersteund kunnen worden.

De geringe toepassing van indicatoren

Opvallend is dat er nog maar heel weinig gericht is gekeken naar wat instrumenten opleveren. Zoals we al constateerden zijn vaak zijn de doelen wel geformuleerd, maar ontbreekt evaluatie. Het werken met concrete doelen, uitgewerkt in indicatoren voor het meten van de kwaliteit van zorgprocessen en -uitkomsten zou aanwijzingen kunnen geven voor een reële en efficiënte opzet van het kwaliteitsbeleid.

Systematische evaluaties en onderzoek

Dit onderzoek heeft laten zien dat bij instellingen weinig zicht bestaat op het gebruik van instrumenten en op de bijdrage die instrumenten leveren aan de kwaliteit van zorg. Vaak zijn procedures en afspraken wel formeel geregeld,

maar kan niet aantoonbaar gemaakt worden of ze worden toegepast zoals bedoeld. Dit vraagt om meer nadruk op evaluatie en toetsing van instrumenten, hetzij in instellingen, hetzij op landelijk niveau.

In het algemeen geven de resultaten van dit onderzoek aan dat, willen instrumenten en indicatoren ingezet worden voor de kwaliteit van zorg, meer aandacht nodig is voor de implementatie van instrumenten en indicatoren, de toetsing van gebruik en effect, de betrokkenheid van cliënten, harmonisatie en eenduidigheid.

Literatuur

Basisdocument kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Advies van de Stuurgroep Harmonisatie kwaliteitsbeleid. Utrecht: NcGv, 1994.

Brancherapport GGZ. Deelrapport 5: Aanbod en kwaliteit. Utrecht: GGZ Nederland, 1999.

Handleiding Positiebepaling & Verbeteren. Organisaties zonder winstoogmerk. Bewust werken aan verbetering van resultaten. Den Bosch: Instituut Nederlandse Kwaliteit, 1997.

Gids voor Zelfevaluatie Zorginstellingen. Den Bosch: Instituut Nederlandse Kwaliteit, 1997.

Kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg. Programma. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1998.

Ooyen-Houben M van, Place M, Nabitz U. Het SHKZ/GGZ-kader en het INK-model. Twee kwaliteitsmodellen in de Geestelijke Gezondheidszorg. Kwaliteit in Beeld 1998;8(3):4-6.

Ooyen-Houben M van, Place M. Na(ar) Leidschendam 2000. Kwaliteitsbeleid in de GGZ. Stand van zaken en blik op de toekomst. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.

Place M, Ooyen-Houben M van, Linssen L, Steinmann A. Kwaliteitstoetsing in de GGZ. Een instrument voor interinstitutionele toetsing in instellingen voor GGZ. Trimbos-instituut/GGZ Nederland, 1999.

Veer A de, Wagner C, Ooyen-Houben M van, Place M. Kwaliteitsbeleid in de GGZ. Deel 2: Een kwantitatief onderzoek. NIVEL/Trimbos-instituut, 2000.

Voorlopig Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling gericht op Certificatie in de Zorgsector. Algemeen Deel. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. Utrecht, 1996.

Wagner C, Bakker DH de, Sluijs EM. Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995. NIVEL/NRV, 1995.

Wagner C e.a. Kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg. De stand van zaken in 2000. NIVEL, 2000.

Wersch S van, Winters-van der Meer J, Zomerplaag J. Kwaliteitsmodellen in de zorgsector. Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, 1999.

Bijlage 1 Leden van de begeleidingscommissie

Dhr. G. H. ter Avest (Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk)
Mw. M. Bot (voorzitter; Stichting De Meren)
Dhr. J. Brinkmann (GGZ Nederland)
Dhr. T.A.W. van der Schoot (Inspectie voor de gezondheidszorg)
Dhr. J. Schlärmann (NP/CF)
Mw. M. Steketee (Verwey-Jonker Instituut)
Mw. M. van der Wolf-Timmermans (Vindicta RIBW's)

Bijlage 2 Uitkomsten enquête kwaliteitsfunctionarissen over gebruik instrumenten en indicatoren

Percentage respondenten dat het betreffend instrument zo belangrijk vindt voor de kwaliteit van zorg dat het nader op waarde onderzocht moet worden (n=55)

Cursief staan de instrumenten die in overleg met de begeleidingscommissie gekozen zijn.

Management primair proces

<i>zorgplansystematiek</i>	67
<i>protocollen</i>	56
<i>cliëntvolgsysteem</i>	47
<i>verwijsprocedures</i>	40
<i>intervisie</i>	35
<i>supervisie</i>	25

Management processen op niveau programma of afdeling

<i>programmaprofielen</i>	69
<i>productprofielen</i>	55
<i>dossieronderzoek</i>	51
<i>multidisciplinaire intercollegiale toetsing</i>	49
<i>monodisciplinaire intercollegiale toetsing</i>	44
<i>verbeterprojecten</i>	36
<i>projectplan</i>	24

Beleid en organisatie

<i>marktonderzoek bij gebruikers/verwijzers</i>	76
<i>gezamenlijke zorgprogramma's</i>	71
<i>benchmarking</i>	64
<i>Management Informatie Systeem</i>	62
<i>kwaliteitsbeleidsplan</i>	60
<i>kwaliteitswerkplannen</i>	58
<i>regionale samenwerking en overleg</i>	58
<i>interne audit</i>	53
<i>externe audit</i>	49
<i>gedragscode</i>	42
<i>kwaliteitshandboek</i>	40
<i>cliëntenraad</i>	40
<i>klachtenreglement 1</i>	38
<i>dossierreglement</i>	38
<i>kwaliteitsjaarverslag</i>	38
<i>samenwerkingsprocedures</i>	35
<i>privacyreglement</i>	33
<i>bijhouden literatuur en trends</i>	33
<i>commissies (MIP, klachten, FONA, M&M)</i>	29
<i>professioneel statuut</i>	25

Leiderschap/personeelsmanagement	
scholingsplan	38
personeelsbeleidsplan	35
<i>deskundigheidsbevordering en scholing</i>	27
functioneringsgesprekken	25
wervings- en inwerkprocedures	24
functie/taakomschrijvingen	22
regelingen bij ziekte	22
beoordelingsgesprekken	20
exitgesprekken met medewerkers	20
Middelenmanagement en diensten door derden	
plan van eisen voor hygiëne, veiligheid, voeding	22
begroting	16
afspraken met leveranciers	15
Waardering door klanten en belanghebbenden	
<i>tevredenheidsonderzoek onder cliënten</i>	69
<i>externe toetsing vanuit cliëntenperspectief</i>	53
<i>exitgesprekken met cliënten</i>	51
<i>tevredenheidsonderzoek onder familie</i>	35
Waardering door medewerkers	
<i>tevredenheidsonderzoek onder medewerkers</i>	49
Waardering door de maatschappij	
<i>imago-onderzoek</i>	24
Bedrijfsresultaten en klinische resultaten	
<i>effectmeting</i>	55
<i>efficiëncymeting</i>	49

Bijlage 3 Vragenlijst over instrumenten en indicatoren

Vragen voor het interview over een instrument
(vrijwel identieke vragen zijn gesteld voor elke indicator)

1 Algemene beschrijving van het instrument/de indicator

1.1 Doel

- Met welk doel wordt er in uw instelling met dit instrument gewerkt?
- Wat wilt u precies met het instrument bereiken?

1.2 Aandachtsgebieden van het instrument, primaire zorg, randvoorwaarden

- Er zijn verschillende aandachtsgebieden als we het hebben over de kwaliteit van de zorg, namelijk het primaire zorgproces, leiderschap, enzovoort. Op welk aandachtsgebied, of op welke aandachtsgebieden heeft het instrument betrekking?
 1. leiderschap/personeelsmanagement
 2. beleid & organisatie
 3. middelen management/diensten door derden
 4. het primaire proces
 5. beleid op het niveau van afdelingen of programma's
 6. waardering door personeel
 7. waardering door klanten
 8. waardering door de maatschappij
 9. ondernemingsresultaten
 10. klinische resultaten

1.3 Plaats in het kwaliteitsbeleid

- In het kwaliteitsbeleid zijn er verschillende belangrijke aspecten waarop kwaliteitsinstrumenten gericht kunnen zijn. Op welke van de volgende aspecten is het instrument gericht?
 1. Doeltreffendheid: draagt de zorg daadwerkelijk bij aan de verbetering van de gezondheidstoestand van de cliënt?
 2. Doelmatigheid: zorg waarbij de geleverde inspanningen - geld, middelen en tijd - zich verhoudt tot opbrengsten in termen van baat van de zorg.
 3. Cliëntgerichtheid: bejegening, informatiebereidheid, verantwoordingsbereidheid, inspraak en mogelijkheid tot zelfbeslissen
 4. Zorgaanbod afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, zorg op maat.
 5. Transparantie: aan anderen – instellingen, cliënten, verzekeraars – kunnen laten zien wat de kwaliteit van de zorg is.
 6. Een ander aspect, namelijk ...

1.4 Inhoud

- Kunt u een korte beschrijving geven van de inhoud van het instrument? (Vraag door op aspecten die voor en specifiek instrument belangrijk zijn)

1.5 Betrokkenen

- Door wie wordt het instrument gebruikt?
- Zijn cliënten bij de ontwikkeling van het instrument betrokken (of op een andere manier)?

1.6 Verantwoordelijkheid

- Is geregeld dat er iemand verantwoordelijk is voor de toepassing van het instrument?
- Is deze (of een andere) persoon er verantwoordelijk voor dat de kwaliteit van het instrument op peil blijft, dat wil zeggen, op zijn tijd wordt geëvalueerd, en zo nodig wordt bijgesteld en weer onder de aandacht van de betrokken uitvoerende medewerkers wordt gebracht?

1.7 Frequentie

- Hoe vaak wordt het instrument toegepast?

1.8 Duur

- Hoe lang wordt het instrument al gebruikt?
- Bevindt de toepassing van het instrument zich nog in
 1. de ontwikkelingsfase
 2. de experimenteerfase of
 3. heeft men het al in gebruik?
- Indien al in gebruik, zit er een bepaalde ontwikkeling in het gebruik? Zijn er bijvoorbeeld aanloopproblemen geweest of liep het juist meteen goed, of ging het vooral later minder goed?

1.9 Herkomst

- Is het instrument:
 1. zelfontwikkeld
 2. is het ontleend aan een bestaande methodiek en aangepast aan de eigen situatie en eigen wensen of
 3. is het elders ontwikkeld en in zijn geheel overgenomen: van een andere instelling, of afkomstig uit literatuur of.....?

2 Mate van uniformiteit en standaardisatie/betrouwbaarheid (eindscore op schaal)

2.1. Concrete gegevens over het gebruik

- Is het onderzocht, geëvalueerd of en hoe het instrument wordt toegepast? (bestaande gegevens in geval van een bestaande methodiek; maar mogelijk ook zelf onderzocht).
- Op welke manier is dit onderzocht?
- En met welk resultaat/wat bleek hieruit?
- Wordt het instrument door alle betrokken medewerkers op dezelfde manier toegepast?
- Streven jullie ernaar dat alle betrokken medewerkers het instrument op dezelfde manier toepassen? Vraag om toelichting.
- Wordt het instrument altijd door iedere betrokken hulpverlener en bij iedere cliënt toegepast?

2.2 Gestandaardiseerde procedure

- Is de manier waarop het instrument moet worden toegepast duidelijk, voor één uitleg vatbaar/is er een vaste procedure?

2.3 Schriftelijk vastgelegd

Direct in aansluiting op 2.2. vragen of de manier waarop het instrument moet worden toegepast schriftelijk vastligt.

3 Validiteit (schaal)

3.1 Doelbereik

- Wordt met de toepassing van het instrument het beoogde doel bereikt? (refereer aan doel uit 1.1).
Zo ja, waaruit blijkt dit?
Zo niet, hoe komt dit?

3.2 Face- validity

- Levert het instrument een bijdrage als het gaat om de kwaliteit van zorg (refereer aan 1.2 en aan 1.3: primaire proces/randvoorwaarden en kwaliteitsaspecten)?
Hoe dan? Wat levert het gebruik precies op? Waaruit komt dit naar voren?

4 Vereiste inzet (schaal)

4.1 Tijdsinvestering

- Hoeveel (extra) tijd neemt de toepassing van het instrument in beslag van de betrokken medewerker(s) (in vergelijking met de situatie voor het gebruik)?

4.2 Kosten

- Welke andere kosten zijn eraan verbonden (bijvoorbeeld scholing, software)?

4.3 Waardering door management, medewerkers en cliënten

- Wat zijn de ervaringen van het management, de medewerkers met de toepassing van het instrument, wat is hun mening hierover?
- Wat zijn de ervaringen van cliënten met het instrument, wat is hun mening hierover?

4.4 Implementatie

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren bij het gebruik van het instrument?
Bevorderend:
Belemmerend:

5 Opbrengsten (schaal)

5.1 Inbedding in de cyclus voor het gehele kwaliteitssysteem

- Is de toepassing van het instrument onderdeel van het kwaliteitssysteem van de instelling/ welke plaats neemt het instrument in in het totale kwaliteitsbeleid?
- Maakt het deel uit van een deelsysteem?

5.2 Bedoelde/onbedoelde effecten

- Wat heeft het gebruik van het instrument tot nu toe opgeleverd? Is daar onderzoek naar gedaan? Met welke resultaten/effecten? Waren er ook onbedoelde resultaten? Welke?
Opgeleverd/resultaten:
Onbedoelde resultaten:

5.3 Positieve/negatieve effecten

- Worden deze effecten als positief of negatief ervaren door management, medewerkers, cliënten?

5.4 Kosten/baten:

- Kijkend naar het geheel van kosten en baten wat betreft de toepassing van het instrument, wegen de baten dan op tegen de kosten? Waarom?

5.5 Reikwijdte

- Is het instrument bruikbaar voor andere (collega-)instellingen?
- Kan het instrument in andere sectoren worden toegepast?
- Kan het voor andere doelgroepen binnen uw sector worden gebruikt? Zo ja, zijn daaraan voorwaarden verbonden? Zo nee, waarom niet?

5.6 Gebruikswaarde vergroten

- Kan de gebruikswaarde verbeterd worden? Kan de toepassing van het instrument nog beter bijdragen aan de kwaliteit van zorg? Onder welke voorwaarden heb je een maximale opbrengst van het instrument voor het kwaliteitsbeleid?

6 Slotvragen (voor de kwaliteitsfunctionaris/management)

- Hebt u overzicht over de instrumenten die er in de instelling worden gebruikt voor de kwaliteit van de zorg?
- Als u alle (u bekende) instrumenten overziet, welke leveren dan naar uw mening de grootste bijdrage aan de kwaliteit van de zorg?

Bijlage 4 Deelnemende instellingen

Instellingen voor verslavingszorg

- Brijder Stichting
- CAD Drenthe
- De Grift
- Jellinek
- NOVADIC

Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen

- Psychiatrisch Ziekenhuis Vrederust
- Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam

Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW)

- RIBW Den Haag
- RIBW Gooi en Vechtstreek
- RIBW Midden- Brabant
- RIBW Nijmegen Rivierenland
- RIBW Oost - Gelderland
- RIBW Twente

Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG)

- RIAGG Amsterdam Oost
- RIAGG Midden - Limburg
- RIAGG Oostelijk Zuid – Limburg
- RIAGG Westelijk Noord – Brabant

Medisch KinderDagverblijven en Medische Kindertehuizen (MKD/T)/Geïntegreerde jeugd- zorg

- MKD/MKT Kardeel
- Stichting Boschhuis

Geïntegreerde voorzieningen

- De Gelderse Roos
- Stichting Adhesie GGZ Midden - Overijssel
- GGZ Den Bosch
- GGZ Delfland
- GGZ Midden – Brabant
- GGZ Drenthe
- GGZ Noord – Holland Noord
- Stichting Emergis

Bijlage 5 Schema voor een instrument en een indicator

Instrument/indicator		
Omschrijving		Doel Gebieden Aspecten Inhoud Betrokkenen Verantw.heid Frequentie Duur Herkomst
Uniformiteit en Standaardisatie 0 nee 0 enigszins 0 ja grotendeels 0 ja zeker wel		Onderzoek Uniform gebruik Streven ernaar Volledig Schriftelijk
Toepassing leidt tot doel- bereik 0 nee 0 enigszins 0 ja grotendeels 0 ja zeker wel		Doelbereik Face-validity
Vereiste inzet 0 zeer gering 0 enige inzet 0 vrij veel inzet 0 zeer veel inzet.		Tijdsinvestering Kosten Waardering door Management/ mede- werkers/cliënt Implementatie
Opbrengst 0 niets/weinig 0 vrij veel 0 veel 0 zeer veel		Inbedding (On)bedoelde effecten Pos./neg.effecten Kosten/baten Reikwijdte Optimalisering van effecten

Bijlage 6 **Opzet en inhoud van de onderzochte instrumenten voor het meten van waardering door cliënten**

1 Drie vragenlijsten voor afname na iedere fase in de zorg (aanmelding: 23 items, zorgverlening: 30 items, afsluiting: 22 items) Elke lijst bevat stellingen over de bejegening, inspraak, informatievoorziening, oordeel over de behandeling, plus twee open vragen. Gemiddeld doen cliënten 11 minuten over het invullen van de lijst.⁶⁴

2 Er zijn drie lijsten: een zogenoemde tevredenheidskaart ligt in de wachtkamer die de cliënt naar believen kan invullen, een (gesloten)vragenlijst (met 154 vragen over onder andere alle zorgfasen, de hulpverlener, de situatie op het moment van afsluiting) die alle cliënten na afsluiting van de zorg ontvangen en periodieke interviews onder een bepaalde groep ex-clieënten.⁶⁵

3 Een vragenlijst van 2 pagina's met open en gesloten vragen (items: informatieverstrekking en de zorgverlening). Er zijn drie versies voor de verschillende vormen van zorg. De cliënt krijgt de lijst na afsluiting van de zorg.⁶⁷

4 Een (gesloten) vragenlijst van 6 pagina's (antwoorden op een 6-puntsschaal) met een algemeen deel dat voor alle cliënten geldt en een specifiek deel gericht op de afzonderlijke programma's. Het algemene deel bevat items over de bejegening, de informatieverstrekking, de wachttijden, alle fasen van het zorgproces. Alle cliënten krijgen de lijst in de week voor hun ontslag. De terugkoppeling gebeurt per programma en ieder kwartaal. Drop-outs krijgen geen vragenlijst.⁶⁸

5 Een vragenlijst met gesloten antwoordcategorieën met bij elke vraag expliciet ruimte voor het geven van een toelichting. Cliënten (ouders) krijgen de vragenlijst drie maanden na afsluiting van de zorg. Items zijn de overgang van het kind naar de nieuwe school/instelling, eventuele terugval, ontwikkeling van het kind na het verblijf in de instelling, de relatie tussen ouders en kind, en dergelijke. De resultaten worden per geretourneerde vragenlijst bekeken op mogelijkheden ter verbetering van de zorg.⁶⁹

6 Een vragenlijst met meerkeuzevragen en open vragen over onder meer de zorginhoud en de aansluiting bij de problemen, de overgang naar andere afdelingen, de informatieverstrekking.⁷⁰

7 Er zijn twee vragenlijsten gericht op de poliklinische zorg (over bijvoorbeeld het tijdig beginnen van gesprekken) en op de klinische zorg (over de huisvesting). In principe vullen cliënten zelf de vragenlijst in. Soms wordt de lijst afgenomen in een interview. De resultaten worden in een groepsgesprek met de cliënten besproken. Er worden oplossingen gezocht voor knelpunten en verbeterplannen opgesteld.⁷¹

8 Een (gesloten) vragenlijst met een vijfpuntsschaal voor cliënten van de afdeling volwassenzorg. Naast 52 tevredenheidsitems over informatieverstrekking, wachttijden, hoeveelheid zorg, de hulpverlener en de afsluiting is er een algemeen deel met 30 vragen over de cliënt. De cliënt ontvangt de lijst na afsluiting van de zorg. Na een tweede rappel wordt een verkorte vragenlijst gestuurd om een beeld te krijgen van de non respons groep. Van tevoren stelt men op de afdeling streefpercentages vast.⁷²

9 Een vragenlijst met 100 items en een vijfpuntsschaal. Items gaan onder ander over de begeleiding, het personeel, de samenstelling van de bewonersgroep, de huisvesting, autonomie en dagbesteding Ook zijn er enkele aanvullende (open en gesloten) vragen. Een stagiaire heeft de vragenlijst in groepsverband afgenomen. Individuele invulling was desgewenst ook mogelijk. Afnameduur is 30 minuten tot 1,5 uur. Een extern onderzoeksbureau heeft de gegevens verwerkt en de rapportage verzorgd (voor de gehele instelling en voor de afzonderlijke woonvormen).⁷³

10 Een vragenlijst voor cliënten in de sector volwassenenzorg met gesloten vragen over de opname, de overplaatsingsprocedure, de zorgverlening, het verblijf en de nazorg. Er is ook een open vraag en ruimte voor opmerkingen.⁷⁴

Gegevens auteurs

Margo Place is socioloog en werkt sinds 1991 bij het Trimbos-instituut. Zij is wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorg en doet met name studies op het gebied van kwaliteit van zorg.

Marianne van Ooyen is sociaal-psycholoog. Zij werkt sinds 1989 bij het Trimbos-instituut. Ze is senior wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorg en doet studies op het gebied van kwaliteit van zorg.

Anke de Veer is psycholoog. Zij werkt sinds 1991 bij het Nivel als senior-onderzoeker. Zij heeft onder andere onderzoek gedaan naar kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief en naar ouderenzorg.

Cordula Wagner is socioloog en werkt sinds 1994 bij het Nivel. Zij is programmaleider van het themagebied Kwaliteit en Organisatie. Zij doet met name studies naar implementatie en effecten van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg.

Bestellen

Dit rapport is te bestellen bij het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030 - 2 97 11 00, onder vermelding van bestelnummer AF0365. De prijs is f37,50 (inclusief verzendkosten). U ontvangt een acceptgirokaart voor de betaling.

Deel II is te bestellen bij het Nivel , 030 - 2 72 97 00

