

Kwaliteitssystemen in de zorgsector en het bedrijfsleven:

Een vergelijking aan de hand van het INK-model

september 1996



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 5
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319230

C. Wagner
D.H. de Bakker
J.A. Walburg

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - tel.: 030 2319946

INHOUDSOPGAVE

WOORD VOORAF

1. INLEIDING	1
2. HET INK-MODEL	3
3. METHODE VAN ONDERZOEK	6
3.1 De respondenten	6
3.2 De vragenlijst	7
3.3. Verantwoording van de indeling volgens het INK-model	8
3.3.1 Betrouwbaarheid van de indeling	14
3.3.2 Vergelijking van het Fase-model met het INK-model	16
4. VERSCHILLEN TUSSEN SECTOREN	17
5. VERGELIJKING MET HET BEDRIJFSLEVEN	44
LITERATUUR	48
BIJLAGE: Enquête	49

Woord Vooraf

Dit verslag laat zien hoever zorginstellingen in Nederland gevorderd zijn met de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen gerelateerd aan het INK-model. Voor afzonderlijke zorginstellingen zoals bijvoorbeeld de Jellinek bieden de resultaten een benchmark ten opzichte van verslavingszorginstellingen, GGZ-instellingen en de gezondheidszorg in het algemeen. Tevens is op een aantal concrete punten een vergelijking gemaakt met het Nederlandse bedrijfsleven.

Het voorliggende verslag is geschreven in opdracht van de Jellinek te Amsterdam en de Technische Universiteit Eindhoven (vakgroep Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg). De gepresenteerde gegevens zijn het resultaat van een secundaire analyse op gegevens van ruim 1100 instellingen in de gezondheidszorg. De instellingen zijn representatief voor 15 verschillende zorgsectoren. De gegevens zijn gebaseerd op een schriftelijke enquête waarin gevraagd is naar de concrete activiteiten die instellingen hebben ontwikkeld op het gebied van kwaliteitszorg.

De basis van de analyse is de indeling van alle kwaliteitsactiviteiten volgens het INK-model. Deze indeling heeft plaatsgevonden onder begeleiding van vier deskundige auditors van het INK-model:

Prof.dr.s. F. Stevens (Instituut Nederlandse Kwaliteit)

Mw.dr.s. I. Wiersema (Delphi Marketing & Kwaliteit Managementgroep B.V.)

Drs. U. Nabitz (Jellinek)

Mw. H.M.W. Boom (Vincent van Gogh Instituut).

De resultaten van dit onderzoek laten aan instellingen, patiënten, verzekeraars en andere geïnteresseerden zien wat de toegenomen aandacht voor kwaliteitsbeleid tot nu toe heeft opgeleverd. Daarnaast wordt duidelijk op welke gebieden de komende jaren meer aandacht moet worden besteed. Door de sterke en zwakke kanten te laten zien van het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen kan dit verslag stimulerend werken op de verdere ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen.

1 INLEIDING

De laatste jaren is de aandacht voor kwaliteitszorg en het invoeren van kwaliteitssystemen in een stroomversnelling gekomen. Hieraan hebben zowel de drie Leidschendamconferenties (1989, 1990 en 1995) als de in april 1996 ingevoerde Kwaliteitswet Zorginstellingen bijgedragen.

Zorginstellingen die verbeteringen op een structurele manier vorm willen geven, kunnen kiezen uit een aantal modellen. In het bedrijfsleven wordt veelal gebruik gemaakt van de ISO-normen (9000 serie) en, weliswaar in mindere mate, van modellen voor Totale Kwaliteit zoals de Baldrige Award (USA), de European Quality Award (EFQM-model) en het evaluatiemodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (het INK-model).

Verschillende typen zorginstellingen zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen of Riagg's hebben de afgelopen jaren een eigen methode ontwikkeld om systematisch aan kwaliteitsbewaking en -verbetering te werken. Een vergelijking tussen sectoren wordt hierdoor bemoeilijkt. Het INK-model kan onafhankelijk van de sector worden toegepast en biedt hierdoor de mogelijkheid zorgsectoren onderling te vergelijken of een vergelijking te maken tussen zorgsector en bedrijfsleven, waar het INK-model ook ingang heeft gevonden.

Het doel van dit onderzoek is om een overzicht te geven van de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in instellingen in de gezondheidszorg met als referentiekader het INK-model. Op basis van dit overzicht zal op een aantal concrete punten een vergelijking worden gemaakt met het bedrijfsleven.

Voor het beschrijven van de stand van zaken is gebruik gemaakt van enquêtegegevens die zijn verzameld in het kader van een onderzoek naar de invoering van kwaliteitssystemen in instellingen van de gezondheidszorg. Dit onderzoek heeft eind 1994 en begin 1995 plaatsgevonden in het kader van de bewaking van de voortgang van de op de Leidschendamconferenties gemaakte afspraken over kwaliteit. De gegevens van het bedrijfsleven zijn afkomstig uit het rapport 'De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland'. Dit rapport is gebaseerd op een onderzoek onder 704 bedrijven met minimaal 50 werkzame personen uit verschillende branches. Deelgenomen hebben vooral organisaties uit de landbouw, deelstofhandel, industrie, bouwnijverheid, groothandel, transportbedrijven en de zakelijke dienstverlening. Voor de gegevensverzameling is gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête en interviews met kwaliteitsfunctionarissen en managers.

Beide onderzoeken beschrijven het perspectief van het management op de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de eigen organisatie.

Een overzicht van de stand van zaken op het gebied van kwaliteitssystemen is van belang om initiatieven van zorginstellingen te kunnen stimuleren en ondersteunen. Kennis over eventuele onderlinge verschillen tussen sectoren kunnen worden gebruikt om sectorspecifiek speerpunten voor het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren te kunnen formuleren.

Een vergelijking met het bedrijfsleven geeft meer zicht op de sterke en zwakke kanten van de gezondheidszorg. Het verschaffen van een overzicht aan instellingen in de zorgsector kan stimulerend werken op de verdere implementatie.

De volgende vragen staan centraal in dit onderzoek:

1. In welke ontwikkelingsfase van het INK-model bevinden zich de kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg?
2. In hoeverre bestaan er verschillen tussen sectoren in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen?
3. In hoeverre zijn er verschillen in ontwikkeling tussen de zorgsector en het bedrijfsleven op een aantal concrete punten?

Voor het beantwoorden van deze vragen zijn de kwaliteitsactiviteiten door deskundige auditors in gedeeld in de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van het INK-model (hoofdstuk 3.3). Aan de hand van de indeling is voor alle instellingen de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied bepaald.

De stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en de verschillen tussen zorgsectoren wordt aan de hand van grafieken en tabellen in hoofdstuk 4 gepresenteerd. De vergelijking met het bedrijfsleven wordt gemaakt in hoofdstuk 5.

2 Het INK-model

Een van de afspraken die in 1990 op de Leidschendamconferentie zijn gemaakt door de overheid, de aanbieders van zorg, de patiënten/consumentenorganisaties en verzekeraars was dat de aanbieders van zorg binnen vijf jaar kwaliteitssystemen zouden ontwikkelen en invoeren. Uitgangspunt was de gedachte dat een kwaliteitssysteem, net als in het bedrijfsleven, een goed middel was om de kwaliteit te beheersen en te verbeteren, en hierover verantwoording af te leggen aan derden via externe beoordeling van het kwaliteitssysteem.

Kwaliteitssystemen kunnen op verschillende manieren worden ingevoerd. In dit verslag dient het INK-model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit als referentiekader. Het INK-model is afgeleid van het EFQM-model dat is ontwikkeld door de European Foundation for Quality Management (EFQM). De achterliggende filosofie is dat kwaliteitsmanagement op alle activiteiten van een organisatie gericht moet zijn. Alle activiteiten moeten zo uitgevoerd worden dat aan de behoeften en eisen van klanten tegemoet wordt gekomen.

In 1991 werd de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit opgericht (nu Instituut Nederlandse Kwaliteit) met als doel het kwaliteitsmanagement van bedrijven, instellingen en organisaties te stimuleren en te ondersteunen. De Stuurgroep heeft het EFQM-model vertaald en in de vorm van een handleiding ('Positiebepaling en Verbeteren') ter beschikking gesteld aan organisaties. Ter stimulering is tevens de Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding geïntroduceerd. Organisaties kunnen zich hiervoor aanmelden en meedingen naar de Prijs of de Onderscheiding.

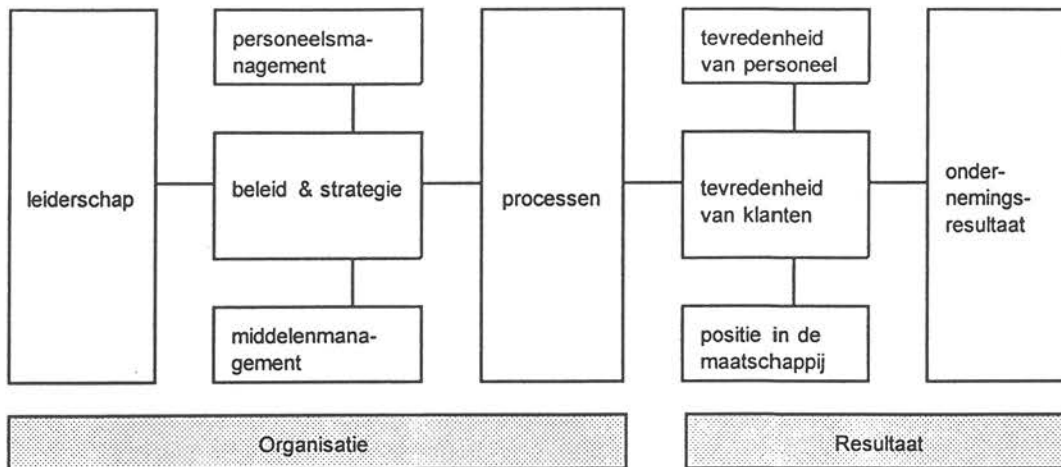
Als organisaties een kwaliteitssysteem willen invoeren, kunnen zij beginnen met een zelfevaluatie met behulp van de handleiding. In een later stadium kunnen auditoren worden gevraagd het kwaliteitssysteem van de organisatie te beoordelen (externe audit).

In de volgende paragrafen zal worden ingegaan op de onderdelen van het INK-model: de negen aandachtsgebieden en de ontwikkelingsfasen en kwaliteitsniveaus.

Beschrijving van het zelfevaluatiemodel

Het evaluatiemodel is opgebouwd als feedbacksysteem of regelkring. Dit betekent dat een organisatie in het ideale geval weet (door te meten) welke resultaten worden geboekt, dat kennis over deze resultaten direct invloed heeft op het beleid van de organisatie en dat dit beleid vervolgens weer vertaald wordt in (verbetering van) de dienstverleningsprocessen. Verbetering van deze dienstverleningsprocessen met inbegrip van alle processen die daarop van invloed zijn moet weer leiden tot verbetering van de resultaten. Deze kringloop (resultaten, beleid, processen en weer resultaten) geldt voor de organisatie als geheel maar ook voor afzonderlijke afdelingen in de organisatie. Doel van de kringloop is het voortdurend leren en verbeteren op basis van gegevens over resultaten.

Het INK-model ziet er als volgt uit:



In het INK-model wordt bovenstaand schema gebruikt om de relatie te illustreren tussen organisatorische voorwaarden voor een beheerst dienstverleningsproces (de vier linker blokken), de processen zelf (centrale blok) en de resultaten (vier rechterblokken).

Aandachtsgebieden

In het INK-model worden negen aandachtsgebieden onderscheiden die aangeven waarop kwaliteitsactiviteiten zich kunnen richten: vijf organisatiegebieden en vier resultaatgebieden. Organizegebieden zijn: beleid en strategie, leiderschap, personeelsmanagement, middelenmanagement en management van processen. Zij hebben betrekking op de wijze waarop de organisatie is ingericht en wordt aangestuurd, en geven aan op welke punten kwaliteitsactiviteiten zich kunnen richten.

De vier resultaatgebieden zijn: waardering door klanten en personeel, oriëntatie op de maatschappij en eindresultaten. Deze vier gebieden zijn bedoeld om te controleren in hoeverre de doelen worden gehaald. Tevens wordt duidelijk dat de organisatie met verschillende klanten rekening moet houden.

De essentie van het evaluatiemodel is de consequente toepassing, de onderlinge afstemming van de terugkoppeling op grond waarvan sturing plaatsvindt.

Ontwikkelingsfasen

De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem is een fase in de zorg voor totale kwaliteit. Deze zorg voor kwaliteit verloopt in het bedrijfsleven volgens de hierna te noemen ontwikkelingsfasen (Hardjono en Hes, 1993). Kenmerkend voor elke volgende fase is dat de zorg voor kwaliteit steeds verbreed wordt, namelijk:

1. Produktgerichte kwaliteitsbewaking: de kwaliteitsbewaking richt zich vooral op het eindprodukt en niet zozeer op het proces waarmee dat produkt tot stand komt.
2. Procesgerichte kwaliteitsbewaking: in deze fase neemt de kwaliteitsbewaking het gehele proces van de totstandkoming van een produkt in ogenschouw.
3. Systeemgerichte kwaliteitsbewaking: in deze fase worden verbindingen gelegd tussen de verschillende processen.

4. Ketengerichte kwaliteitsbewaking: kwaliteitszorg houdt niet meer op aan de grenzen van de organisatie, men probeert ook greep te krijgen op de kwaliteit van toeleveranciers en maakt maximaal gebruik van kennis en capaciteiten van andere organisaties om de klant tevreden te stellen. In de gezondheidszorg betekent dit dat er wordt getracht het zorgaanbod af te stemmen met andere aanbieders of men probeert te komen tot een gezamenlijk zorgaanbod.
5. Totale Kwaliteit: in deze fase gaat het om een integratie van kwaliteitszorg, ARBO-zorg en de zorg voor het milieu, kortom om het maatschappelijk verantwoord functioneren van de organisatie.

In de eerste drie fasen wordt het kwaliteitssysteem opgebouwd. De ontwikkeling daarvan verloopt doorgaans als volgt. In de beginfase is de zorg voor kwaliteit beperkt tot de controle van afzonderlijke produkten of diensten. Vervolgens gaat men proberen fouten in de eindprodukten te voorkómen door het beheersen van de produktieprocessen: de deelprocessen worden op elkaar afgestemd en de overgangen worden bewaakt. In de derde fase tracht men alle processen in onderlinge samenhang te brengen. Kwaliteit wordt namelijk niet alleen bepaald door het produktieproces op zich, maar ook door de organisatie van de instelling als geheel (beleid, infrastructuur, leiding enzovoorts). Men tracht de wisselwerking tussen beleidsmaatregelen en produktieprocessen te beheersen. Op dat moment spreekt men van systeemkwaliteit oftewel het kwaliteitssysteem. In die fase kan men in aanmerking komen voor een ISO-certificaat.

Kwaliteitsniveaus

Bij de resultaatgebieden gaat het niet om ontwikkelingsfasen maar om het meten van het oordeel van klanten en het analyseren van trends in de ontwikkeling van de (bedrijfs)resultaten op vijf kwaliteitsniveaus. Niveau 1 geeft aan of de instelling beschikt over resultaatgegevens. Dit is het geval als de instelling methoden en procedures heeft ontwikkeld om de resultaten periodiek te meten. Niveau 2 betekent dat de instelling trends kan aangeven. Op niveau 3 is de instelling in staat de prestatie te vergelijken met de doelstellingen die in het kwaliteitsbeleid zijn verwoord. Op niveau 4 vergelijkt de instelling zijn resultaten met de resultaten van vergelijkbare instellingen. Tot slot vindt op niveau 5 benchmarking plaats met excellente organisaties.

3 METHODE VAN ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt een verantwoording gegeven van de wijze waarop de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen in zorginstellingen zich bevinden tot stand is gekomen. Zoals reeds in de inleiding aangegeven, worden de vragen van dit onderzoek beantwoord door een secundaire analyse uit te voeren op eerder verzamelde gegevens. De onderzoeksmethode bestond uit een schriftelijke enquête die aan de directies van instellingen is verstuurd.

In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de benadering van respondenten. Paragraaf 3.2 beschrijft de ontwikkeling van de gebruikte vragenlijst. In paragraaf 3.3 wordt de indeling van de kwaliteitsactiviteiten in aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen beschreven. Tevens wordt de betrouwbaarheid van de indeling volgens het INK-model vergeleken met de indeling volgens het fase-model van het NIVEL.

3.1 De respondenten

Aan alle lidinstellingen van 15 koepelorganisaties is begin oktober 1994 de vragenlijst met een aanbevelingsbrief van de eigen koepelorganisatie en een aanbevelingsbrief van de onderzoekers verstuurd. Alleen bij de ouderenzorg (verpleeghuizen en verzorgingshuizen) is hiervan afgeweken gezien het grote aantal verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Bij verpleeghuizen is een steekproef getrokken van 50%, bij verzorgingshuizen van 10%. Deze brede opzet maakt het mogelijk een representatief beeld van de zorgsector te geven.

Na verloop van tijd zijn twee reminders verstuurd. De eerste na drie weken in de vorm van een brief en de tweede na nog eens zes weken in de vorm van een brief plus een vragenlijst.

Tabel 3.1 Het percentage instellingen dat per sector heeft gereageerd

Sector	aantal verstuurde vragenlijsten	respons	respons %
Eerste lijn			
Gezondheidscentra	115	88	77
Thuiszorginstellingen	140	114	81
GGD'en	60	45	75
Ziekenhuizen	143	109	76
Ouderenzorg			
Bejaardenhuizen	157	86	56
Verpleeghuizen	159	120	76
Gehandicapten			
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	135	102	76
Instellingen v. gehandicaptenzorg	128	87	68
Woonvormen en activiteitencentra	109	97	89

- vervolg -

- vervolg tabel 3.1 -

Sector	aantal verstuurde vragenlijsten	respons	respons %
GGZ			
Beschermende woonvormen	45	41	91
Instellingen voor verslavingszorg	48	30	63
Psychiatrische instellingen	98	72	74
RIAGG's	57	48	84
Welzijnszorg			
Algemeen maatschappelijk werk	159	106	68
Sociaal-pedagogische diensten	41	37	90
Totaal	1594	1182	74

Van de 1594 instellingen hebben 1182 instellingen de vragenlijst geretourneerd. Dit is een respons van 74%. De respons van de afzonderlijke sectoren is terug te vinden in tabel 3.1. Hieruit blijkt dat tussen de 56 en de 91 procent van de instellingen heeft gereageerd; dit maakt het mogelijk een representatief beeld te geven van de sectoren.

3.2 De vragenlijst

De vragenlijst is gericht aan het management van de instelling omdat zij uiteindelijk verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen, en omdat van het management kan worden verwacht dat zij een overzicht heeft over de ontwikkelingen in de instelling. Een nadeel is de eenzijdige invalshoek; de mening van de medewerkers niet is gevraagd.

In de enquête is niet rechtstreeks gevraagd naar de ontwikkelingsfase waarin kwaliteitssystemen zich bevinden. Uitgaande van de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van het INK-model is gevraagd welke activiteiten in het kader van kwaliteitszorg zijn ontwikkeld. Deze activiteiten kunnen worden gezien als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase op de verschillende aandachtsgebieden. Door met indicatoren te werken was het mogelijk de omvang van de vragenlijst beperkt te houden. De definitieve vragenlijst kon in 20 à 30 minuten worden ingevuld. Het invullen is eveneens vergemakkelijkt door de vragen in gebieden te clusteren die voor directies in de praktijk herkenbaar zijn: het kwaliteitsbeleid, redenen voor kwaliteitszorg, randvoorwaarden en personeelsmanagement, werken volgens protocollen, kwaliteitsbewaking/-verbetering volgens een cyclisch proces, externe oriëntatie en effecten en toekomst van kwaliteitsbewaking/-verbetering. Tenslotte is in de enquête gevraagd naar enkele organisatiekenmerken zoals omvang, organisatiestructuur, wijze van besluitvorming enzovoorts, om te kunnen onderzoeken welke factoren samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt. Een eerste concept van de vragenlijst is ter commentaar voorgelegd aan de koepelorganisaties. Hun opmerkingen en suggesties (met name wat betreft de gehanteerde terminologie) zijn verwerkt. Een tweede proefversie van de vragenlijst is ingevuld en becommentarieerd door 14 directies van instellingen. Zij vonden de enquête begrijpelijk en er werden geen onderwerpen gemist. Wel is op hun advies de volgorde van de vragen veranderd. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 1.

3.3 Verantwoording van de indeling volgens het ink-model

De in de vragenlijst gehanteerde vragen uit het onderzoek 'Inventarisatie Kwaliteitssystemen' zijn door vier auditoren tijdens een bijeenkomst ingedeeld in de negen aandachtsgebieden en vijf ontwikkelingsfasen van het INK-model. Voorafgaande aan de bijeenkomst hebben de deskundigen afzonderlijk van elkaar een indeling gemaakt. Hieruit bleek dat er ten aanzien van de aandachtsgebieden op bijna alle punten overeenstemming bestond. Minder vanzelfsprekend was de indeling in ontwikkelingsfasen. Tijdens de bijeenkomst is hierover gediscussieerd en geprobeerd consensus te bereiken. In de meeste gevallen bleek dit mogelijk. Activiteiten waarover geen consensus werd bereikt, zijn niet opgenomen in de analyses.

Voor het berekenen van de ontwikkelingsfase waarin een instelling verkeert, zijn aan de ontwikkelde activiteiten punten toegekend. Voor een activiteit die door de deskundigen in fase 1 (produktgeoriënteerd) is ingedeeld, is 1 punt toegekend. Voor een activiteit uit fase 2 (procesgeoriënteerd) zijn twee punten toegekend; voor een activiteit uit fase 3 (systeem georiënteerd) drie punten en voor een fase 4 (keten georiënteerd) activiteit vier punten. Door de deskundigen zijn geen activiteiten ingedeeld in fase 5, de fase van totale kwaliteit.

Voor het behalen van drie of vier punten was het in sommige gevallen vereist dat in een instelling twee activiteiten tegelijkertijd aanwezig zijn of minimaal twee van de vier mogelijke activiteiten zijn ontwikkeld. De indeling van kwaliteitsactiviteiten in aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen is weergegeven in een matrix (Tabel 3.2). Het maximaal te bereiken aantal punten per vakje van de matrix staat vetgedrukt vermeld. Het aantal punten dat instellingen maximaal kunnen bereiken (Tabel 3.3) is lager dan het aantal punten dat ontstaat als de (vetgedrukte) punten per vakjes van een aandachtsgebied bij elkaar worden opgeteld. Dit komt doordat bijvoorbeeld bij een deelsysteem zoals intercollegiale toetsing de manier waarop het deelsysteem wordt gehanteerd bepaalt hoeveel punten de instelling krijgt. Een instelling die intercollegiale toetsing systematisch hanteert, krijgt hiervoor drie punten. Deze instelling krijgt voor dit deelsysteem geen punten meer voor het voldoen aan fase 1 en 2. Indien veel activiteiten in één aandachtsgebied zijn ingedeeld (zie beleid & strategie) moeten instellingen relatief meer activiteiten hebben ontplooid om in fase 3 of 4 ingedeeld te worden.

Een voorbeeld kan de indeling in ontwikkelingsfasen verduidelijken:

Bij het aandachtsgebied 'leiderschap' is de activiteit 'de directie bewaakt de afdelingsplannen' ingedeeld in de fase 1 (Tabel 3.2). Dit betekent dat een instelling die deze activiteit uitvoert hiervoor 1 punt krijgt. Voor de activiteit 'de directie toetst of de medewerkers zich aan de afspraken houden' ontvangt een instelling 2 punten. De activiteit 'de directie toetst de gemaakte afspraken en geeft hierover feedback aan de medewerkers' levert 3 punten op. Tot slot krijgt een instelling 4 punten als zij twee of meer van de ketengeoriënteerde activiteiten heeft ontplooid. Een instelling kan bij het aandachtsgebied leiderschap maximaal 16 punten krijgen als alle activiteiten worden uitgevoerd. In dit geval zou een instelling keten georiënteerd zijn en in fase 4 worden ingedeeld.

Tabel 3.2 Indeling van kwaliteitsactiviteiten naar aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van het INK-model

Organisatiegebieden	Ontwikkelingsfasen					Totale zorg voor kwaliteit Fase 5
	Activiteiten georiënteerd Fase 1	Procesgeoriënteerd Fase 2	Systeemgeoriënteerd Fase 3	Keten georiënteerd Fase 4		
Leiderschap	<ul style="list-style-type: none"> - directie bewaakt afd.plannen - directie geeft aan <p>2 punten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - directie toetst - directie geeft feedback <p>4 punten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - directie toetst en geeft feedback - directie geeft incentives <p>6 punten</p>	<p>4 punten</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 of meer activiteiten: <ul style="list-style-type: none"> * overleg andere inst. * projecten andere inst. * afspraken andere inst. * gezamenlijk aanbod 		
Beleid & strategie	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitswerkplan op instellingsniveau - werkplan sommige afdelingen <p>2 punten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - produktschrijving - kwaliteitsbeleid - kwaliteitshandboek - kwaliteitswerkplan op instellingsniveau + sommige afdelingen <p>8 punten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitsjaarverslag - kwaliteitswerkplan op instellingsniveau + alle afdelingen <p>6 punten</p>	<p>systematisch gebruik van of:</p> <ul style="list-style-type: none"> * tevroz gebruikers * tevroz verwijzers * tevroz personeel * behoefteoz gebruikers * behoefteoz verwijzers <ul style="list-style-type: none"> - klachtenregistratie - cliëntenraad <p>- meer dan 2 activiteiten waarbij patiënten altijd worden betrokken:</p> <ul style="list-style-type: none"> * ontw. criteria * opstellen protocollen * beoordelen doelen * participatie cie * participatie projecten * bespreken uitkomsten <p>16 punten</p>		

<p>Personeelsmanagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - eenmalig functioneringsgesprek - scholing leiding - scholing personeel - binnen werktijd - kwaliteitscoördinator of * stuurgroep of * kwaliteitscommissie - gereserveerd budget - vakinhoudelijk gestimuleerd - deelname verplicht <p style="text-align: center;">8 punten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - periodiek functioneringsgesprekken - twee of meer activiteiten in combinatie * binnen werktijd * kwaliteitscoördinator * stuurgroep * kwaliteitscommissie * gereserveerd budget - selectie positieve attitude - nieuwe medewerkers worden geschoold - deskundigheidsbevordering nav prioriteiten <p style="text-align: center;">10 punten</p>	<p>- systematisch gebruik van uitkomsten functioneringsgesprekken</p> <p style="text-align: center;">3 punten</p>		
<p>Middelenmanagement</p>	<ul style="list-style-type: none"> - management-informatie-systeem aanwezig <p style="text-align: center;">1 punt</p>	<ul style="list-style-type: none"> - management-informatie-systeem wordt cyclisch gebruikt - gereserveerd budget <p style="text-align: center;">4 punten</p>	<p>- management-informatie-systeem wordt systematisch gebruikt</p> <p style="text-align: center;">3 punten</p>		

<p>Management van processen</p>	<p>deelsystemen aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monodisciplinaire toetsing - multidisciplinaire toetsing - zorgplannen - commissies - klachtenregistratie <p>protocollen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> * specifieke behandelingen * voorbehouden handelingen * medische hulpmiddelen 	<p>produktomschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitshandboek - kwaliteitsbewaking binnen de afdeling <p>deelsystemen cyclisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monodisciplinaire toetsing - multidisciplinaire toetsing - zorgplan - commissie - klachtenregistratie <p>deelsystemen aanwezig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interne audit - interinstitutionele toetsing - management-informatiesysteem <p>protocollen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> * voorlichting * kritische momenten * specifieke doelgroepen * routing <p>incidentele participatie van cliënten</p> <ul style="list-style-type: none"> * ontw. criteria * opstellen protocollen * beoordelen doelen gehaald * participatie cie * participatie projecten * bespreken uitkomsten <p>26 punten</p>	<p>kwaliteitsbewaking over grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitsbewaking hele proces - betrekken ondersteunende afdelingen <p>deelsystemen systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monodisciplinaire toetsing - multidisciplinaire toetsing - zorgplan - commissie <p>deelsystemen cyclisch/systematisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interne audit - interinstitutionele toetsing - management-informatiesysteem <p>meer dan 2 incidentele activiteiten met patiënten</p> <ul style="list-style-type: none"> * ontw. criteria * opstellen protocollen * beoordelen doelen gehaald * participatie in cie * participatie in projecten * bespreken uitkomsten <p>33 punten</p>	<p>samenwerking buiten instelling</p> <ul style="list-style-type: none"> - systematisch interinstitutionele toetsing - protocollen voor samenwerking/overdracht andere instellingen - meer dan 2 structurele activiteiten met patiënten * ontw. criteria * opstellen protocollen * beoordelen doelen * participatie cie * participatie projecten * bespreken uitkomsten <p>meer dan drie activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> * overleg andere inst * projecten andere inst * afspraken met andere instellingen * gezamenlijk zorgaanbod <p>20 punten</p>	
	<p>6 punten</p>				

Resultaatgebieden			
Waardering door klanten	Waardering door personeel	Waardering door maatschappij	Eindresultaat
<ul style="list-style-type: none"> - tevredenheidsoz onder gebruikers - tevredenheidsoz onder verwijzers - behoefteoz gebruikers - behoefteoz verwijzers - klachtenregistratie - cliënten/familieraad - toename klantgerichtheid - toename tevr ext partijen 	<ul style="list-style-type: none"> - tevredenheidsoz onder personeel - toename tevr personeel 	<ul style="list-style-type: none"> - overleg op directieniveau - projecten met andere instellingen - afspraken met andere instellingen - gezamenlijk zorgaanbod - betere profilering instelling 	<ul style="list-style-type: none"> - beoordelingsgesprek personeel - management-informatiesysteem - beheersbaarheid organisatie - inzet personeel - lager kosten

Op deze wijze is voor de vijf organisatiegebieden gekeken hoeveel punten een instelling in fase 1, 2, 3 of 4 zou kunnen bereiken. Het te bereiken aantal punten is afhankelijk van het aantal activiteiten dat door de deskundigen aan een ontwikkelingsfase is toegedeeld. Elke instelling is vervolgens ingedeeld aan de hand van het werkelijk behaalde aantal punten. In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van het aantal punten dat een instelling moet hebben om in een bepaalde fase ingedeeld te worden. In een bepaalde ontwikkelingsfase zitten zowel instellingen die nog aan het begin van deze fase staan als instellingen die al bijna over gaan naar de volgende ontwikkelingsfase.

Deze berekening voorkomt dat een instelling met bijvoorbeeld één activiteit in fase 1 en één activiteit in fase 3 ingedeeld wordt in fase 3. In dit voorbeeld behaalt de instelling vier punten en kan hooguit in fase 2 worden ingedeeld.

Tabel 3.3 Overzicht van het aantal punten per organisatiegebied op grond waarvan een instelling is ingedeeld in een ontwikkelingsfase

Aandachtsgebied	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Leiderschap	0	1 - 2	3 - 6	7 - 12	13 - 16
Beleid & strategie	0	1 - 2	3 - 12	13 - 18	19 - 32
Personeelsmanagement	0	1 - 8	9 - 17	18	
Middelenmanagement	0	1	2 - 4	5	
Management van processen	0	1 - 6	7 - 27	28 - 42	43 - 56

In tabel 3.3 is fase 5 niet opgenomen aangezien geen van de onderzochte activiteiten in deze fase is ingedeeld. Bij de organisatiegebieden personeelsmanagement en middelenmanagement zijn eveneens geen activiteiten ingedeeld in fase 4. Het ontbreken van deze activiteiten kan worden verklaard door keuzen die in het oorspronkelijke onderzoek zijn gemaakt¹.

In het INK-model worden bij de resultaatgebieden vijf kwaliteitsniveaus onderscheiden (vgl.p. 5). In het gegevensbestand dat voor deze secundaire analyse is gebruikt, zijn alleen gegevens verzameld op de eerste twee niveaus; het hebben van een procedure om resultaten te meten (niveau 1) en het vaststellen van trends zoals bijvoorbeeld een toename van de klantgerichtheid of van de kosten (niveau 2). Voor een activiteit op niveau 1 ontvangt de instelling één punt, voor een activiteit op niveau 2 eveneens één punt. Voor het berekenen van het kwaliteitsniveau per resultaatgebied is het aantal activiteiten dat een instelling in het desbetreffende resultaatgebied heeft ontwikkeld opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal ontwikkelde activiteiten. De maximaal te behalen score ligt tussen 0 en 2.

1

Velddeskundigen waren van mening dat zorginstellingen nog geen activiteiten hebben ontplooid op het niveau van fase 4 en 5. Om respondenten niet onnodig vragen te stellen over activiteiten waarvan bij voorbaat duidelijk is dat zij ontkennend moeten antwoorden, zijn dergelijke vragen niet in de vragenlijst opgenomen.

3.3.1 Betrouwbaarheid van de indeling in het INK-model

In tabel 3.2 hebben wij gezien welke kwaliteitsactiviteiten volgens de deskundigen bij een aandachtsgebied behoren. Het is belangrijk na te gaan in hoeverre de bij een aandachtsgebied ingedeelde activiteiten inderdaad bij elkaar horen en één schaal vormen. Hiervoor is Cronbach's alpha berekend voor de afzonderlijke aandachtsgebieden. Voor drie aandachtsgebieden, te weten: middelenmanagement, waardering door personeel en eindresultaten bleek het niet mogelijk Cronbach's alpha te berekenen aangezien er door het geringe aantal items niet gesproken kon worden van een schaal. Voor de overige aandachtsgebieden is Cronbach's alpha berekend voor de totale groep en voor elke sector afzonderlijk (Tabel 3.4 en 3.5). De variabelen zijn dichotoom gemeten (0=activiteit niet aanwezig; 1=activiteit aanwezig).

Tabel 3.4 Overzicht van Cronbach's alpha per sector voor de organisatiegebieden

sector	N	Leiderschap	Beleid & strategie	personeels mgt.	mgt.v. processen
Totale groep	1182	.68	.66	.67	.63
Eerste lijn					
gezondheidscentra	88	.72	.68	.75	.59
Thuiszorginstellingen	114	.61	.58	.62	.68
GGD'en	45	.68	.59	.59	.49
Ziekenhuizen	109	.56	.62	.68	.35
Ouderenzorg					
Bejaardenhuizen	86	.72	.72	.75	.78
Verpleeghuizen	120	.67	.68	.64	.39
Gehandicapten					
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	.61	.70	.62	.73
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	.55	.68	.68	.60
Woonvormen en activiteitencentra	97	.79	.71	.70	.54
GGZ					
Beschermende woonvormen	41	.70	.57	.64	.64
Instellingen voor verslavingszorg	30	.73	.73	.74	.70
Psychiatrische instellingen	72	.70	.72	.67	.50
RIAGG's	48	.66	.74	.65	.63
Welzijnszorg					
Algemeen maatschappelijk werk	106	.68	.62	.74	.68
Sociaal-pedagogische diensten	37	.67	.58	.68	.46

Tabel 3.5 Overzicht van Cronbach's alpha per sector voor de resultaatgebieden

sector	N	Waardering klanten	Waardering personeel
Totale groep	1182	.75	.73
Eerste lijn			
Gezondheidscentra	88	.69	.76
Thuiszorginstellingen	114	.66	.65
GGD'en	45	.68	.76
Ziekenhuizen	109	.77	.77
Ouderenzorg			
Bejaardenhuizen	86	.64	.75
Verpleeghuizen	120	.70	.78
Gehandicapten			
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	.84	
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	.70	.72
Woonvormen en activiteitencentra	97	.88	.69
GGZ			
Beschermende woonvormen	41	.71	.76
Instellingen voor verslavingszorg	30	.78	.81
Psychiatrische instellingen	72	.58	.70
RIAGG's	48	.79	.80
Welzijnszorg			
Algemeen maatschappelijk werk	106	.68	.70
Sociaal-pedagogische diensten	37	.53	.74

Uit bovenstaande tabellen blijkt dat de interne consistentie van de schalen voor de groep als geheel uiteenlopen van .63 voor het gebied 'management van processen' tot .75 voor het gebied 'waardering door klanten'. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van de schalen bevredigend tot goed genoemd kan worden.

De verschillen tussen de sectoren zijn voor sommige aandachtsgebieden daarentegen veel groter. De meest opvallende verschillen zijn te zien bij het aandachtsgebied 'management van processen' waar Cronbach's alpha uiteenlopen van .35 bij ziekenhuizen en .39 bij verpleeghuizen tot .73 bij de voorzieningen voor gehandicapten en .78 bij de verzorgingshuizen. Dit betekent dat de schaal voor sommige sectoren niet consistent is en er sprake kan zijn van meerdere aparte schalen.

Hieruit kan worden afgeleid dat de indeling van kwaliteitsactiviteiten naar aandachtsgebieden van het INK-model niet voor alle sectoren betrouwbaar is. De indeling is bijvoorbeeld geschikt voor de verslavingszorg en de verzorgingshuizen, maar minder geschikt voor de ziekenhuizen en GGD'en. Bij de andere sectoren zijn de uitkomsten wisselend, waarbij het aandachtsgebied 'management van processen' de meeste problemen veroorzaakt. De betrouwbaarheid van de schalen kan in zijn geheel en voor de afzonderlijke sectoren worden verbeterd als de indeling van bepaalde kwaliteitsactiviteiten wordt heroverwogen.

3.3.2 Vergelijking van het Fase-model en het INK-model

In het oorspronkelijke onderzoek (Wagner e.a., 1995) zijn de kwaliteitsactiviteiten op een andere manier ingedeeld in een Fase-model. Met behulp van factoranalyse zijn de kwaliteitsactiviteiten geclusterd tot vijf aandachtsgebieden: procesbeheersing door deelsystemen, personeelsbeleid, participatie van patiënten/cliënten, beleid en strategie en procesbeheersing door normering.

Ook hier is met behulp van Cronbach's alpha gecontroleerd in hoeverre de variabelen die onderdeel uitmaken van een factor bij elkaar één schaal vormen (Tabel 3.6).

Uit onderstaande tabel blijkt dat voor vier van de vijf aandachtsgebieden Cronbach's Alpha hoger is dan .75, zodat van een goede schaal kan worden gesproken. Alleen bij het aandachtsgebied participatie is de Alpha .71, hetgeen bevredigend genoemd kan worden.

Tabel 3.6 Overzicht van Cronbach's α voor de uit de factoranalyse geselecteerde aandachtsgebieden

Aandachtsgebieden	Cronbach's α
Procesbeheersing door deelsystemen	.7956
Personeelsbeleid	.7631
Participatie van patiënten/cliënten	.8590
Beleid en strategie	.7779
Procesbeheersing door normering	.7110

(overgenomen uit Wagner e.a., 1995)

Een vergelijking van Cronbach's alpha van het Fase-model en het INK-model laat zien dat de schalen van het Fase-model consistenter zijn, de kwaliteitsactiviteiten meer aan elkaar zijn gerelateerd. Deze uitkomst is begrijpelijk aangezien het Fase-model gebaseerd is op het empirisch materiaal, terwijl het INK-model een theoretisch model is op grond waarvan de gegevens zijn toegedeeld.

Een aanbeveling die uit deze vergelijking naar voren komt, is een splitsing van het aandachtsgebied 'management van processen' van het INK-model in bijvoorbeeld de aandachtsgebieden 'procesbeheersing door normering' en 'procesbeheersing door deelsystemen' uit het Fase-model.

4 VERSCHILLEN IN ONTWIKKELINGSFASE TUSSEN SECTOREN

De ontwikkelingsfase per aandachtsgebied en sector wordt in dit hoofdstuk op twee manieren weergegeven. Ten eerste in de vorm van grafieken, de spinnewebben, waarin de gemiddelde ontwikkelingsfase per sector is afgebeeld, en ten tweede in de vorm van tabellen waarin een overzicht per sector wordt gegeven van het percentage instellingen per ontwikkelingsfase en aandachtsgebied.

Grafieken

In totaal zijn 16 grafieken gemaakt (pag. 19-34). De eerste grafiek weerspiegelt de gemiddelde stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingsfase op de negen aandachtsgebieden van het INK-model voor de zorgsector als geheel. De resterende grafieken geven telkens de stand van zaken weer van één sector afgezet tegen het gemiddelde van alle zorgsectoren.

Uit de grafieken is af te lezen hoe ver een zorgsector gemiddeld is op de weg naar totale kwaliteit. De bovenste helft van de grafiek geeft de gemiddelde score weer op de vijf organisatiegebieden; de onderste helft geeft het gemiddelde kwaliteitsniveau aan op de vier resultaatgebieden.

Bij het interpreteren van de gegevens is het van belang rekening te houden met de schaalverdeling van de grafiek. De cirkels van de grafiek weerspiegelen de ontwikkeling op de weg naar totale kwaliteit. Aangezien geen van de onderzochte sectoren tot nu toe fase 4 of 5 heeft bereikt (let wel dat sommige instellingen binnen een sector fase vier al wel hebben bereikt), zijn op de schaal alleen de werkelijk bereikte ontwikkelingsfasen weergegeven. Fase 3 wordt door sommige sectoren nagenoeg gehaald; de hoogste score bedraagt 2.7.

Het werken met tussenstappen (0; 0.4; 0.8; 1.2; etc.) in plaats van alleen de fasen 1, 2 en 3, maakt het mogelijk een nauwkeuriger beeld te geven van de ontwikkelingsfase waarin de zorgsector of afzonderlijke sectoren zich bevinden. Zo wordt bijvoorbeeld duidelijk welke sectoren aan het begin van fase 2 staan en welke sectoren op het punt staan over te gaan naar fase 3.

Inhoudelijk blijkt uit de eerste grafiek over de stand van zaken van de zorgsector als geheel dat de ontwikkelingsfase over de verschillende aandachtsgebieden niet gelijk opgaat. Relatief ver ontwikkeld zijn de aandachtsgebieden 'leiderschap' en 'management van processen'. Minder ver ontwikkeld zijn het middenmanagement en de resultaatgebieden. Hierbij moet opgemerkt worden dat dit gedeeltelijk terug te voeren is op de eerder gemaakte keuzen in het oorspronkelijk onderzoek.

Op de 15 volgende grafieken wordt telkens met de doorgetrokken lijn de stand van zaken aangegeven van de desbetreffende sector. De gestippelde lijn geeft het gemiddelde weer van alle zorgsectoren.

Bij het vergelijken van de spinnewebben valt op dat de verschillen tussen de sectoren in het algemeen klein zijn. Alle sectoren besteden meer aandacht aan leiderschap en het beheersen van de zorgprocessen dan aan het uittrekken van extra middelen voor kwaliteitszorg, het stellen van meetbare doelen voor alle afdelingen (beleid en strategie) of de effecten van de kwaliteitsactiviteiten op het oordeel van klanten, het

personeel of externe partijen (resultaatgebieden).

Desondanks zijn er enkele "afwijkende" ontwikkelingen te constateren. De GGD'en (LVGGD) bijvoorbeeld hebben minder activiteiten dan gemiddeld ontwikkeld op het aandachtsgebied leiderschap en beleid en strategie; de woonvormen en activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten (NFVLG) hebben juist meer dan gemiddeld aandacht besteed aan leiderschap en de waardering door het personeel; de verslavingszorg (NeVIV) heeft eveneens meer dan gemiddeld aandacht besteed aan het aansturen van de organisatie (leiderschap) en minder dan gemiddeld aandacht geschonken aan het kwaliteitsbeleid en de operationalisatie ervan; het maatschappelijk werk (AMW) ten slotte is minder dan gemiddeld bezig met procesbeheersing.

Tabellen

Op de pagina's 35 t/m 43 wordt in negen tabellen een overzicht gegeven per aandachtsgebied van de ontwikkelingsfase van alle bij het onderzoek betrokken instellingen en de instellingen van de afzonderlijke sectoren. Uit deze tabellen blijkt dat er in alle sectoren naast een kleine groep voorlopers, een grote middengroep bestaat, die gevolgd wordt door wederom een kleine achterhoede.

Daarnaast zijn er ook verschillen tussen de sectoren. Enkele voorbeelden:

Vergevorderd op het gebied leiderschap (fase 4) zijn de woonvormen en activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten en de instellingen voor verslavingszorg.

Ten aanzien van het gebied beleid en strategie zijn weinig instellingen tot fase vier gevorderd. Het meest gevorderd zijn verpleeghuizen waar een op de twintig instellingen structureel over de grenzen van de eigen instelling heen activiteiten ontplooit. Daarentegen heeft bijvoorbeeld 40% van de Riagg's nog nauwelijks activiteiten op dit gebied ontwikkeld.

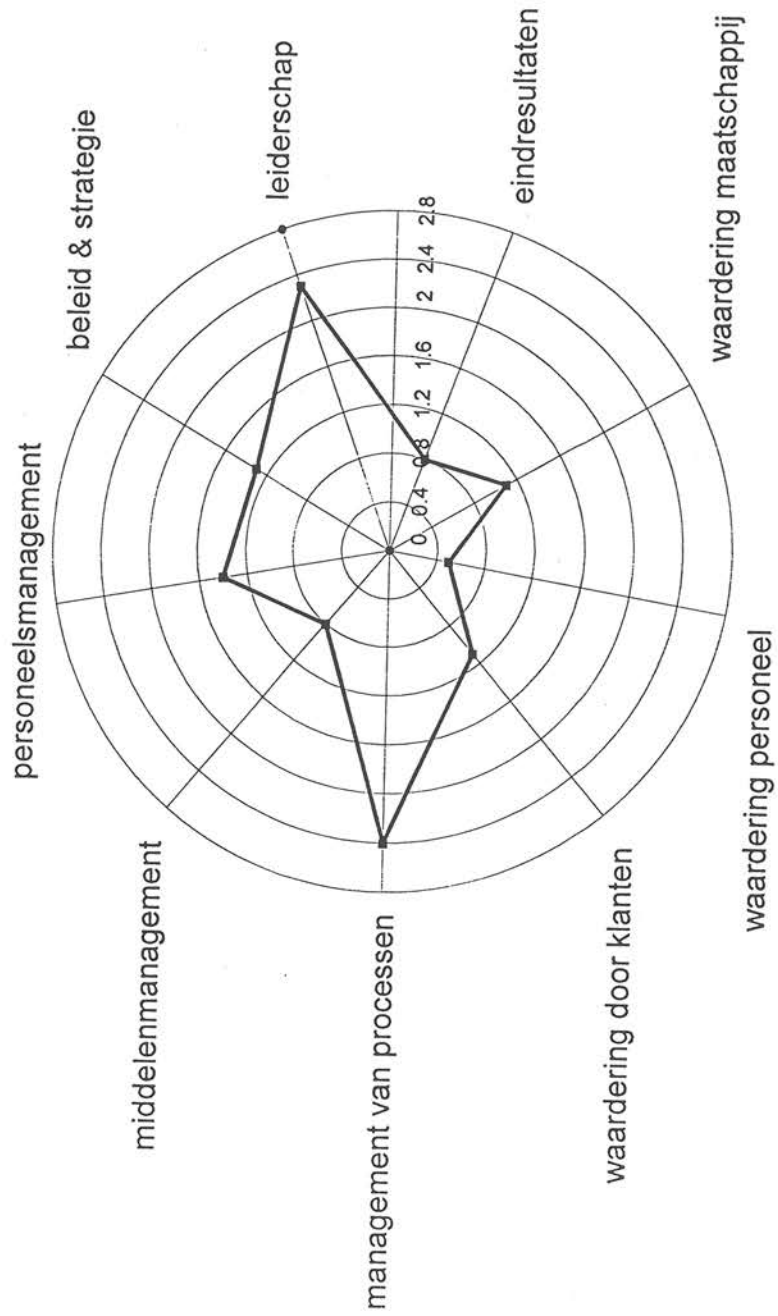
Bij het aandachtsgebied personeelsmanagement zijn de instellingen verdeeld over de eerste en tweede ontwikkelingsfase.

Ruim tweederde van de gezondheidscentra en bejaardenhuizen heeft nog nauwelijks aandacht geschonken aan het middelenmanagement; het gebruiken van zorginformatie of extra budget voor kwaliteitszorg.

Het beeld ten aanzien van procesbeheersing is het meest divers. Bij sommige sectoren zijn de instellingen verdeeld over fase 2, 3 of 4 (GGD'en, ziekenhuizen en verpleeghuizen), terwijl in andere sectoren de instellingen vooral verdeeld zijn over de fasen 0, 1 en 2 (gezondheidscentra, thuiszorginstellingen en instellingen voor verslavingszorg).

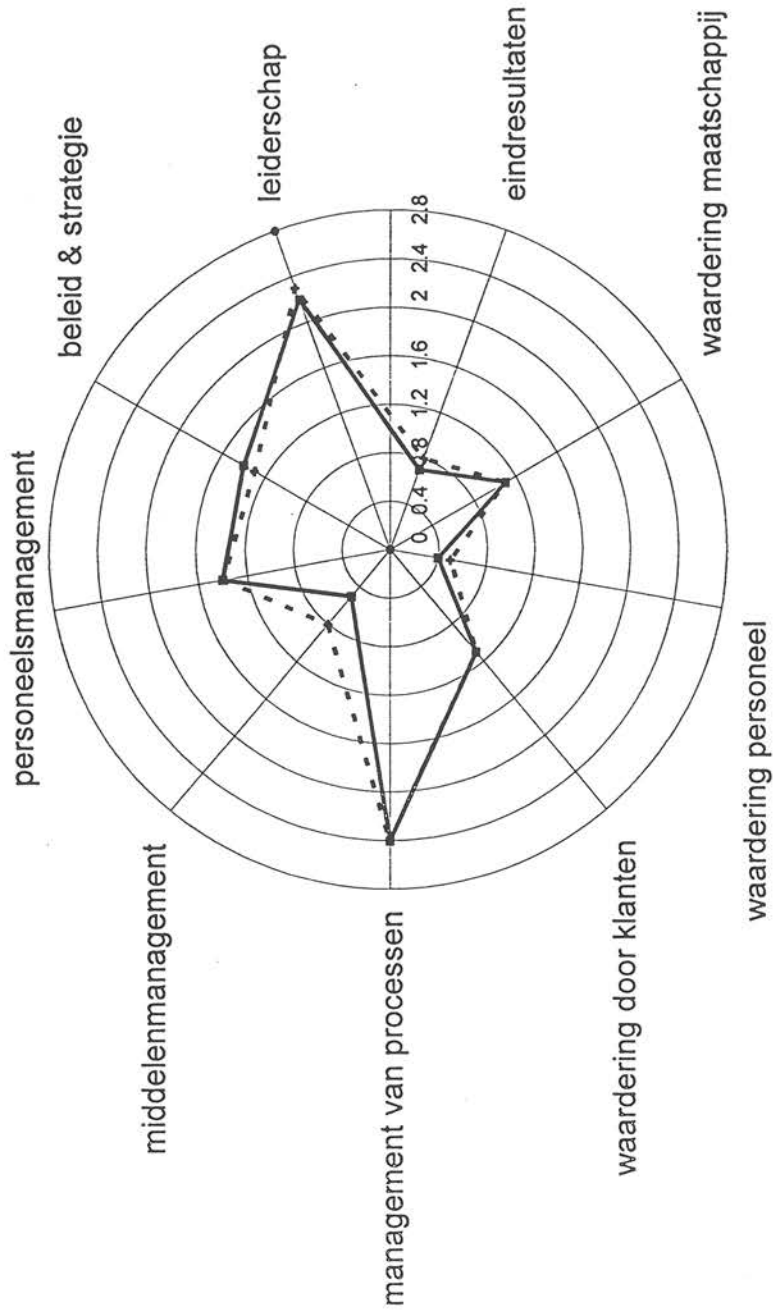
Ten aanzien van de resultaatgebieden valt op dat de meeste instellingen wel procedures hebben ontwikkeld om het oordeel van klanten te meten, maar dat nog niet systematisch wordt gekeken in hoeverre de kwaliteitsactiviteiten ook de gewenste effecten op leveren.

Alle sectoren



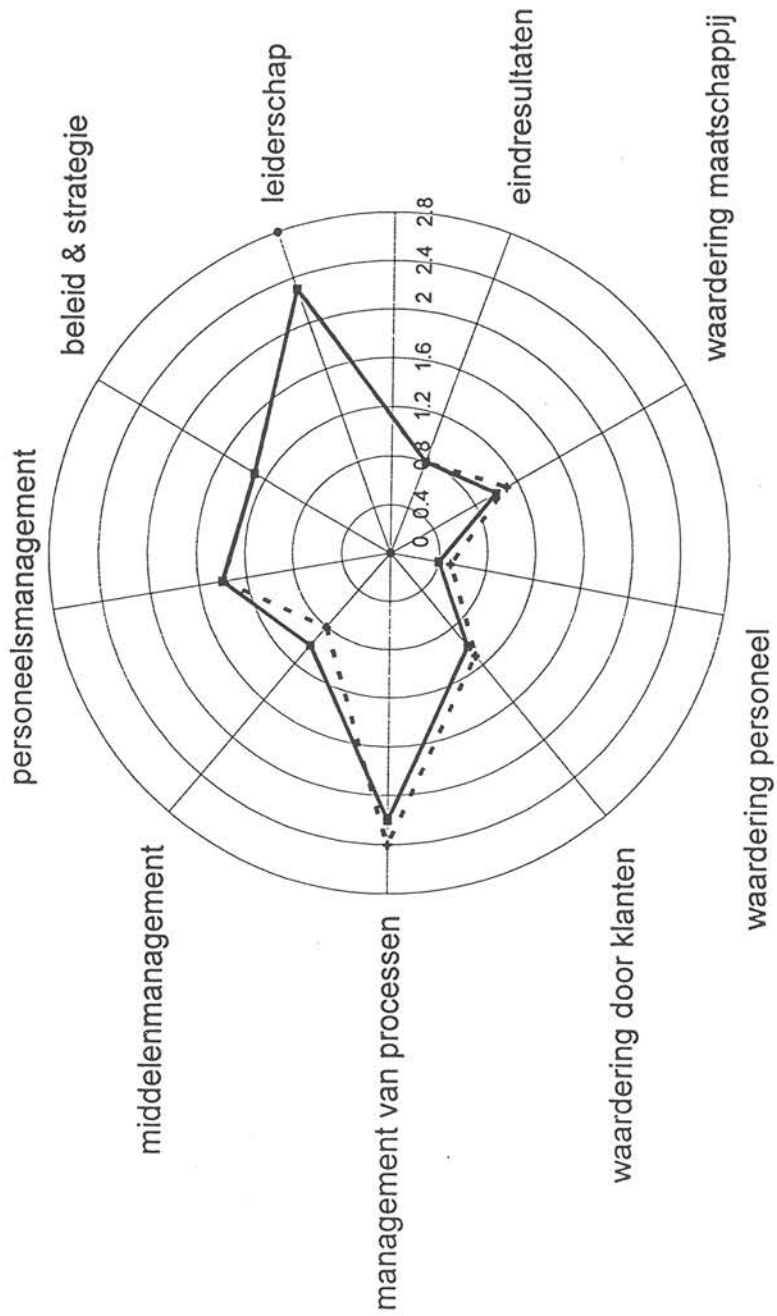
N=1182

Gezondheidscentra



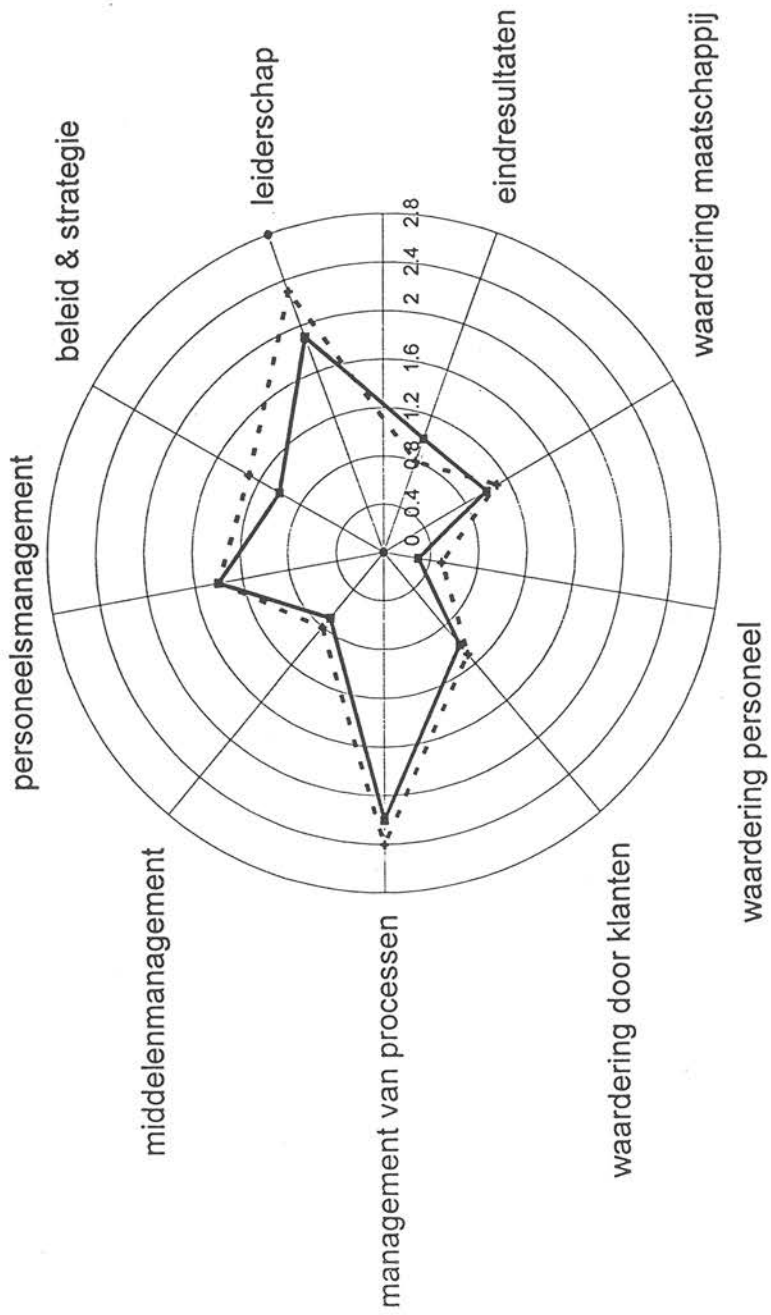
N=88

Thuiszorginstellingen



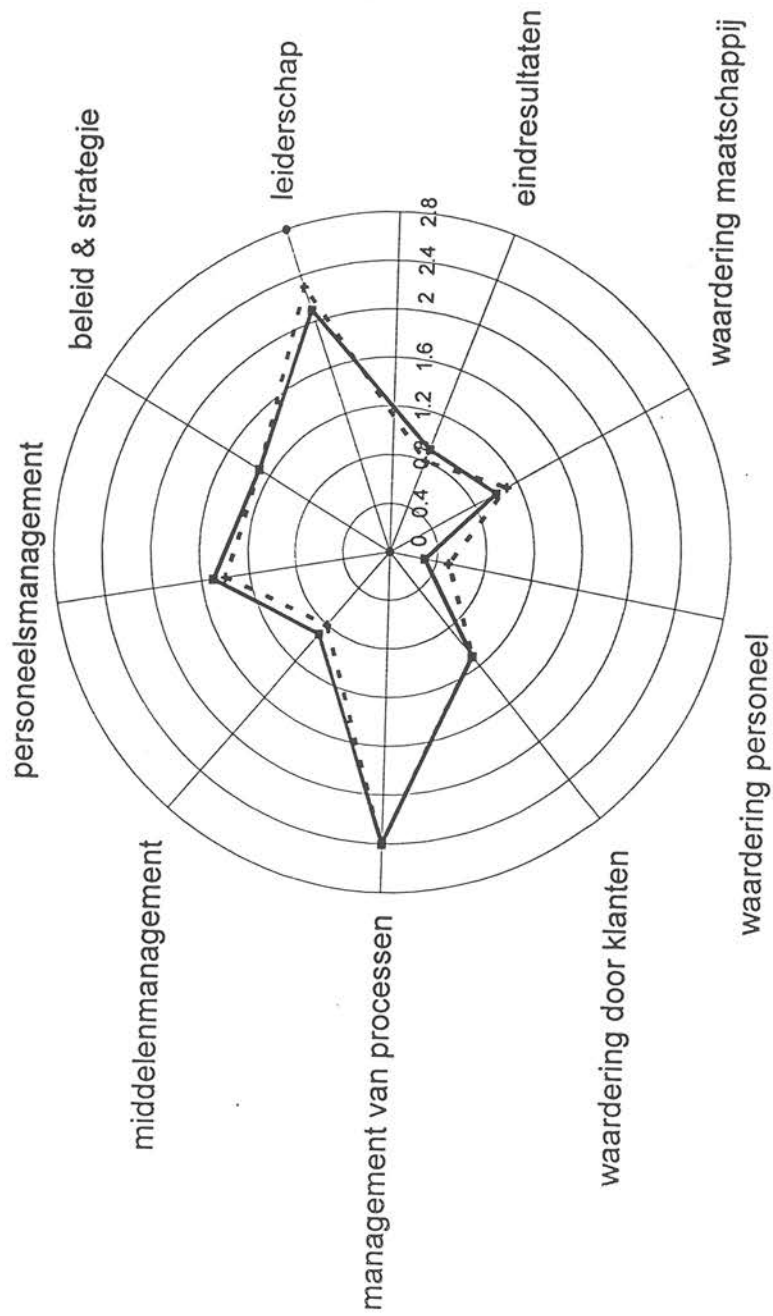
N=114

GGD'en



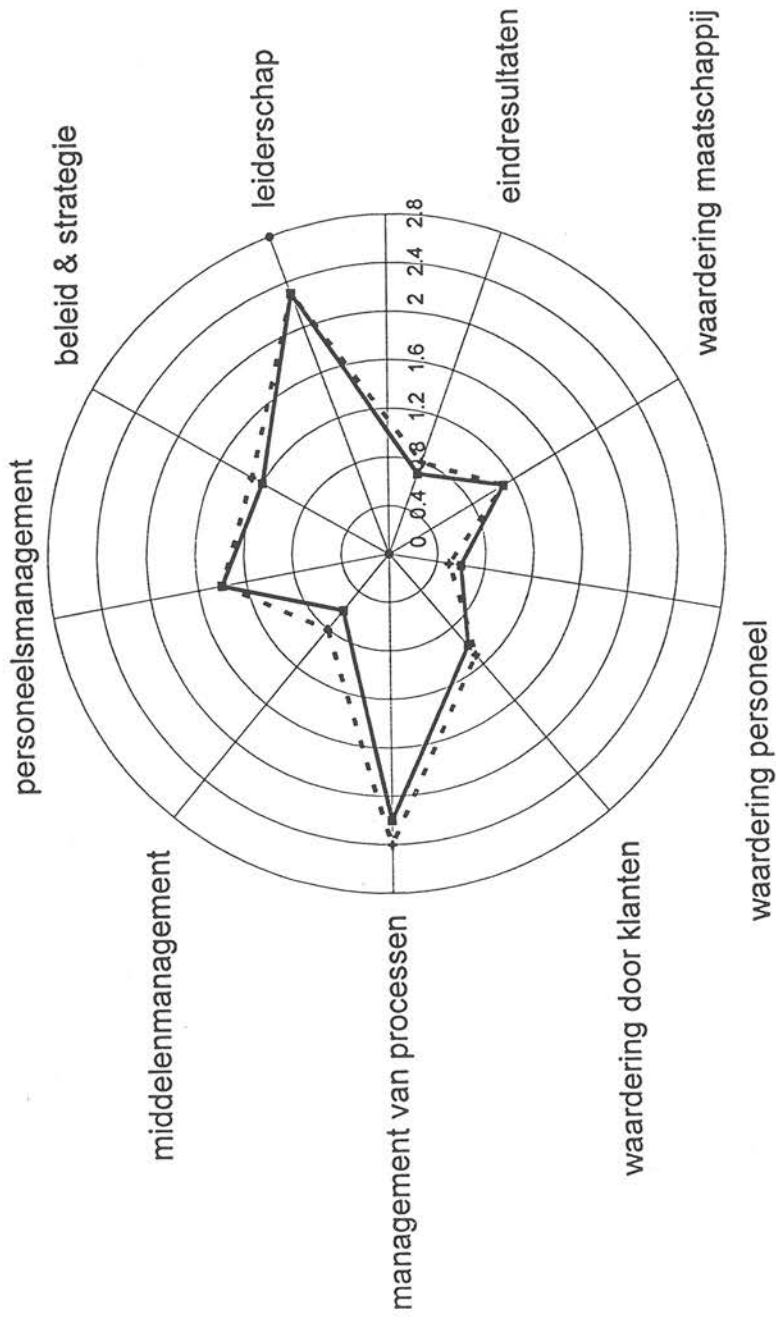
N=45

Ziekenhuizen



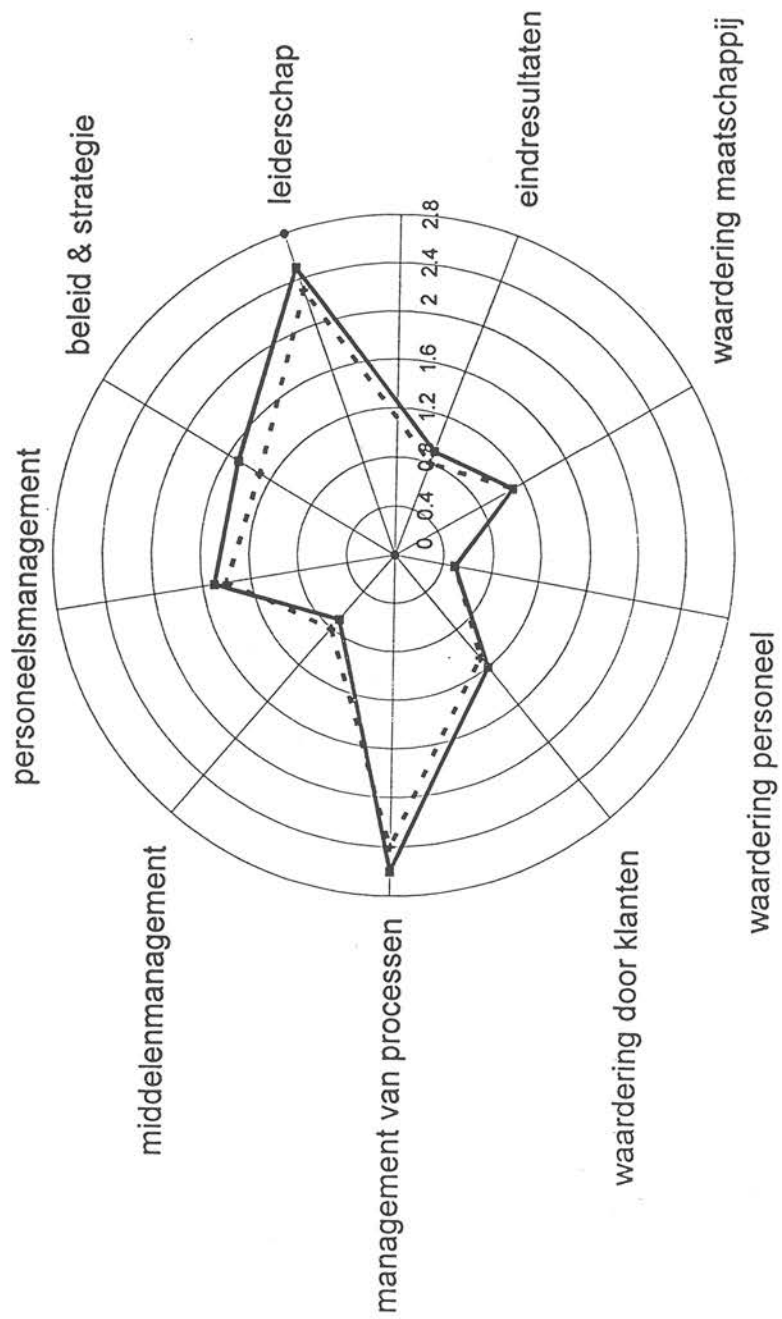
N=109

Bejaardenhuizen



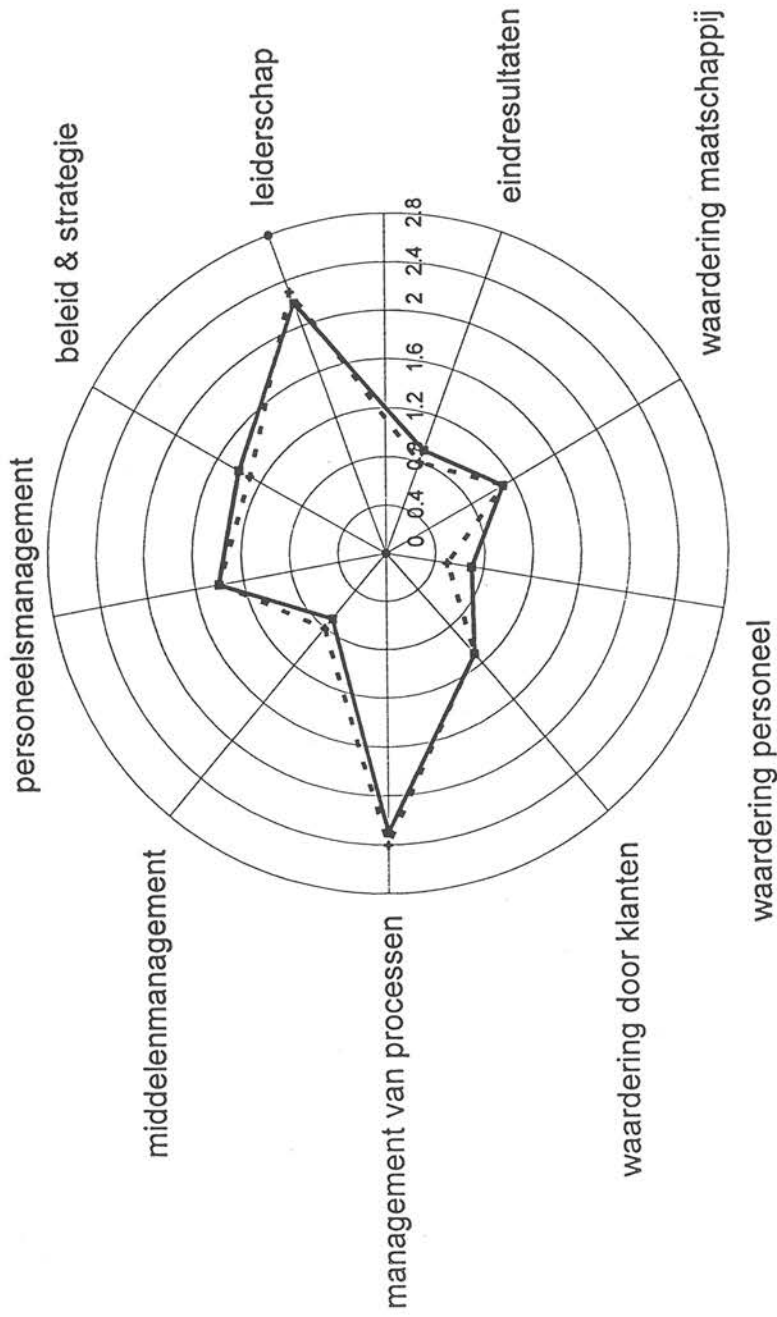
N=86

Verpleeghuizen



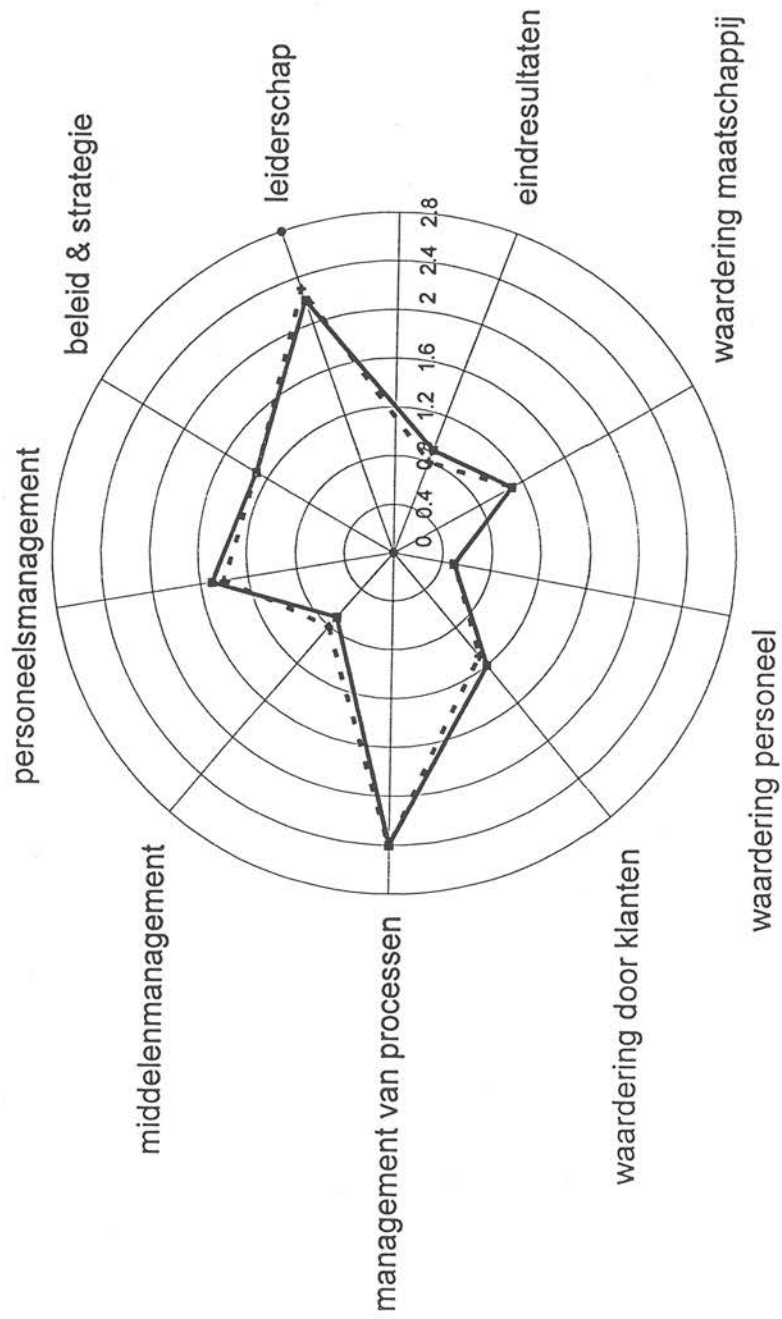
N=120

Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten



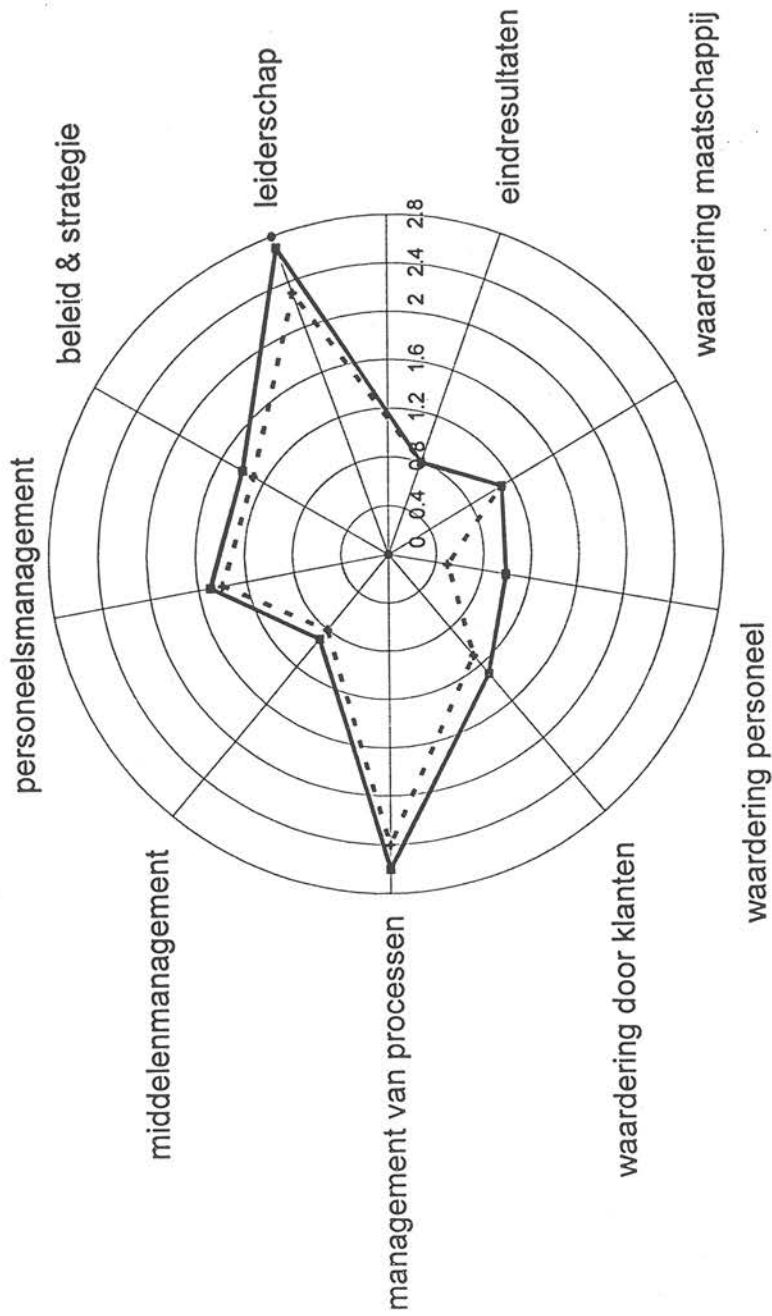
N=102

Instellingen voor gehandicaptenzorg



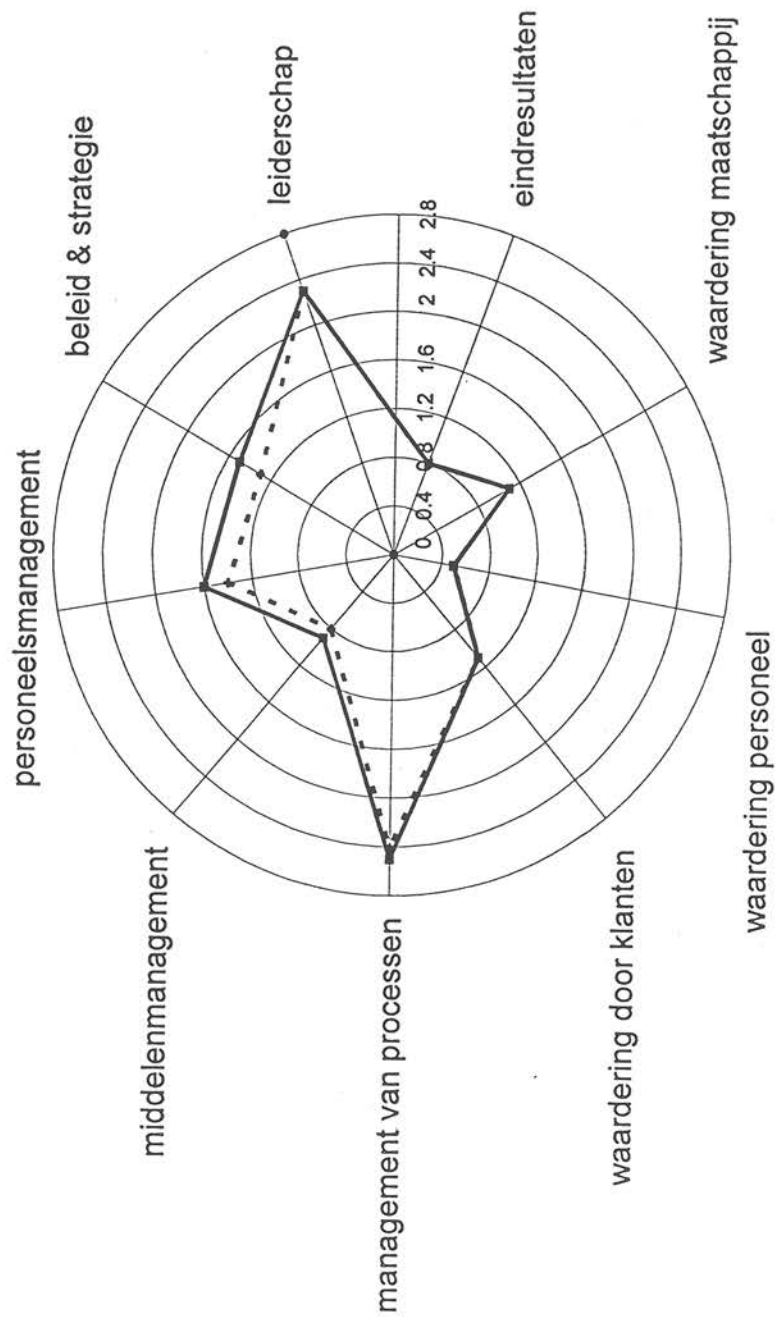
N=87

Woonvormen voor lichamelijk gehandicapten



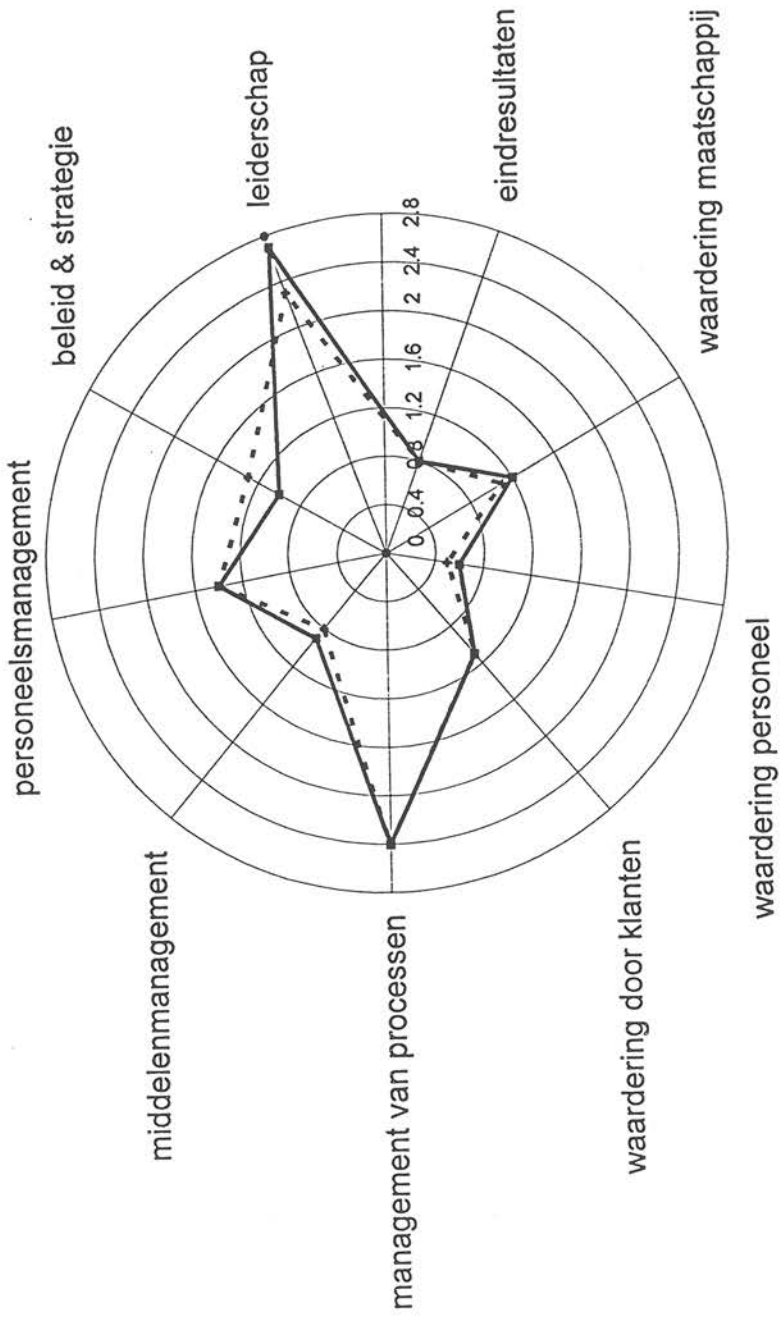
N=97

Beschermende woonvormen



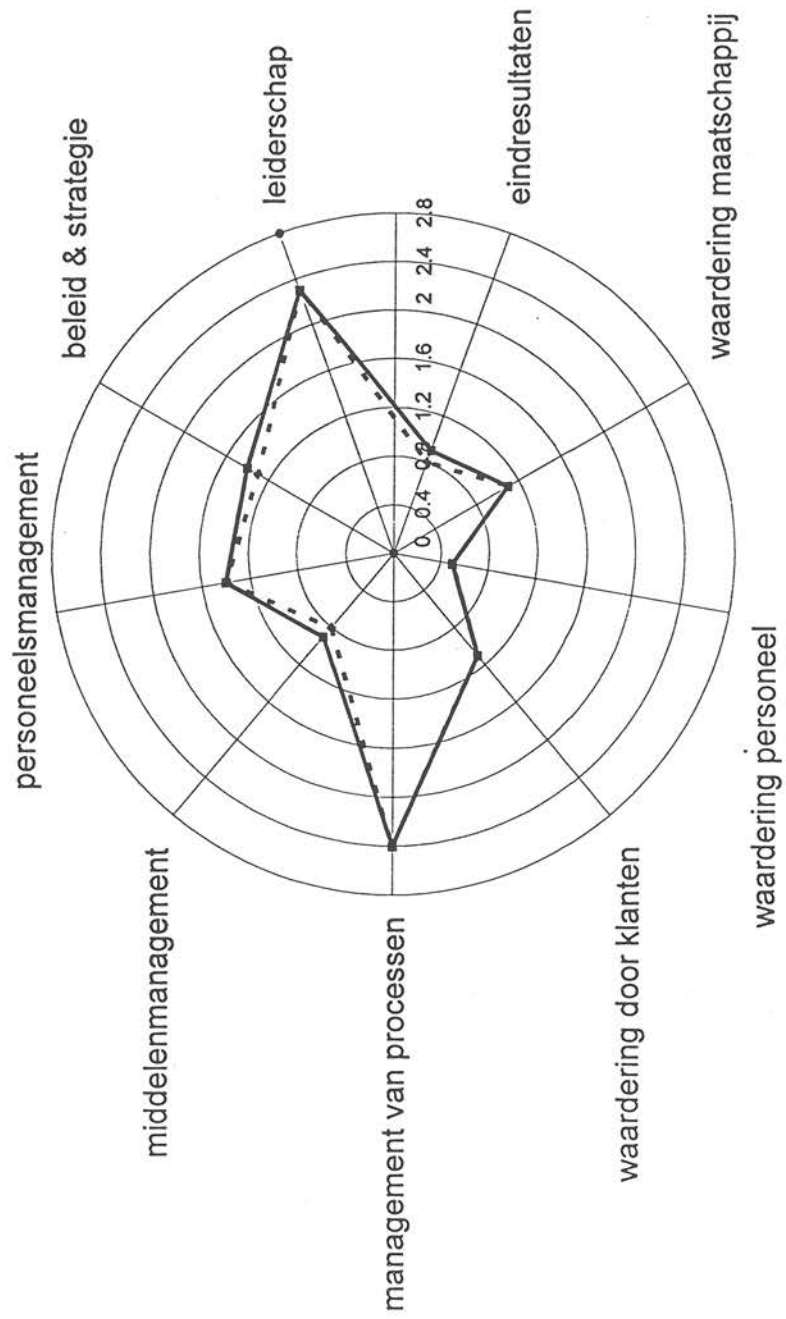
N=41

Instellingen voor verslavingszorg



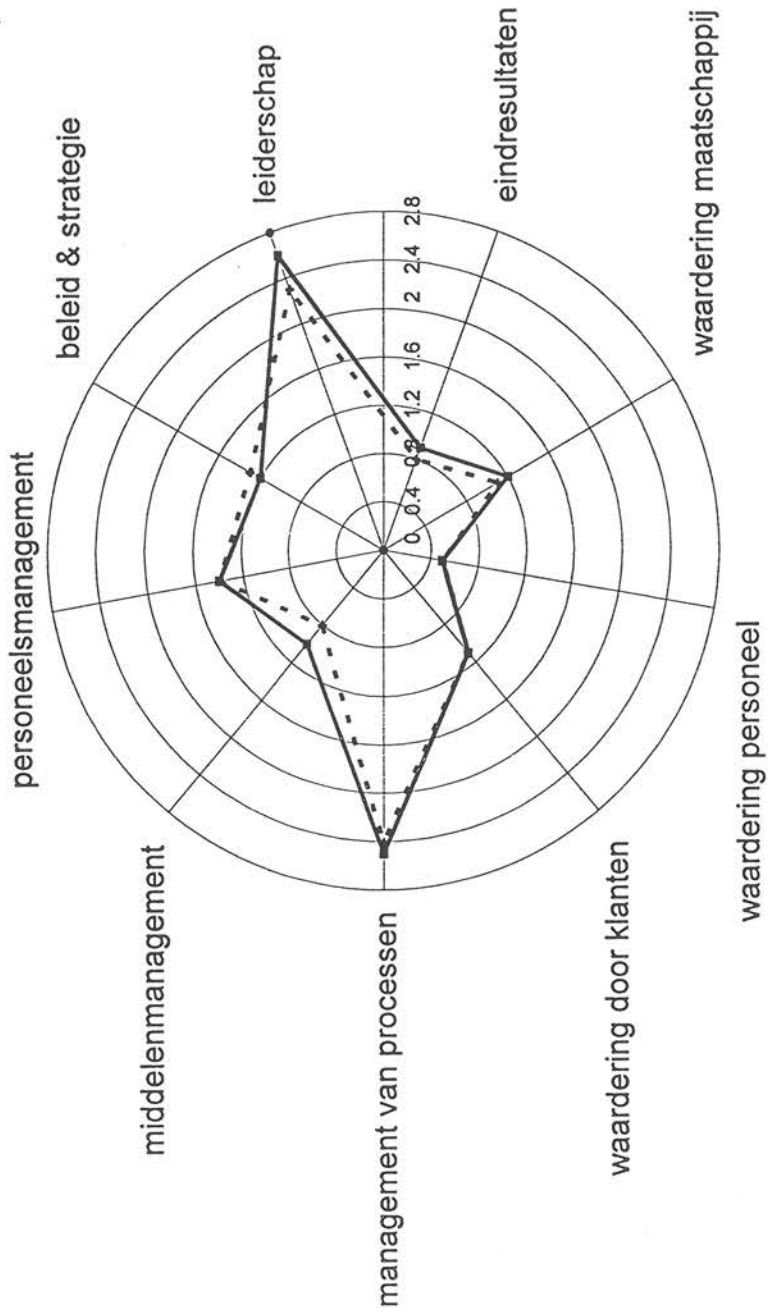
N=30

Psychiatrische instellingen



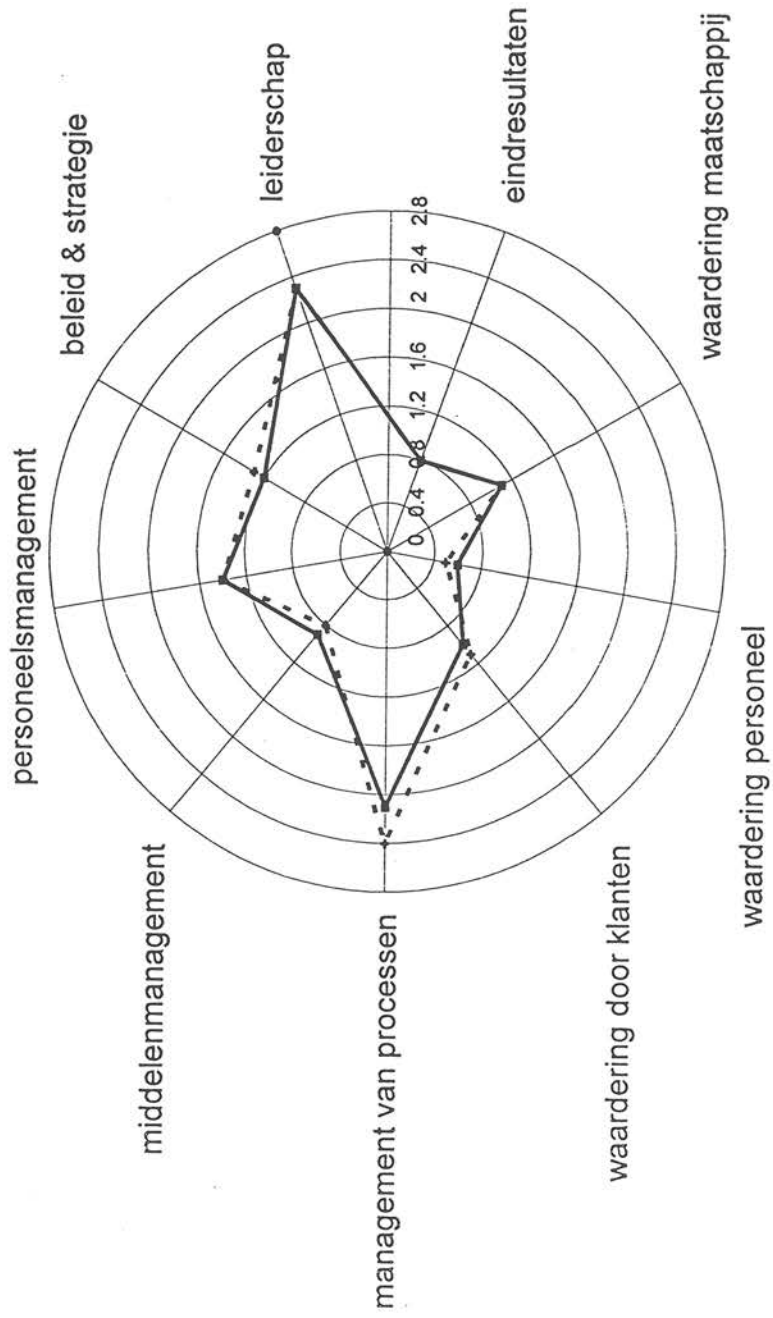
N=72

RIAGG's



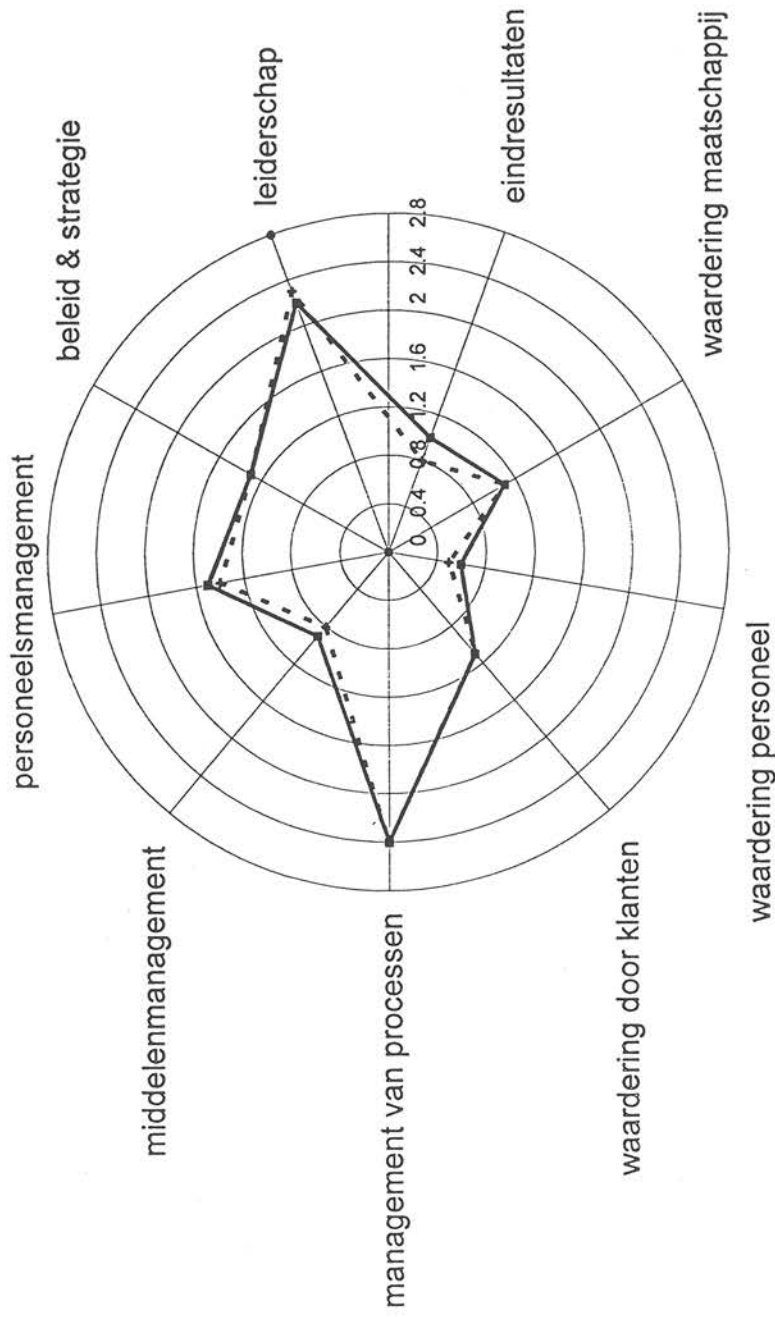
N=48

Algemeen maatschappelijk werk



N=106

Sociaal-pedagogische diensten



N=37

Organisatiegebieden

Tabel 4.1 Overzicht van het percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied "leiderschap"

sector	N	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Totaal aantal instellingen	1182	9	7	40	34	10
Eerste lijn						
Gezondheidscentra	88	16	3	41	28	11
Thuiszorginstellingen	114	4	10	45	34	7
GGD'en	45	18	4	58	13	7
Ziekenhuizen	109	12	12	37	36	3
Ouderenzorg						
Bejaardenhuizen	86	8	5	46	28	13
Verpleeghuizen	120	6	4	41	37	12
Gehandicapten						
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	11	8	32	45	4
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	8	6	48	36	2
Woonvormen en activiteitencentra	97	3	9	31	27	30
GGZ						
Beschermende woonvormen	41	7	12	37	32	12
Instellingen voor verslavingszorg	30	-	3	47	20	30
Psychiatrische instellingen	72	10	3	46	32	10
RIAGG's	48	2	6	33	44	15
Welzijnszorg						
Algemeen maatschappelijk werk	106	9	8	35	40	8
Sociaal-pedagogische diensten	37	16	5	30	43	5

Tabel 4.2 Overzicht van het percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied "beleid en strategie"

sector	N	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Totaal aantal instellingen	1182	29	23	38	8	2
Eerste lijn						
Gezondheidscentra	88	30	16	42	11	1
Thuiszorginstellingen	114	25	25	46	4	-
GGD'en	45	31	38	29	2	-
Ziekenhuizen	109	28	26	38	5	3
Ouderenzorg						
Bejaardenhuizen	86	35	19	38	5	3
Verpleeghuizen	120	29	12	47	7	5
Gehandicapten						
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	29	19	39	12	1
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	30	24	35	9	2
Woonvormen en activiteitencentra	97	29	26	24	17	4
GGZ						
Beschermende woonvormen	41	20	17	56	5	2
Instellingen voor verslavingszorg	30	37	30	27	7	-
Psychiatrische instellingen	72	28	22	37	10	3
RIAGG's	48	40	15	37	8	-
Welzijnszorg						
Algemeen maatschappelijk werk	106	31	28	35	6	-
Sociaal-pedagogische diensten	37	16	41	38	5	-

Tabel 4.3 Overzicht van het percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied "personeelsmanagement"

sector	N	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Totaal aantal instellingen	1182	2	52	45	1	-
Eerste lijn						
Gezondheidscentra	88	6	51	43	-	-
Thuiszorginstellingen	114	1	62	37	-	-
GGD'en	45	-	64	36	-	-
Ziekenhuizen	109	-	47	52	1	-
Ouderenzorg						
Bejaardenhuizen	86	2	55	42	1	-
Verpleeghuizen	120	-	48	52	-	-
Gehandicapten						
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	4	52	41	1	-
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	1	54	43	2	-
Woonvormen en activiteitencentra	97	-	51	48	1	-
GGZ						
Beschermende woonvormen	41	2	39	59	-	-
Instellingen voor verslavingszorg	30	3	50	47	-	-
Psychiatrische instellingen	72	-	60	40	-	-
RIAGG's	48	-	56	44	-	-
Welzijnszorg						
Algemeen maatschappelijk werk	106	4	51	44	1	-
Sociaal-pedagogische diensten	37	5	43	51	-	-

Tabel 4.4 Overzicht van het percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied "middelen"

sector	N	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Totaal aantal instellingen	1182	50	22	25	3	-
Eerste lijn						
Gezondheidscentra	88	73	9	18	-	-
Thuiszorginstellingen	114	40	29	28	3	-
GGD'en	45	47	40	11	2	-
Ziekenhuizen	109	47	17	33	3	-
Ouderenzorg						
Bejaardenhuizen	86	63	12	24	1	-
Verpleeghuizen	120	54	23	23	-	-
Gehandicapten						
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	52	25	22	1	-
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	56	21	22	1	-
Woonvormen en activiteitencentra	97	51	19	23	7	-
GGZ						
Beschermende woonvormen	41	54	7	39	-	-
Instellingen voor verslavingszorg	30	47	20	30	3	-
Psychiatrische instellingen	72	42	33	22	3	-
RIAGG's	48	35	27	35	2	-
Welzijnszorg						
Algemeen maatschappelijk werk	106	41	30	24	5	-
Sociaal-pedagogische diensten	37	43	27	30	-	-

Tabel 4.5 Overzicht van het percentage instellingen per sector en ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied "management van processen"

sector	N	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	fase 4
Totaal aantal instellingen	1182	1	4	58	34	3
Eerste lijn						
Gezondheidscentra	88	4	57	39	-	-
Thuiszorginstellingen	114	9	61	28	2	-
GGD'en	45	-	-	80	20	-
Ziekenhuizen	109	-	-	62	34	4
Ouderenzorg						
Bejaardenhuizen	86	2	7	62	23	6
Verpleeghuizen	120	-	-	49	47	4
Gehandicapten						
Voorzieningen voor						
verstandelijk gehandicapten	102	2	5	54	38	1
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	-	2	60	35	3
Woonvormen en activiteitencentra	97	-	1	49	45	5
GGZ						
Beschermende woonvormen	41	-	2	54	34	10
Instellingen voor verslavingszorg	30	3	57	33	7	-
Psychiatrische instellingen	72	-	3	64	29	4
RIAGG's	48	-	2	54	40	4
Welzijnszorg						
Algemeen maatschappelijk werk	106	1	10	64	25	-
Sociaal-pedagogische diensten	37	-	3	60	35	3

Resultaatgebieden

Tabel 4.6 Overzicht van het percentage instellingen en het kwaliteitsniveau op het aandachtsgebied "waardering voor klanten"

sector	N	niveau 0	niveau 1	niveau 2
Totaal aantal instellingen	1182	9	72	19
Eerste lijn				
Gezondheidscentra	88	17	59	24
Thuiszorginstellingen	114	11	76	13
GGD'en	45	11	76	13
Ziekenhuizen	109	2	81	17
Ouderenzorg				
Bejaardenhuizen	86	16	69	15
Verpleeghuizen	120	3	78	19
Gehandicapten				
Voorzieningen voor				
verstandelijk gehandicapten	102	11	65	24
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	3	76	21
Woonvormen en activiteitencentra	97	2	63	35
GGZ				
Beschermende woonvormen	41	2	88	10
Instellingen voor verslavingszorg	30	10	67	23
Psychiatrische instellingen	72	-	92	8
RIAGG's	48	12	69	9
Welzijnszorg				
Algemeen maatschappelijk werk	106	22	58	20
Sociaal-pedagogische diensten	37	11	70	19

Tabel 4.7 Overzicht van het percentage instellingen per sector en kwaliteitsniveau op het aandachtsgebied "waardering door personeel"

sector	N	niveau 0	niveau 1	niveau 2
Totaal aantal instellingen	1182	56	34	10
Eerste lijn				
Gezondheidscentra	88	64	29	7
Thuiszorginstellingen	114	65	26	9
GGD'en	45	69	31	-
Ziekenhuizen	109	73	24	3
Ouderenzorg				
Bejaardenhuizen	86	57	28	15
Verpleeghuizen	120	60	32	8
Gehandicapten				
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	41	49	10
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	58	32	10
Woonvormen en activiteitencentra	97	29	39	32
GGZ				
Beschermende woonvormen	41	56	39	5
Instellingen voor verslavingszorg	30	50	40	10
Psychiatrische instellingen	72	58	34	8
RIAGG's	48	60	34	6
Welzijnszorg				
Algemeen maatschappelijk werk	106	55	36	9
Sociaal-pedagogische diensten	37	47	46	5

Tabel 4.8 Overzicht van het percentage instellingen per sector en kwaliteitsniveau op het aandachtsgebied "waardering door maatschappij"

sector	N	niveau 0	niveau 1	niveau 2
Totaal aantal instellingen	1182	8	76	16
Eerste lijn				
Gezondheidscentra	88	7	74	19
Thuiszorginstellingen	114	6	85	9
GGD'en	45	13	76	11
Ziekenhuizen	109	12	73	15
Ouderenzorg				
Bejaardenhuizen	86	6	78	16
Verpleeghuizen	120	5	79	16
Gehandicapten				
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	12	64	24
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	7	80	13
Woonvormen en activiteitencentra	97	11	69	20
GGZ				
Beschermende woonvormen	41	10	76	15
Instellingen voor verslavingszorg	30	3	77	20
Psychiatrische instellingen	72	3	85	12
RIAGG's	48	6	73	21
Welzijnszorg				
Algemeen maatschappelijk werk	106	9	76	15
Sociaal-pedagogische diensten	37	11	73	16

Tabel 4.9 Overzicht van het percentage instellingen per sector en kwaliteitsniveau op het aandachtsgebied "Eindresultaten"

sector	N	niveau 0	niveau 1	niveau 2
Totaal aantal instellingen	1182	17	82	1
Eerste lijn				
Gezondheidscentra	88	35	65	-
Thuiszorginstellingen	114	17	82	1
GGD'en	45	-	100	-
Ziekenhuizen	109	11	89	-
Ouderenzorg				
Bejaardenhuizen	86	29	71	-
Verpleeghuizen	120	13	85	2
Gehandicapten				
Voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	102	12	87	1
Instellingen v. gehandicaptenzorg	87	14	86	-
Woonvormen en activiteitencentra	97	19	80	1
GGZ				
Beschermende woonvormen	41	22	78	-
Instellingen voor verslavingszorg	30	23	77	-
Psychiatrische instellingen	72	15	85	-
RIAGG's	48	6	94	-
Welzijnszorg				
Algemeen maatschappelijk werk	106	22	76	2
Sociaal-pedagogische diensten	37	8	89	3

5 ZORGSECTOR EN BEDRIJFSLEVEN VERGELEKEN

In dit hoofdstuk zullen een aantal concrete kwaliteitsactiviteiten uit de zorgsector gebaseerd op het onderzoek 'Inventarisatie kwaliteitssystemen' (Wagner e.a., 1995) worden vergeleken met de activiteiten uit het bedrijfsleven. De gegevens uit het bedrijfsleven zijn afkomstig uit de rapportage 'De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland' (INK, 1996) die gebaseerd is op een onderzoek onder ruim 700 Nederlandse bedrijven. Een globale vergelijking is mogelijk omdat in beide onderzoeken het INK-model als referentiekader is gebruikt. De in de onderzoeken gehanteerde vragenlijsten zijn weliswaar verschillend, maar beiden weerspiegelen het perspectief van het management van de organisatie en zijn gebaseerd op de aandachtsgebieden en ontwikkelingsfasen van het INK-model.

Voor een directe vergelijking zijn alleen die stellingen gebruikt die in grote mate overeenkomen. De geselecteerde stellingen staan weergegeven in tabel 5.1. Instellingen konden aangeven of de uitspraken in de stellingen van toepassing is op de eigen organisatie. Uitgegaan wordt van een aantal centrale concepten uit de vijf organisatiegebieden van het model. Dit zijn de betrokkenheid van de leiding (leiderschap), het kwaliteitsbeleid (beleid & strategie), de evaluatie van beleid (kwaliteitsbeleid), de betrokkenheid van medewerkers bij verbetering (personeelsmanagement), stuurinformatie (middelenmanagement) en het beheersen van processen (procesmanagement)(INK, 1996).

Tabel 5.1 Overzicht van de geselecteerde stellingen uit de twee onderzoeken waarvan de resultaten met elkaar worden vergeleken

Zorgsector	Bedrijfsleven
<ul style="list-style-type: none"> - De directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling (60%) - De directie toetst of medewerkers/professionals zich houden aan gemaakte afspraken t.a.v. kwaliteitsbeleid (36%) - De directie geeft systematische feedback over bereikte resultaten (34%) - Geen systematisch gebruik van kwaliteitsbeleid (11%) - Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking-/verbetering vinden in onze instelling vooral binnen afdelingen plaats (produkten)(11%) - Kwaliteitsbewaking-/verbetering vindt plaats over de grenzen van de afdeling heen (omvat het gehele proces)(14%) - In onze instelling worden ook ondersteunende afdelingen in de kwaliteitsbewakende-/verbeterende activiteiten betrokken (41%) - Met hulpverleners buiten de instelling wordt nauw samengewerkt op het terrein van kwaliteit (23%) 	<p>De leiding van onze organisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bemoeit zich actief met de verbetering en vernieuwing van de primaire processen (30%) - ontwikkeld organisatiebrede verbeteringsprogramma's (19%) <p>Het kwaliteitsbeleid in onze organisatie is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de oplossing van acute problemen en klachten (6%) - de verbetering van produktkwaliteit (12%) - de verbetering en vernieuwing van de primaire processen (24%) - de verbetering en vernieuwing van de ondersteunende processen (42%) - de betrokkenheid van afnemers en leveranciers bij verbeteringen en vernieuwingen (11%) en het ingaan op de verwachtingen in de samenleving (5%)

- De klachtenregistratie wordt cyclisch/systematisch geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht (27%)
 - patiënten worden betrokken bij het ontwikkelen van protocollen, kwaliteitscriteria, commissies en verbeterprojecten (5%-7%)
 - Het management gebruikt een informatiesysteem voor het evalueren en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Het informatiesysteem bevat gegevens over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan (12%)
 - Beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren: monodisciplinair (20%); multidisciplinair (15%)
 - De zorgverlening wordt geregistreerd en geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen (47%)
 - Het gebruik van protocollen voor verschillende onderdelen van het zorgproces (31%-65%)
- Evaluatie van kwaliteitsbeleid:
- de effecten van de behandeling van kwaliteitsproblemen worden in de organisatie besproken (15%)
 - kwaliteitswensen en -klachten van klanten en leveranciers zijn aanleiding om het beleid en de strategie kritisch te onderzoeken (20%)
- De stuurinformatie die in onze organisatie wordt verzameld:
- wordt geregistreerd en geanalyseerd met het oog op bruikbaarheid voor het aanwijzen van verbeterpunten (36%)
 - wordt gebruikt in een permanent proces van verbeteringen en het beoordelen daarvan (36%)
- Voor verbetering in onze organisatie:
- wordt in het werkoverleg, periodiek en uitgaande van vaste vragen en aandachtspunten, nagegaan wat er verbeterd kan worden (42%)
- De aansturing van processen gebeurt door:
- afdelingen zelf en de leiding coördineert (43%)

Leiderschap

Het invoeren van systematische kwaliteitsbewaking en -verbetering is in grote mate afhankelijk van de betrokkenheid van het management (INK, 1996; Wagner e.a., 1995). Volgens de nieuwe Kwaliteitswet Zorginstelling is het management ook verantwoordelijk voor het invoeren van kwaliteitszorg. In ruim de helft van de instellingen in de zorgsector (60%) bemoeit het management zich actief met kwaliteitsverbetering. Zij geven aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling. Minder directies van zorginstellingen toetsten of de afspraken worden nagekomen (36%) of geven feedback over de bereikte resultaten (34%). In het bedrijfsleven bemoeit een derde van de leiding (30%) zich actief met de verbetering en vernieuwing van de primaire processen en 19% van management ontwikkelt organisatiebrede verbeteringsprogramma's.

Beleid & strategie

De mate waarin de instelling expliciet aandacht aan kwaliteitszorg besteedt komt tot uiting in het kwaliteitsbeleid van de instelling. Het beleid kan zich richten op het verbeteren van producten, processen of de hele keten van zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. In de gezondheidszorg en het bedrijfsleven blijkt een op de tien instellingen zijn beleid te richten op de produktkwaliteit. De verbetering en vernieuwing van de primaire processen staat centraal bij 14% van de zorginstellingen en 24% van de bedrijven. Het betrekken van de ondersteunende afdelingen bij verbeteringsproces vindt in gelijke mate plaats in zorginstellingen en in bedrijven (41% en 42%). Nog een stap verder gaat een instelling die probeert ook zijn afnemers en leveranciers, in het geval van de gezondheidszorg de verwijzer en diegene naar wie wordt verwezen, te betrekken bij verbetering en vernieuwing. In de gezondheidszorg

gebeurt dit iets vaker dan in het bedrijfsleven (23% vs. 16%). In beide sectoren is er een kleine groep instellingen die nog niet systematisch het kwaliteitsbeleid gebruiken om verbeteractiviteiten te sturen (11% in de zorg en 6% in bedrijven).

Het betrekken van klachten van patiënten/klanten in het verbeterproces vindt in de gezondheidszorg plaats bij een kwart van de instellingen (27%). Van de bedrijven heeft een vijfde van de respondenten aangegeven de kwaliteitswensen en -klachten van klanten te gebruiken voor verbeteringen. Klachten over produkten worden daarnaast door 15% van de bedrijven gebruikt om het beleid en de strategie aan te passen. In de gezondheidszorg worden tevens patiënten/cliënten betrokken bij het opstellen van kwaliteitscriteria, protocollen en verbeterprojecten. Een kleine groep instellingen (tussen de 5% en 7%) doet dit systematisch en een derde van de instellingen incidenteel.

Middelenmanagement

Het systematisch gebruiken van informatie over het zorgproces voor het aanwijzen van verbeterpunten of voor permanente verbetering van processen vindt vaker plaats in het bedrijfsleven (72%) dan in de gezondheidszorg (12%).

Personeelsmanagement

Het zijn de medewerkers in een organisatie die kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de zorgverlening of het productieproces zelf als in de samenwerking met elkaar. In het bedrijfsleven wordt bij ruim tweevijfde van de bedrijven in het werkoverleg periodiek nagegaan wat er verbeterd kan worden. In de gezondheidszorg is hiervoor naast het werkoverleg de methode van intercollegiale toetsing geïntroduceerd waarbij beroepsgenoten een onderwerp ter verbetering kiezen en elkaars werk met behulp van normen beoordelen. Monodisciplinaire intercollegiale toetsing vindt periodiek plaats bij 20% van de instellingen; multidisciplinaire toetsing bij 15% van de instellingen.

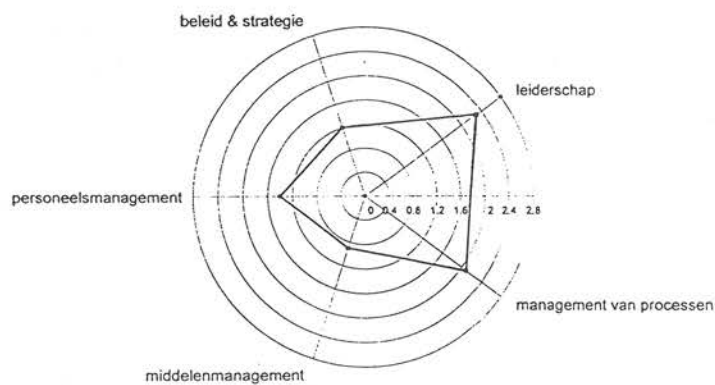
Management van processen

Het bewaken en beheersen van de processen staat centraal in een kwaliteitssysteem volgens de ISO-normen. Bij TQM-benaderingen ligt de nadruk meer op het continue verbeteren van processen. In de gezondheidszorg kunnen de medewerkers zelf de processen beheersen door het gebruik van zorgplannen en protocollen. Het gebruik hiervan verschilt tussen de zorgsectoren. Van de zorginstellingen gebruikt 47% zorgplannen en gemiddeld de helft van de instellingen protocollen voor de verschillende onderdelen van het zorgproces. In het bedrijfsleven beheerst 43% van de afdelingen de eigen processen waarbij de leiding een coördinerende rol heeft.

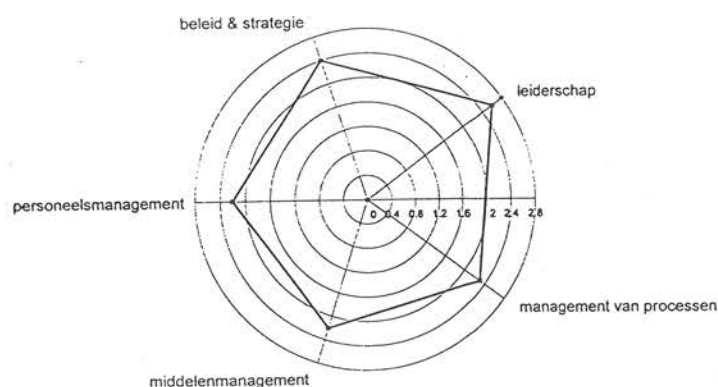
Bovenstaande vergelijking is dus gemaakt aan de hand van afzonderlijke vragen. Een andere mogelijkheid om de zorgsector met het bedrijfsleven te vergelijken, is het berekenen van de gemiddelde ontwikkelingsfase waarin organisaties zich bevinden. Deze berekening is in de voorgaande hoofdstukken beschreven voor de zorgsector. Voor het bedrijfsleven is met behulp van de percentages uit het rapport 'De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland (INK, 1996) de gemiddelde score per

aandachtsgebied berekend ². In onderstaande figuren worden de uitkomsten grafisch weergegeven. In de twee grafieken is de gemiddelde ontwikkelingsfase weergegeven op de vijf organisatiegebieden. Bij de interpretatie van de grafieken is enige terughoudendheid geboden aangezien in de twee onderzoeken niet dezelfde vragenlijsten zijn gebruikt. Dit betekent dat er niet één schaal is waarop de ontwikkelingen van de twee sectoren kunnen worden afgezet. In feite zijn er twee schalen die weliswaar hetzelfde beogen te meten maar niet dezelfde vragen hiervoor hebben gebruikt. Het doel om deze twee grafieken desondanks op te nemen, is om te laten zien dat het in principe mogelijk is een vergelijking met organisaties uit het bedrijfsleven uit te voeren aan de hand van 'spinnewebben'.

Zorgsector (N=1182)



Bedrijfsleven (N=704)



² In het onderzoek zijn per aandachtsgebied een aantal deelvragen geformuleerd op een zes-punten-schaal. Per vraag is een gemiddelde score berekend (fase 0 is buiten beschouwing gelaten). Vervolgens zijn de gemiddelden van de deelvragen bij elkaar opgesteld en gedeeld door het aantal deelvragen. Dit heeft geleid tot een gemiddelde score van alle respondenten per aandachtsgebied.

LITERATUUR

Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK). De stand van zaken van integrale kwaliteitszorg in Nederland. 's-Hertogenbosch, INK, 1996.

Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer, Kluwer, Kwaliteitskunde, 1993.

Wagner C, Sluijs EM, Bakker DH de. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1995.

BIJLAGE: ENQUÊTE

1994



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 BN Utrecht
telefoon 030 319946

Vragenlijst inventarisatie kwaliteitssystemen

HET KWALITEITSBELEID

1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Documenten

Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling

'Produkt'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg die aan verschillende doelgroepen wordt verleend

Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg moet voldoen

Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden

Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **sommige** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **alle** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan

Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan

nee	in ont- wikkeling	ja

TOELICHTING :

in ontwikkeling: één of meerdere personen zijn bezig met de ontwikkeling van het document

1.1 Indien aanwezig, sinds wanneer beschikt uw instelling over een kwaliteitsbeleid op schrift?

Sinds 19.....

2. In hoeverre zijn de volgende uitspraken op uw instelling van toepassing?

	niet van toepassing			geheel van toepassing	
	1	2	3	4	5
Activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering vinden in onze instelling vooral binnen afdelingen/voorzieningen plaats.	1	2	3	4	5
Kwaliteitsbewaking/-verbetering vindt plaats over grenzen van afdelingen/voorzieningen heen.	1	2	3	4	5
Kwaliteitsbewaking/-verbetering omvat het gehele proces van opname/intake tot ontslag.	1	2	3	4	5
In onze instelling worden ook ondersteunende afdelingen in de kwaliteitsbewakende/-verbeterende activiteiten betrokken.	1	2	3	4	5
Met hulpverleners buiten de instelling wordt nauw samengewerkt op het terrein van kwaliteit.	1	2	3	4	5

2.1 Als de activiteiten in uw instelling gericht zijn op kwaliteitsbewaking/-verbetering over de grenz van afdelingen/voorzieningen heen, hoe pakt u dat dan aan?

2.2 Als in uw instelling een bewuste strategie wordt gevolgd voor het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem in de gehele instelling, wilt u deze dan omschrijven?
 (U kunt hierbij denken aan punten als: top down of bottom up, op kleine schaal invoeren of meteen in de gehele organisatie, verantwoordelijkheid bij de lijn of bij een aparte afdeling/stuurgroep, via verbeterprojecten, etc.)

REDENEN VOOR KWALITEITSZORG

3. In hoeverre speelden (spelen) in uw instelling onderstaande redenen een rol bij de keuze om expliciet aan kwaliteitsbewaking/-verbetering te (willen) gaan werken?

- Redenen**
- toenemende/verwachte concurrentie
 - de naderende kwaliteitwet
 - verwachte eisen van verzekeraars/financiers/inspectie
 - klachten van patiënten/cliënten/bewoners/klanten
 - naar aanleiding van/gestimuleerd door initiatieven vanuit de koepel
 - naar aanleiding van/gestimuleerd door ontwikkelingen in andere instellingen
 - naar aanleiding van/gestimuleerd door congressen, cursussen en/of literatuur
 - interne redenen, namelijk:
 - anders, namelijk:

speelde niet mee	speelde enigszins mee	speelde in grote mate mee

RANDVOORWAARDEN EN PERSONEELSMANAGEMENT

4. Welke extra voorzieningen zijn in uw instelling getroffen voor het kunnen invoeren en onderhouden van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- geen extra voorzieningen
- scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management
- scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals
- medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering
- aanstellen kwaliteitscoördinator/-functionaris/aandachtsfunctionaris
- instellen van een stuurgroep
- instellen van kwaliteitscommissie/werkgroepen
- een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg
- externe ondersteuning (subsidie overheid/financier, adviesbureau, koepelorganisatie)
- anders, namelijk

5. In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- niet van toepassing
- selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg
- nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering
- deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
- medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen
- deelname aan kwaliteitsprojecten is verplicht
- anders, namelijk

6. Op welke wijze stimuleert de directie de betrokkenheid van de medewerkers/professionals bij het kwaliteitsbeleid van de instelling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- geen maatregelen/niet van toepassing
- stimuleren is niet nodig, medewerkers/professionals besteden zelf voldoende aandacht aan kwaliteitsbewaking/-verbetering
- de directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- de directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers/professionals
- geven van incentives (bijv. extra beloning)
- bewaking van de afdelings-/voorzieningenwerkplannen
- sancties, namelijk
- anders, namelijk

WERKEN VOLGENS PROTOCOLLEN

7. Wordt in uw instelling gewerkt volgens protocollen/standaarden?

- nee (ga naar vraag 8)
 - nee, maar we zijn protocollen/standaarden aan het ontwikkelen (ga naar vraag 8)
 - ja, op/in één afdeling/voorziening
 - ja, op/in verschillende afdelingen/voorzieningen, maar niet in de gehele organisatie
 - ja, in de gehele organisatie
 - anders, namelijk
-

7.1 Wat voor soort protocollen/standaarden worden in uw instelling gebruikt?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen
 - voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner/klant
 - voor voorbehouden handelingen
 - voor het gebruik van medische hulpmiddelen
 - voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces
 - voor specifieke doelgroepen en diagnoses
 - voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg
 - voor samenwerking met/overdracht naar andere instellingen/zorgverleners
 - anders, namelijk
-

7.2 Door wie worden de in uw instelling gebruikte protocollen/standaarden geëvalueerd?

7.3 Zorgt er iemand voor de naleving van de protocollen/standaarden?

- nee
- zo ja, wilt u omschrijven door wie en op welke wijze dit gebeurt?

KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING VOLGENS EEN CYCLISCH PROCES

8. Vinden in uw instelling onderstaande activiteiten plaats volgens een cyclisch proces? (bijv. volgens de kwaliteitskringloop (normeren, meten, evalueren, verbeteren), de Deming cyclus (plan, do, check, act), kwaliteitscirkels, etc.)

Activiteiten

Intercollegiale toetsing monodisciplinair:

beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren

Intercollegiale toetsing multidisciplinair:

idem, door zorgverleners van verschillende disciplines

Gebruik zorg-/begeleidingsplan

de zorgverlening wordt geregistreerd en geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen

Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten):

commissies analyseren periodiek de geregistreeerde gegevens en brengen op basis daarvan systematisch verbeteringen aan

Functionerings-/ beoordelingsgesprekken

Interne audit:

de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering wordt periodiek beoordeeld

Interinstitutionele toetsing/visitatie:

de beroepsgenoten beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen

Management-informatie-systeem:

het management gebruikt een informatiesysteem voor het evalueren en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Het informatiesysteem bevat gegevens over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan

Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers:

periodiek wordt gemeten of de doelgroepen tevreden zijn over de verleende zorg

Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt

Tevredenheidsonderzoek medewerkers/ professionals:

periodiek wordt gemeten of de medewerkers/professionals tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts

Behoeftte onderzoek onder gebruikers:

de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoefte is aan de huidige of mogelijk nieuwe zorg die de instelling kan bieden

Behoeftte onderzoek onder verwijzers of andere partijen:

idem, maar onder verwijzers of andere partijen

Klachtenregistratie en -behandeling:

de klachtenregistratie wordt systematisch geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

Cliënten-/familieraad:

op basis van het periodieke overleg met de cliënten-/familieraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd

Anders, namelijk:

nee*	ja*	cycl.*	syst.*

TOELICHTING *:

nee = nee/niet van toepassing

ja = de activiteit bestaat wel in de instelling maar vindt niet plaats volgens een cyclisch proces

cyclisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces

systematisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces en is ingebed in het totale kwaliteitssysteem van de instelling

8.1 Op welke gebieden hebben professionals in uw instelling op dit moment autonomie bij de kwaliteitsbewaking/-verbetering van hun werk?

	niet autonoom			wel autonoom	
	1	2	3	4	5
Het selecteren van onderwerpen voor kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het stellen van prioriteiten in hun kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het evalueren van de eigen kwaliteitsactiviteiten.	1	2	3	4	5
Het maken van afspraken over samenwerking met andere disciplines.	1	2	3	4	5
Het maken van afspraken over samenwerking met disciplines van buiten de instelling.	1	2	3	4	5
De gegevens die zij t.a.v. het zorgproces registreren.	1	2	3	4	5
Het toetsen of de door hen gehanteerde kwaliteitsbewakende/-verbeterende activiteiten aan hun doel beantwoorden.	1	2	3	4	5
Het ontplooiën van activiteiten die niet passen binnen het kwaliteitsbeleid van de instelling	1	2	3	4	5
Anders:	1	2	3	4	5

8.2 Is de hierboven geschetste situatie naar uw mening wenselijk? Wilt u uw antwoord toelichten?

8.3 Welke concrete activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering hebben bij de directie het komende jaar prioriteit?

- 1)
- 2)
- 3)

EXTERNE ORIËNTATIE

9. Bij welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering worden patiënten/cliënten/bewoners/klanten (of hun belangenorganisaties) betrokken?

Activiteiten	nee/ niet van toepassing	afhankelijk van onderwerp	altijd
ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen			
opstellen protocollen/standaarden			
beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald			
participatie in (kwaliteit)commissies			
participatie in verbeterprojecten			
bespreken uitkomsten van satisfactie-onderzoek, klachtenregistratie, etc.			
anders:			

-
10. In hoeverre werkt uw instelling samen met andere zorgaanbieders in de regio om de kwaliteit van zorg te verbeteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

- er is geregeld overleg op directieniveau met andere instellingen in de regio
- participeert in projecten om de samenwerking tussen instellingen te verbeteren
- instelling heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen/zelfstandig beroepsbeoefenaar rond overdracht en verwijzing
- instelling biedt in samenwerking met anderen producten aan (gezamenlijk zorgaanbod)
- anders, namelijk

EFFECTEN EN TOEKOMST VAN KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING

11. Worden in uw instelling activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering op hun effecten beoordeeld? Wilt u voorbeelden geven?

-
12. Is in uw instelling het aantal en aard van de regels en procedures onder invloed van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering veranderd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- nee, geen invloed
- er zijn regels/procedures bijgekomen
- overbodige regels/procedures zijn verwijderd
- de regels/procedures worden beter bewaakt
- informele regels/procedures zijn geformaliseerd
- anders, namelijk

13. Kunt u aangeven welke positieve effecten u in uw instelling verwacht (of reeds bereikt heeft) van de systematische aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering?

Effecten:

- toename tevredenheid personeel
- toename klantgerichtheid
- toename tevredenheid externe partijen (verwijzers, financiers, patiënten/cliëntenorganisaties, enz.)
- toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management
- toename inzet en flexibiliteit van het personeel
- betere profilering van de instelling
- lagere kosten/kostenbesparing op lange termijn
- anders:

	wordt niet verwacht	wordt verwacht	reeds bereikt

14. Kunt u aangeven of negatieve effecten in uw instelling zijn opgetreden als gevolg van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking/-verbetering? (meerdere antwoorden mogelijk)

- er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan
- kosten zijn gestegen
- verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel
- werkdruk is toegenomen
- demotivatie/ ontevredenheid personeel
- anders, namelijk

15. Streeft u ernaar uw kwaliteitssysteem binnen de komende drie jaar te laten beoordelen?

- nee
- ja, met behulp van interinstitutionele toetsing
- ja, met behulp van een visitatie georganiseerd door onze koepelorganisatie
- ja, door een patiëntenorganisatie
- ja, door een certificerende instelling
- anders, namelijk

16. Hoe kunnen volgens u de overheid, de koepels en de financiers de zorginstellingen stimuleren om blijvend systematische aandacht aan kwaliteit te besteden?
(bijv. goed opleidingsaanbod voor kwaliteitszorg, certificatie bevorderen, etc.)

17. Op welke termijn denkt u te kunnen voldoen aan artikel vier van de kwaliteitswet?
Artikel vier houdt in dat de instelling systematisch gegevens registreert betreffende kwaliteit van zorg, aan de hand van deze gegevens systematisch toetst of verantwoorde zorg wordt geleverd en op basis van deze toetsing zonodig veranderingen aanbrengt.

ORGANISATIEKENMERKEN

18. Kunt u aangeven in hoeverre de onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

	helemaal mee oneens			helemaal mee eens	
	1	2	3	4	5
Onze instelling ervaart steeds meer concurrentie door andere instellingen in de regio.					
Onze instelling moet steeds vaker inspelen op nieuwe doelgroepen en produkten.					
In de toekomst zal het voor onze instelling steeds moeilijker worden aan de toenemende vraag tegemoet te komen.					
In onze instelling zijn de meeste handelingen vastgelegd in protocollen/standaarden.					

19. Hoe typeert u in uw instelling de organisatiestructuur, de besluitvorming, de houding tegenover veranderingen en de onderlinge communicatie?

De organisatiestructuur	hiërarchisch	_____	plat
De besluitvorming	centraal	_____	decentraal
De houding tegenover veranderingen/ vernieuwingen	flexibel	_____	behoudend
De onderlinge communicatie tussen afdelingen/voorzieningen	informeel	_____	geformaliseerd

20. Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling in zijn geheel heeft?

..... fte's

21. Zijn in de afgelopen jaren in uw instelling ingrijpende veranderingen (fusie/reorganisatie, uitbreiding, etc.) doorgevoerd?

nee

zo ja, wilt u dan aangeven hoe lang de instelling in haar huidige vorm bestaat?

sinds 19.....

22. Wilt u aangeven van welke koepelorganisatie uw instelling lid is?

LVT

VNB

NeVIV

LVGGD

LVG

VOG-sectie/AMW

NVAGG

NVBW

NVGGZ

Fiad/Wdt

NFVLG

anders

NVZ

NVGz

NVVz

KNMP

SOMMA

23. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

directie

anders, namelijk (functie)

24. Geeft u toestemming om deze gegevens in geanonimiseerde vorm aan de koepel te geven voor verdere analyses?

nee

ja

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Voor het terugzenden kunt u de antwoordenvolpette gebruiken.

Wij zouden het op prijs stellen indien u een jaarverslag van uw instelling mee wilt sturen.
