

Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten
in de verpleging en verzorging



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

drieharingstraat 6
postbus 1508 3500 bn utrecht
tel. 030 2729700 fax 030 2729729

Cordula Wagner
Arjen P. Stoop
Denise Temmink
Dinny H. de Bakker

Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging

Uitgevoerd door: NIVEL –
Nederlands instituut voor
onderzoek van de
gezondheidszorg,
Drieharingstraat 6,
Postbus 1568,
3500 BN Utrecht.
Telefoon 030-2729700,
telefax 030-2729729.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging en NIVEL 1997.

Basisvormgeving Robbert Zweegman, Nijmegen.

Fotografie omslag Hans van den Bogaard, Zwanenburg

Uitgever Uitgeverij De Tijdstroom BV, Postbus 19135, 3501 DC Utrecht.

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), Postbus 3135, 3502 GC Utrecht.

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg, Postbus 1568,
3500 BN Utrecht.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 1844 2

NUGI 750

Inhoud

Voorwoord [9]

Achtergrond van het onderzoek [13]

Ontwikkelingen in vogelvlicht [13]

Twee domeinen: verpleging en verzorging [15]

Wettelijke eisen [17]

Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg [19]

Deel I

Overzichtsstudie beroeps- en vakorganisaties en registratiesystemen

1 Inleiding [25]

2 Methode van onderzoek [28]

- 2.1 Onderzoekspopulatie en respons beroeps- en vakorganisaties [28]
- 2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst voor beroeps- en vakorganisaties [30]
- 2.3 Verwerking van de gegevens [31]
- 2.4 Geraadpleegde registratiesystemen [32]
- 2.5 Analyse van de registratiesystemen [32]

3 Kwaliteitsbeleid beroeps- en vakorganisaties [35]

- 3.1 Kenmerken van de beroeps- en vakorganisaties [35]
- 3.2 Taken en doelstellingen van de beroeps- en vakorganisaties [36]
- 3.3 Kwaliteitsactiviteiten op schrift [38]
- 3.4 Conclusies [40]

4 Activiteiten gerelateerd aan de Wet BIG [42]

- 4.1 Registratie en titelbescherming [43]

- 4.2 Tuchtrect [45]
- 4.3 Resultaten onderzoek registratiesystemen [46]
- 4.4 Conclusies [47]

- 5 Activiteiten gerelateerd aan scholing [48]**
 - 5.1 Initiële opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden [48]
 - 5.2 Bij- en nascholing door beroeps- en vakorganisaties [49]
 - 5.3 Resultaten onderzoek registratiesystemen [51]
 - 5.4 Conclusies [52]

- 6 Activiteiten gerelateerd aan de beroepsuitoefening [53]**
 - 6.1 Voorwaardenscheppende activiteiten [53]
 - 6.2 Normering en toetsing van de beroepsgroep [56]
 - 6.3 Onderzoek onder beroepsbeoefenaren [59]
 - 6.4 Samenwerking met andere organisaties [60]
 - 6.5 Resultaten onderzoek registratiesystemen [61]
 - 6.6 Conclusies [65]

- 7 Toekomst [67]**
 - 7.1 Plannen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering [67]
 - 7.2 Ondersteuning van de beroeps- en vakorganisaties [68]
 - 7.3 Conclusies [69]

- 8 Samenvatting [70]**
 - Kwaliteitsbeleid beroeps- en vakorganisaties [70]
 - Activiteiten gerelateerd aan de Wet BIG [71]
 - Activiteiten gerelateerd aan opleiding [71]
 - Activiteiten gerelateerd aan beroepsuitoefening [72]
 - Toekomst [73]

Deel II Dieptestudie onder verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen

- 1 Inleiding [77]**
 - Vraagstellingen [77]

- 2 Methode van onderzoek [79]**
 - 2.1 Onderzoekspopulatie en steekproef [79]
 - 2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst [81]

- 2.3 Respons [83]
- 2.4 Verwerking en betrouwbaarheid van de gegevens [86]

3 Kenmerken van de respondenten [88]

- 3.1 Leeftijd en geslacht [88]
- 3.2 Opleidingsniveau en functie [89]
- 3.3 Dienstverband en lidmaatschap beroepsorganisatie [91]

4 Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering [93]

- 4.1 Verschillen in taakopvatting tussen beroepsbeoefenaren [94]
- 4.2 Het zorgproces [96]
 - De organisatie van het zorgproces [97]
 - Het technisch handelen [100]
 - De beroepshouding [103]
 - Verschillen tussen beroepsbeoefenaren [106]
- 4.3 Afstemming en coördinatie van zorg [107]
- 4.4 Aandacht voor de cliënt [111]
- 4.5 Deskundigheidsbevordering [114]
- 4.6 Kwaliteitsgroepen/verbeterteams [116]
- 4.7 Conclusie [118]

5 Systematische kwaliteitszorg [119]

- 5.1 Het kwaliteitsbeleid [120]
- 5.2 Evalueren van bestaande afspraken, procedures en richtlijnen [123]
- 5.3 Randvoorwaarden voor kwaliteitszorg [130]
- 5.4 Conclusie [134]

6 De relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden [136]

- 6.1 Het perspectief van het management en activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden [137]
- 6.2 De invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op het beleid van de instelling [140]
- 6.3 Belemmerende en bevorderende factoren bij het werken aan kwaliteit [143]
- 6.4 De relatie tussen persoons- en instellingsgebonden kenmerken en het toepassen van afspraken en procedures [147]
- 6.5 Conclusie [152]

7 Samenvatting [154]

Kenmerken van de respondenten [154]

Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering [155]

Systematische kwaliteitszorg [155]

De relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden [156]

Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie [158]

Conclusies [158]

Aanbevelingen van de begeleidingscommissie [165]

Tot slot [169]

Literatuur [171]

Bijlagen

1 Lijst van gehanteerde begrippen [177]

2 Lijst van deelnemende beroeps- en vakorganisaties [180]

3 Diskette

1 Vragenlijsten voor verpleegkundigen en verzorgenden in de

. thuiszorg (THUISZ.VV),

. gehandicaptenzorg (GEHAND.VV),

. verzorgingshuizen (VERZORGH.VV),

. ziekenhuizen en psychiatrisch ziekenhuizen (ZIEKENH.VV, APZ.VV),

. verpleeghuizen (VERPLEEG.VV).

2 Vragenlijsten voor leidinggevenden in de

. thuiszorg (THUISZ.LEI),

. gehandicaptenzorg (GEHAND.LEI),

. verzorgingshuizen (VERZORGH.LEI),

. ziekenhuizen en psychiatrisch ziekenhuizen (ZIEKENH.LEI, APZ.LEI),

. verpleeghuizen (VERPLEEG.LEI).

3 Vragenlijst voor de directie van de instelling (ENQUETE.MGT).

4 Vragenlijst voor beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging (VAKORG.ENQ).

Voorwoord

Dit rapport laat zien hoever de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging zijn met het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. Tevens laat het rapport zien welke activiteiten door beroeps- en vakorganisaties worden ondernomen om de beroepsgroep te ondersteunen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. De gegevens zijn gebaseerd op een representatief onderzoek onder beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging aangevuld met een secundaire analyse van bestaande registratiesystemen van ontwikkelings- en onderzoeksprojecten. De gegevens van de instellingen zijn afkomstig van uitvoerenden, leidinggevenden en directies uit verzorgingshuizen, verpleeghuizen, (psychiatrisch) ziekenhuizen, thuiszorginstellingen en instellingen voor gehandicapten. De stand van zaken in dit rapport sluit aan bij eerdere overzichtsstudies die de afgelopen jaren zijn verschenen voor instellingen en medische en paramedische beroepsgroepen. Het onderzoek is gefinancierd door het Landelijke Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV).

Het onderhavige onderzoek bestond uit twee delen. In het eerste deel zijn de activiteiten van beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging ten aanzien van kwaliteitsbeleid, scholing, wettelijke eisen en de beroepsuitoefening geïnventariseerd. Dit overzicht is aangevuld met informatie uit bestaande onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten. Hierbij gaat het veelal om instellingsoverstijgende activiteiten. Het tweede deel van het onderzoek heeft plaatsgevonden in zorginstellingen op de werkvloer. Uitvoerenden, direct leidinggevenden en directies uit 58 zorginstellingen geven een overzicht van de activiteiten die op afdelingen of binnen teams in de dagelijkse praktijk plaatsvinden. Tevens wordt gekeken in hoeverre management en uitvoerenden op de hoogte zijn van elkaars activiteiten.

Voor het onderzoek is een begeleidingscommissie samengesteld die bestond uit de volgende personen: Drs.B. van Bergen (voorzitter), W.A. Zandbergen (Inspecteur in algemene dienst voor de verplegende en verzorgende beroepen), mw.drs. J.A. Giebing (CBO), Dr. A. Pool (Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht en NIZW), mw.drs.M.T.M. Berkum (Sting), mw.drs. M..G. Spiering en later mw.drs. N.A.C. Nova (VWS), Drs.J.K. Bastiaanse (LCVV), mw.A. Verdonschot(AVVV).

De centrale vragen van dit rapport zijn:

- 1 Hoe ver zijn beroeps- en vakorganisaties voor verpleegkundigen en verzorgenden met de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid?
- 2 Welke kwaliteitsbewakende en bevorderende activiteiten worden door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in instellingen toegepast?
- 3 In hoeverre worden de activiteiten door direct leidinggevenden periodiek geëvalueerd?
- 4 Welke factoren belemmeren/stimuleren uitvoerenden om te werken aan kwaliteitsverbetering?
- 5 In hoeverre werken instellingsmanagement en uitvoerenden samen aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen?

Het voorliggende rapport bestaat, net als het onderzoek, uit twee delen, en er hoort ook een diskette bij. In het eerste deel van het rapport wordt de inventarisatie onder beroeps- en vakorganisaties beschreven; in het tweede deel, de dieptestudie, worden de activiteiten van uitvoerenden in de dagelijkse praktijk beschreven. Meer inzicht in de positie van verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen en de mogelijkheid om kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de praktijk toe te passen, is voor de beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging van belang bij het verder ontwikkelen van het beroep. Op de bij het rapport behorende diskette zijn alle tijdens het onderzoek gebruikte vragenlijsten opgenomen. Instellingen die in een later stadium nog een keer de kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in kaart willen brengen, kunnen hiervoor gebruikmaken van de bestaande vragenlijsten. Meer informatie hierover staat in het 'leesmij'-bestand op de diskette.

Het rapport geeft, door de reikwijdte van het onderzoek, een interessant en veelomvattend beeld van de diverse inspanningen die op het terrein van kwaliteitsbeleid binnen de sector verpleging en verzorging ondernomen worden. Het kan de basis vormen van een toekomstig gemeenschappelijk kwaliteitsbeleid binnen deze sector. Het is in de eerste plaats geschreven

voor al diegenen die actief bezig zijn op het genoemde terrein. Het zijn vooral zij die, door het lezen van dit rapport, inzicht kunnen krijgen en ideeën op kunnen doen met betrekking tot het vormgeven van kwaliteitsbeleid. Hiernaast laat dit rapport aan patiënten, consumenten, overheid en andere belangstellenden zien wat de inspanningen van de laatste jaren op dit gebied hebben opgeleverd.

We danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport. Tevens willen wij de beroeps- en vakorganisaties en de directies van zorginstellingen bedanken die het mogelijk hebben gemaakt om dit onderzoek te verrichten. Onze dank gaat uit naar de contactpersonen uit deze organisaties, maar in het bijzonder naar alle helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen die hebben deelgenomen. Tot slot willen wij mw. C. Schafrat danken voor haar waardevolle bijdrage als stagiaire aan dit onderzoek.

Utrecht, februari 1997

Achtergrond van het onderzoek

Ontwikkelingen in vogelvlucht

Verplegenden en verzorgenden spelen een belangrijke rol bij het handhaven en bevorderen van de kwaliteit van de zorgverlening. Zowel bij de toepassing van steeds complexere medische technologieën, de verschuiving in de hulpverlening van intra- naar extramuraal als in de verschuiving van cure naar care nemen verplegenden en verzorgenden een centrale rol in. Desondanks is tijdens de derde Leidschendamconferentie in 1995 geconstateerd dat beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging ten opzichte van (para)medici een achterstand hebben in het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid voor de hele beroepsgroep (NRV e.a. 1995). Tevens bestond het idee dat ontwikkelingen versnipperd zijn over de diverse beroepsorganisaties, universiteiten, ondersteuningsinstituten en instellingen zelf; een volledig overzicht ontbreekt tot nog toe. Het onderhavige onderzoek wil deze leemte opvullen en een overzicht geven van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering op het niveau van beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging en op het niveau van de uitvoerenden zelf. Deze informatie kan vervolgens worden gebruikt bij de beroepsontwikkeling in de verpleging en verzorging.

In 1989 en 1990 hebben verplegenden en verzorgenden een duidelijk signaal afgegeven door landelijk acties te voeren voor meer erkenning van het beroep. Dat de acties van de beroepsgroep indruk hebben gemaakt, blijkt uit het initiatief van de Eerste Kamer dat heeft geleid tot het instellen van de Commissie Positiebepaling Beroep van Verplegende en Verzorgende (Commissie-Werner) (Tweede Kamer 1992). Reeds in 1991 brengt deze commissie een rapport uit waarin een duidelijk beeld wordt gegeven van de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. De commissie constateert dat de organisatie van de beroepsgroep en de daarmee samenhangende zorginhoudelijke (beroeps)aspecten binnen de verpleging en verzorging minder ver ontwikkeld zijn in vergelijking met de medische beroepen. De

commissie eindigt met 21 aanbevelingen ter verbetering van het beroepsimago, het stelsel van opleidingen, het evenwicht tussen behoefte aan personeel en omvang van de werkzaamheden, en het honoreringstelsel (Commissie-Werner 1991). Naar aanleiding van het rapport van de Commissie-Werner heeft de overheid besloten geld beschikbaar te stellen om de positie van verplegenden en verzorgenden te versterken. In 1993 werd hiervoor het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV) opgericht. Positieve verbetering kan worden omschreven als de bevordering en handhaving van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en vergroting van de invloed van de beroepsgroep in gezondheidszorgorganisaties en in het maatschappelijk krachtenveld (LCVV 1995c).

Een van de kritiekpunten op het rapport van de Commissie-Werner was de sterke oriëntatie op verpleegkundigen (Commissie-Werner 1991). Knelpunten bij verzorgenden en helpenden komen in het rapport nauwelijks aan de orde. In 1994 is de Commissie Verzorging (naar haar voorzitter de Commissie-Ermen genoemd) ingesteld om in deze lacune te voorzien. Zij heeft zich gericht op verzorgenden en helpenden in de kraamzorg, bejaardenzorg, gezinsverzorging en lichamelijk gehandicaptenzorg. Ook binnen de verzorging blijken de knelpunten vooral te liggen op het terrein van arbeidsplaatsen, opleidingen, de werkinhoud en een negatieve beeldvorming over het beroep. De resultaten in het rapport 'Zorg voor Zorg' (1995) laten zien dat door in de kwaliteit van de verzorging te investeren, de kwaliteit van zorg kan verbeteren en een bijdrage wordt geleverd aan de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg (LCVV 1995a).

Ondanks de overeenkomsten in de door verpleegkundigen en verzorgenden ervaren knelpunten, verschillen de oplossingen die door de commissies worden aanbevolen. Voor verpleegkundigen worden de oplossingen vooral gezocht in een verdere professionalisering van de beroepsuitoefening via de ontwikkeling van standaarden en het vergroten van de autonomie, terwijl verzorgenden en helpenden streven naar meer maatschappelijke waardering en een afbakening met de informele zorg (Boeije 1996). Door als beroepsgroep zelf de verantwoordelijkheid te nemen voor het ontwikkelen en operationaliseren van kwaliteitseisen om de beroepsuitoefening te bewaken en bevorderen, kunnen verplegenden en verzorgenden laten zien wat zij de maatschappij kunnen bieden én dat zij een zelfstandig beroep hebben dat zich onderscheidt van andere beroepen.

Voordat we nader ingaan op het onderzoek is het goed om aan te geven wat het domein en de taken van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden zijn, in hoeverre zij te maken hebben met recente wetgeving zoals bijvoorbeeld de Wet BIG, de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de WGBO, en welke ontwikkelingen zich op het terrein van kwaliteitssystemen in het algemeen hebben voorgedaan.

Twee domeinen: verpleging en verzorging

In de verpleging en verzorging dreigt in de toekomst een groot tekort te ontstaan aan uitvoerend personeel. Dit tekort wordt toegeschreven aan een negatieve beeldvorming over het beroep in de maatschappij en onder net afgestudeerden. Dit beeld wordt versterkt door onduidelijkheid over de taakverdeling tussen verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, verzorgenden en de verschillende typen helpenden. Om hierover meer duidelijkheid te verkrijgen is een commissie ingesteld met de taak één kwalificatiestructuur te ontwikkelen voor het gebied verpleging en verzorging. In het rapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst' wordt de nieuwe beroepenstructuur beschreven (Commissie Kwalificatiestructuur 1996). Wij zullen in ons onderzoek bij deze structuur aansluiten en uitgaan van de indeling verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Onderstaande omschrijvingen van de drie beroepen zijn aan genoemd rapport ontleend.

Verpleegkundigen

Verpleegkundigen bieden zorg en begeleiding aan individuele cliënten.^[1] Zij zijn verantwoordelijk voor het zelfstandig uitvoeren van het verpleegkundig proces; een cyclisch proces dat bestaat uit de fasen anamnese, diagnosestelling, opstelling verpleegplan, uitvoering van de zorg en evaluatie en aanpassing van de verleende zorg. Het formuleren van de kwaliteitseisen (het normeren) waaraan men als beroepsgroep wil voldoen is een taak voor de beroepsgroep als geheel; het overstijgt de taak van de individuele verpleegkundige.

Verpleegkundigen kunnen werken op twee deskundigheidsniveaus. Het eerste deskundigheidsniveau onderscheidt zich van het tweede niveau door een aantal extra taken: de consultfunctie, de zorginhoudelijke regiefunctie en de ontwikkeling van standaarden, procedures en protocollen.

Verzorgenden

Verzorgenden bieden zorg en begeleiding aan individuele cliënten in de primaire leefomgeving. Het uitgangspunt is het handhaven en stimuleren

[1] In verband met de leesbaarheid zullen wij in dit rapport spreken over cliënten. Afhankelijk van de zorgsector kan het begrip cliënt worden vervangen voor het begrip patiënt of bewoner.

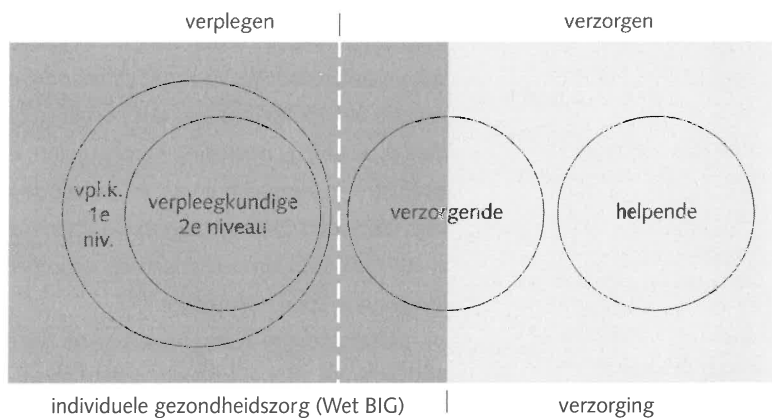
van de zelfredzaamheid van de cliënt. Het werk van verzorgenden bestaat uit het zelfstandig opstellen van een zorgplan bij minder complexe zorg, het uitvoeren van de zorg, het signaleren van veranderingen in gezondheid en welbevinden van de cliënt, en het bijdragen aan coördinatie en afstemming met andere hulpverleners.

In de nieuwe kwalificatiestructuur (Commissie Kwalificatiestructuur 1996) wordt aangegeven dat de 'verzorgende nieuwe stijl' ook een aantal verplegende taken kan uitvoeren. Het gaat om verplegende en verzorgende taken op het gebied van de individuele gezondheidszorg die via de Wet BIG zijn geregeld.

Helpenden

Helpenden verrichten hun werk in de woonomgeving van de cliënt. Het werk is meer gericht op de leefeenheid dan op de individuele cliënt. Zij hebben tot taak de zelfredzaamheid van de cliënt te stimuleren en te ondersteunen. De nadruk ligt op huishoudelijk werk en persoonlijke verzorging in minder complexe situaties.

In figuur 1 wordt de grens tussen verplegen en verzorgen, en de overlap tussen de beroepsgroepen verduidelijkt. Het schema is overgenomen uit het rapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst' (Commissie Kwalificatiestructuur 1996).



Figuur 1
Beroepen in de verpleging en verzorging

De nieuwe indeling van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging biedt een aantal aanknopingspunten voor het kwaliteitsbeleid van twee weliswaar aan elkaar grenzende maar ook te onderscheiden beroepsgroepen. In dit rapport gaan wij uit van de verpleegkundige beroepsgroep en de verzorgende beroepsgroep. Tot de verzorgende beroepsgroep worden ook helpenden gerekend.

Wettelijke eisen

De aangekondigde marktwerking in de zorgsector met het plan Dekker wordt door de overheid ondersteunt door de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing en kwaliteitsverhoging bij de verschillende partijen in het veld neer te leggen. De aanbieders van zorg zijn de eerstverantwoordelijken voor het leveren van verantwoorde zorg. Maar ook van patiënten/consumenten en verzekeraars wordt een actief beleid verwacht. Om deze plannen meer kracht bij te zetten heeft de overheid een aantal nieuwe wetten opgesteld. Aan de ene kant gaat het om wetgeving waarin de hulpverlener wordt aangesproken: de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), én aan de andere kant om wetten die de positie van de patiënt/consument moeten versterken: de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector. Uit deze wetten zijn eisen af te leiden waaraan instellingen en/of hulpverleners moeten voldoen (LCKZ 1996); een minimaal kader voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Wij zullen de op aanbieders van zorg van toepassing zijnde eisen hieronder kort noemen.

Wettelijke eisen voor instellingen en hulpverleners in de verpleging en verzorging

Kwaliteitswet Zorginstellingen (sinds april 1996)

- aanbieden van verantwoorde zorg: zorg van een goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is
 - systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg
 - opstellen openbaar jaarverslag
-

Wet BIG (sinds 1993)

- registratie verpleegkundigen
 - titelbescherming voor personen die een wettelijk geregeld beroep uitoefenen
 - uitvoeren voorbehouden geneeskundige handelingen door verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in opdracht van artsen of verloskundigen
 - verlenen van verantwoorde zorg
 - systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg
 - verpleegkundigen vallen onder tuchtrecht
-

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (sinds april 1995)

- de hulpverlener verstrekt de cliënt informatie die nodig is om zelf beslissingen te kunnen nemen
 - voor een geneeskundige behandeling moet de hulpverlener toestemming vragen aan de cliënt
 - als de cliënt niet zelf zijn rechten kan waarnemen, kan hij zich laten vertegenwoordigen
 - de privacy van de cliënt moet worden gewaarborgd:
 - . de behandeling vindt plaats buiten de waarneming van anderen
 - . de verplicht bijgehouden dossiers zijn voor de cliënt ter inzage
 - . als de cliënt dit wenst worden de gegevens in principe vernietigd
 - . gegevens kunnen niet zonder meer aan derden (personen die niet bij de zorgverlening zijn betrokken) worden verstrekt
-

Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (sinds augustus 1995)

- instellingen en beroepsbeoefenaren moeten een regeling treffen voor het behandelen van klachten
 - instellen klachtencommissie met onafhankelijk voorzitter
 - openbaar verslag waarin aantal en aard van door klachtencommissies behandelde klachten staan aangegeven
-

Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (sinds juni 1996)

- oprichten van cliëntenraden in instellingen: de raad heeft advies- en instemmingsrecht. Het gaat om besluiten over voeding, veiligheid, gezondheid, hygiëne, kwaliteitsbeleid, klachtbehandeling en geestelijke verzorging
 - openbaarheid van stukken
-

Uit bovenstaande wettelijke eisen blijkt dat de wetten onderling een relatie hebben. De wetten die de positie van de cliënt/consument versterken bevatten verplichtingen die door instellingen en hulpverleners moeten worden nagekomen. De te ontwikkelen activiteiten zijn tegelijkertijd elementen van een kwaliteitssysteem en leveren zodoende een bijdrage aan cliëntgerichte zorg; één aspect van verantwoorde zorg.

Ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

Op de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990, gevolgd door een derde in 1995, is door de deelnemende koepelorganisaties van aanbieders afgesproken binnen vijf jaar kwaliteitssystemen te ontwikkelen en in te voeren om de kwaliteit van zorg te bewaken en verbeteren. Naar aanleiding hiervan zijn inmiddels drie rapporten verschenen waarin beschreven is welke ontwikkelingen op dit gebied plaatsgevonden hebben. In het eerste rapport, 'Kwaliteitssystemen in ontwikkeling', wordt beschreven op welke wijze koepelorganisaties de ontwikkeling van kwaliteitssystemen stimuleren en de benodigde instrumenten ontwikkelen (Sluijs & De Bakker 1992). Het tweede rapport, 'Kwaliteitssystemen in uitvoering', laat zien hoe implementatie van een kwaliteitssysteem verloopt en welke factoren dit proces beïnvloeden (Sluijs, De Bakker & Donkers 1994). Het derde rapport in deze serie, 'Kwaliteitssystemen in instellingen', bestaat uit een overzicht van de stand van zaken bij zorginstellingen in Nederland vanuit het perspectief van het management (Wagner e.a. 1995). Naast deze serie is tevens voor enkele specifieke beroepsgroepen onderzocht in hoeverre zij gevorderd zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid en elementen van kwaliteitssystemen. Zo zijn voor paramedici, specialisten en huisartsen inmiddels dergelijke overzichten verschenen (Sluijs 1996; Theuvenet 1995; Grol 1993; Wensing 1996; Klazinga 1996).

Tijdens de laatste Leidschendamconferentie hebben zorgaanbieders, patiënten/consumenten en financiers nieuwe afspraken gemaakt voor de periode 1995-2000 (NRV e.a. 1995). In totaal gaat het om acht doelstellingen waarvan drie direct betrekking hebben op zorgaanbieders. Zij hebben toegezegd de komende jaren maatstaven te ontwikkelen aan de hand waarvan externe beoordeling van de kwaliteit van zorg en/of kwaliteitssystemen kan plaatsvinden. Ten tweede zullen instellingen en beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen verder ontwikkelen en invoeren. Tot slot is het streven de transparantie van het zorgaanbod te verbeteren.

Cliënten en financiers moeten zich een beeld kunnen vormen van de zorgverlening (Wat kan ik als cliënt van een verplegende, verzorgende of helpende verwachten?), de kwaliteit van zorg (Is dit de meest geschikte behandeling voor mij?), en de kwaliteitssystemen (Hoe bewaakt en verbetert men in de verpleging en verzorging de kwaliteit van zorg?). Om afstemming te bevorderen zijn drie coördinatiepunten opgericht. Ten eerste het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ) dat tot doel landelijke organisaties, zoals beroepsverenigingen van beroepsbeoefenaren en koepels van zorginstellingen, te stimuleren en te ondersteunen bij het ontwikkelen van normen en kwaliteitssystemen. De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeleid Zorgsector (HKZ) heeft tot doel harmonisatie te bevorderen in de externe beoordeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector. Hiervoor worden in samenwerking met het veld certificatieschema's ontwikkeld voor de diverse zorgsectoren. Een certificatieschema wordt pas ontwikkeld als een zorgsector er zelf om vraagt. Ten slotte is een Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector (CSIZ) opgericht met als doel eenheid in taal te bevorderen. Hiervoor worden classificaties en definities ontwikkeld voor onder andere het classeren van diagnoses, gezondheidsproblemen en interventies.

Voor de verpleging en verzorging betekent dit dat het belangrijk is te weten hoe ver men is op de weg naar een gezamenlijk kwaliteitsbeleid voor de beroepsgroep en het functioneren van een eigen kwaliteitssysteem dat is afgestemd op de kwaliteitssystemen in instellingen. In dit kader zijn er enkele verschillen te noemen tussen de verpleging en verzorging. In de verpleging wordt de nadruk gelegd op professionalisering van de beroepsgroep ten opzichte van andere beroepen door uitbreiding van autonomie en zelfstandigheid in beoordelen van situaties en handelen. Dit brengt met zich mee dat als het gaat om kwaliteitsbewaking en -verbetering in de verpleging de nadruk ligt op protocollen, classificatie en kwaliteitsmethodieken (aanbeveling Commissie-Werner) met als doel de verpleegkunde te objectiveren. De verzorging aan de andere kant wil meer maatschappelijke erkenning voor het feit dat complexere zorgvragen professionele zorg noodzakelijk maken die niet geleverd kan worden door informele zorgverleners. Binnen de verzorging ligt de nadruk op het aantonen van de maatschappelijk waarde van de verzorging. Om dit te bereiken moeten de diensten van helpenden en verzorgenden helder worden omschreven met de behoeften van de cliënt als uitgangspunt

(aanbeveling Commissie-Ermen). Periodiek onderzoek kan worden gebruikt om behoeften in kaart te brengen en oordelen van cliënten te meten. Het beeld van de praktijk is nog gedifferentieerder. Zowel binnen de verpleging als binnen de verzorging bestaan beide bovengenoemde stromingen (Boeije e.a. 1997) wat betekent dat de gekozen aanpak minder beroepsgroep gebonden is dan de aanbevelingen van de Commissie-Werner en -Ermen schetsen.

Wetende dat een deel van de verpleegkundigen en verzorgenden expliciet werken aan het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de eigen beroepsuitoefening, wordt in dit rapport beschreven welke kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten reeds zijn ontwikkeld en in de praktijk worden toegepast. Ook wordt gekeken in hoeverre deze activiteiten regelmatig worden getoetst en geëvalueerd. Het onderzoek is uitgevoerd onder beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging én onder uitvoerenden/direct leidinggevenden uit zes sectoren van de gezondheidszorg. Om het perspectief van uitvoerenden te kunnen vergelijken met de opvattingen van het management zijn gegevens uit een eerder onderzoek onder directies van zorginstellingen gebruikt (Wagner e.a. 1995). Veranderingen die volgens de directies de afgelopen anderhalf jaar veranderingen in de instelling hebben plaatsgevonden, zijn in het oude databestand verwerkt. Hierdoor wordt het mogelijk in te gaan op de relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden.

Het onderzoek is gebaseerd op een schriftelijke enquête onder 70 beroeps- en vakorganisaties en 1.400 uitvoerenden en 280 leidinggevenden uit 58 zorginstellingen. In het eerste deel van het rapport worden de resultaten van de overzichtsstudie onder beroeps- en vakorganisaties én de analyse van de literatuurbestanden beschreven.

In het tweede deel van het rapport wordt de dieptestudie beschreven en worden de resultaten van uitvoerenden en leidinggevenden gepresenteerd. De twee delen zijn zo opgezet dat deze afzonderlijk van elkaar kunnen worden gelezen.

Deel I

**Overzichtsstudie beroeps- en
vakorganisaties en registratiesystemen**

1

Inleiding

Zorginstellingen en beroepsbeoefenaren zijn op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG verplicht verantwoorde zorg te bieden. Verantwoorde zorg is in de wet omschreven als zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. Instellingen dienen hun plannen voor verantwoorde zorg weer te geven in een kwaliteitsbeleid. Een veel gehanteerde definitie van kwaliteitsbeleid is: 'De doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en de middelen daartoe zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring' (NRV 1990). De term 'kwaliteitsbeleid' wordt in dit rapport gebruikt om aan te geven dat vanuit een visie en vastgesteld plan gewerkt wordt. Het daadwerkelijk ten uitvoer brengen van het kwaliteitsbeleid gebeurt door het opzetten van een 'kwaliteitssysteem'. Onder kwaliteitssysteem verstaan wij het geheel aan activiteiten gericht op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Koepels van beroepsbeoefenaren spreken echter veelal niet in termen van een 'kwaliteitssysteem', maar in termen van 'kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten' (Klazinga e.a. 1993).

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden werken, indien aanwezig, volgens het kwaliteitssysteem van de instelling. Omdat het kwaliteitssysteem van instellingen voor verpleegkundigen en verzorgenden veelal in grote lijnen, en niet specifiek, uitgewerkt is, is nadere specificering nodig. Tijdens de Leidschendamconferenties in 1990 en 1995 is afgesproken dat de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zélf de kwaliteit van de door hen verleende zorg verbeteren, beheersen en bewaken (NRV e.a. 1995). Voor het opstellen van een landelijk eenduidig kwaliteitssysteem voor de verschillende groepen verpleegkundigen en verzorgenden zijn beroeps- en vakorganisaties, gezien het overkoepelende karakter van deze organisaties, het meest aangewezen om op dit terrein het voortouw te nemen. Onderzoeken naar kwaliteitsactiviteiten van

beroepsorganisaties binnen de medische, paramedische en alternatieve zorg, zijn (deels) reeds verschenen (Grol 1993, Timmermans e.a. 1994, Visser e.a. 1997).

In dit eerste deel van het rapport wordt ingegaan op de activiteiten die binnen de verpleging en verzorging op het terrein van kwaliteitssystemen ondernomen worden. Het gaat hierbij zowel om instellingsoverstijgende activiteiten, zoals deze door beroeps- en vakorganisaties ondernomen worden, als om hetgeen op het terrein van onderzoek verricht wordt, bijvoorbeeld binnen zorginstellingen en op universiteiten. Voor deze inventariserende overzichtsstudie zijn alle beroeps- en vakorganisaties op het gebied van verpleging en verzorging gevraagd een vragenlijst in te vullen. Tevens zijn de op dit gebied bestaande registratiesystemen van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten binnen de verpleging en verzorging geanalyseerd. Door deze te analyseren ontstaat een beeld van de kwaliteitsactiviteiten die door zorginstellingen en onderzoeksinstituten op het gebied van de gezondheidszorg verricht worden.

Voor de ontwikkeling van kwaliteitssystemen speelt grofweg een drietal motieven een rol, die in dit rapport uitgewerkt zullen worden in drie verschillende groepen activiteiten. Het gaat hierbij om activiteiten gerelateerd aan de Wet BIG, activiteiten gerelateerd aan de opleiding en activiteiten gerelateerd aan de beroepsuitoefening (Klazinga e.a. 1993). De verschillende activiteiten zullen in dit deel van het rapport in verschillende hoofdstukken aan de orde komen.

De volgende vraag heeft in dit eerste deel van het onderzoek centraal gestaan:

‘Welke activiteiten, met als doel het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening binnen de verpleging en verzorging, worden door beroeps- en vakorganisaties ondernomen en welke onderzoeksprojecten met dit doel zijn opgenomen in registratiesystemen?’

Deze brede onderzoeksvraag wordt per hoofdstuk gespecificeerd en uitgewerkt. Aansluitend op de resultaten van het onderzoek onder de beroeps- en vakorganisaties, worden in de hoofdstukken vier, vijf en zes de resultaten uit de registratiesystemen weergegeven. In hoofdstuk twee zal allereerst de methode van onderzoek uiteengezet worden. Er zal hierbij aandacht besteed worden aan de onderzoekspopulatie, de gehanteerde instrumenten, de respons en de verwerking van de gegevens. In hoofdstuk drie wordt ingegaan op de vraag welke doelstellingen de beroeps- en

vakorganisaties zichzelf gesteld hebben en de wijze waarop zij deze willen bereiken. In hoofdstuk vier zal vervolgens gekeken worden naar de eerste categorie activiteiten: de activiteiten die gerelateerd zijn aan de Wet BIG. In hoofdstuk vijf wordt ingegaan op die activiteiten die gerelateerd zijn aan scholing en de criteria die hier al of niet aan gesteld worden vanuit de beroeps- en vakorganisaties. In hoofdstuk zes komen de activiteiten gericht op de beroepsuitoefening aan bod. In hoofdstuk zeven wordt gekeken met een blik naar de toekomst. Waar willen de beroeps- en vakorganisaties in de toekomst (meer) aandacht aan besteden? In hoofdstuk acht volgt ten slotte een samenvatting van de belangrijkste bevindingen uit dit eerste deel van het onderzoek. De conclusies komen, samen met die van het tweede deel van het onderzoek, aan het eind van het rapport aan de orde. In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van de overzichtsstudie onder beroeps- en vakorganisaties beschreven. Tevens wordt aangegeven welke registratiesystemen op het gebied van verpleging en verzorging zijn geraadpleegd. Deze registratiesystemen geven inzicht in kwaliteitsactiviteiten zoals die ontwikkeld en uitgevoerd worden door gezondheidszorginstellingen, onderzoeksinstituten en universiteiten. De indeling in dit hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 2.1 wordt beschreven welke beroeps- en vakorganisaties zijn geënquêteerd en welke respons is bewerkstelligd. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 weergegeven hoe de vragenlijst voor de beroeps- en vakorganisaties tot stand is gekomen. In paragraaf 2.3 wordt aangegeven hoe de gegevens verwerkt zijn. In paragraaf 2.4 wordt uiteengezet welke registratiesystemen zijn geanalyseerd. Ten slotte wordt in paragraaf 2.5 beschreven hoe de registratiesystemen zijn geanalyseerd en welke projecten voor dit onderzoek zijn getraceerd en opgenomen.

2

Methodie van onderzoek

2.1

Onderzoekspopulatie en respons beroeps- en vakorganisaties

Beroeps- en vakorganisaties behartigen de belangen van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze organisaties kunnen onderscheiden worden in drie groepen: specifieke beroepsorganisaties, beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en vakbonden. Onder de specifieke beroepsorganisaties, zoals de Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen (VvOV), vallen die organisaties die zich voornamelijk richten op de (wetenschappelijke) beroepsinhoud en in zeer beperkte mate op belangenbehartiging op het gebied van arbeidsomstandigheden en materiële belangen. Beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren, Sting en NU'91, richten zich zowel op de beroepsinhoud als op belangenbehartiging op het gebied van arbeidsvoorwaarden. De vakbonden ten slotte, CFO en AbvaKabo, houden zich vooral bezig met arbeidsvoorwaardelijke zaken, maar zijn door de onlosmakelijke band met beroepsinhoudelijke vraagstukken, ook op dat terrein actief (Boeije 1996). De vakbonden worden ook wel vakorganisaties genoemd. Ten behoeve van de leesbaarheid spreken wij in dit rapport dan ook over beroeps- en vakorganisaties, waarmee we zowel de specifieke beroepsorganisaties, de beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren als de vakbonden bedoelen. Wanneer dit relevant is zullen we expliciet aangeven om welke van de drie groepen organisaties het gaat.

Voor het verzamelen van gegevens van de specifieke beroepsorganisaties binnen de verpleging en verzorging, is gebruikgemaakt van informatie van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). Het LCVV beschikt, door het onderhouden van nauwe contacten met de specifieke beroepsorganisaties, over de meest recente en complete gegevens. In de 'Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging' (LCVV 1995a) staan van een grote hoeveelheid specifieke

beroepsorganisaties de activiteiten, doelstellingen en contactadressen vermeld. Daarnaast is gebruikgemaakt van een door het LCVV verstrekt overzicht (oktober 1996) met de adressen van specifieke beroepsorganisaties die na het uitkomen van bovengenoemde gids zijn opgericht. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen, zijn op basis van deze gegevens alle specifieke beroepsorganisaties benaderd die zich direct dan wel indirect bezig houden met de uitoefening van het beroep van verpleegkundige en/of verzorgende.^[1] Drie van het totale aantal van specifieke beroepsorganisaties zijn hierbij afgevallen, waardoor er 66 overbleven.

De beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en de vakorganisaties konden, vanwege hun bekendheid, zeer eenvoudig bereikt worden.

Respons

Er zijn 66 specifieke beroepsorganisaties benaderd voor dit onderzoek. Hiernaast zijn twee beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en drie vakbonden voor dit onderzoek benaderd. De eerste brief met de vragenlijst is begin oktober verstuurd. Begin november is aan de beroeps- en vakorganisaties die tot dan toe niet gereageerd hadden, een herinneringsbrief gestuurd. Ten slotte zijn de organisaties die begin december nog niet gereageerd hadden en telefonisch bereikbaar waren, telefonisch benaderd. Tot eind december konden de vragenlijsten ingestuurd worden.

Van de 66 specifieke beroepsorganisaties hebben er zes aangegeven de vragenlijst niet in te kunnen vullen omdat zij zich direct noch indirect bezighouden met de uitoefening van het beroep van verpleegkundige of verzorgende. Hiernaast gaven drie contactpersonen van specifieke beroepsorganisaties aan dat de organisatie nog in oprichting is, waardoor het invullen van de vragenlijst niet zinvol was. Ten slotte bleek een organisatie opgeheven te zijn. Van de 56 overgebleven specifieke beroepsorganisaties, hebben er 38 de vragenlijst ingevuld en geretourneerd.^[2]

Zowel de twee beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren als de drie vakbonden hebben de vragenlijst geretourneerd. Na bestudering van de gegevens uit de vragenlijst is besloten het FNV Scholingsinstituut, een onderdeel van de vakbond FNV, niet mee te nemen in de analyse. Zij richt zich uitsluitend op het opleiden en adviseren van ondernemingsraden in de gezondheidszorg en valt dus buiten de doelgroep. Het totale aantal

[1]

Ook een werkgroep van een specifieke beroepsorganisatie en de koepelorganisatie van specifieke beroepsorganisaties, de AVVV, zijn hiertoe gerekend.

[2]

Een specifieke beroepsorganisatie, de NVAV, gaf toestemming eerder verkregen resultaten uit een soortgelijk onderzoek voor dit onderzoek te gebruiken.

beroeps- en vakorganisaties dat geparticipeerd heeft in dit onderzoek bedraagt aldus 42. De respons komt hiermee op 70%.^[3] Ondanks de goede respons is het van belang te weten in hoeverre de specifieke beroepsorganisaties die niet hebben gereageerd, verschillen van de specifieke beroepsorganisaties die dit wel hebben gedaan. Daarom is (maximaal drie keer) telefonisch contact gezocht met de contactpersonen van die organisaties die niet hebben gereageerd. Drie keer werd aangegeven dat de vragenlijst in de postbehandeling was verdwenen, twee keer werd aangegeven geen tijd gehad te hebben voor het invullen van de vragenlijst. Eveneens twee organisaties hebben de vragenlijst te laat ingestuurd, waardoor deze niet meer verwerkt kon worden. Van de overige specifieke beroepsorganisaties is niet bekend waarom niet is gereageerd, omdat de betreffende contactpersonen onbereikbaar waren. De vragenlijsten zijn ingevuld door contactpersonen, secretarissen of (vice-)voorzitters van de betreffende beroeps- en vakorganisaties. Gezien de goede respons en de mogelijkheid voor de organisaties om anoniem te blijven, waardoor de kans op het geven van sociaal wenselijke antwoorden vermoedelijk is verminderd, kunnen de resultaten van dit onderzoek representatief genoemd worden.

2.2

Ontwikkeling van de vragenlijst voor beroeps- en vakorganisaties

Voor het in kaart brengen van de activiteiten van beroeps- en vakorganisaties is, vanwege het grote aantal, gekozen voor het gebruik van een vragenlijst. Middels deze vragenlijst is beroeps- en vakorganisaties gevraagd aan te geven welke kwaliteitsbewakende en -bevorderende zij ondernemen of ondernomen hebben voor de beroepsgroep. De vragenlijst bestond zowel uit open als gesloten vragen. Tevens is de beroeps- en vakorganisaties gevraagd relevante documentatie, waaronder (kwaliteits)jaarverslagen, mee te sturen.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is gebruikgemaakt van eerder ontworpen vragenlijsten voor het in kaart brengen van het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties binnen de paramedische zorg en alternatieve genees- en behandelwijzen (Driessen e.a. 1995, Visser e.a. 1997). Naast een aantal algemene vragen is in de vragenlijst aandacht besteed aan zes aandachtsgebieden. Het eerste aandachtsgebied betreft het *kwaliteitsbeleid*. Hebben de deelnemende organisaties voor de beroepsbeoefenaren bijvoorbeeld doelstellingen op schrift gesteld ten aanzien van kwaliteit? Binnen het tweede aandachtsgebied staan de

[3] Zie bijlage 5 voor een overzicht van de beroeps- en vakorganisaties die deelgenomen hebben.

voorwaardenscheppende activiteiten die de beroeps- en vakorganisaties voor het bevorderen en bewaken van kwaliteit ondernomen hebben centraal. Hierbij gaat het zowel om activiteiten gericht op de eigen organisatie, zoals het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris, als om activiteiten gericht op de beroepsuitoefening. Bij *deskundigheidsbevordering*, het derde aandachtsgebied, wordt met name aandacht besteed aan activiteiten die gerelateerd zijn aan de initiële opleiding en aan bij- en nascholing. Het vierde aandachtsgebied betreft activiteiten die door de organisaties ondernomen worden voor het stellen van *normen en criteria* voor de beroepsuitoefening, zoals het opstellen van protocollen. In het vijfde aandachtsgebied, *verbetermethoden/acties*, wordt vervolgens gekeken in hoeverre de beroeps- en vakorganisaties behoeften en knelpunten die de beroepsbeoefenaren ervaren, inventariseren. Ook wordt hierbij gekeken naar toetsing van het werk van de beroepsbeoefenaren. In het zesde en laatste aandachtsgebied, *behoud/borging*, wordt ingegaan op zaken als het opzetten van een registratie van beroepsbeoefenaren en functioneren van een klachtencommissie.

Een concept van de vragenlijst is voorgelegd aan de leden van de begeleidingscommissie. De door hen gemaakte opmerkingen en suggesties zijn verwerkt. (Zie het bestand op de diskette.)

2.3

Verwerking van de gegevens

De geretourneerde vragenlijsten zijn ingevoerd in het statistisch programma SPSS. Voor verwerking van de gegevens is gebruikgemaakt van beschrijvende analyses zoals frequenties en gemiddelden. Bij de tabellen wordt het totale aantal beroeps- en vakorganisaties dat de vraag heeft beantwoord weergegeven (N). In tabellen waarin de antwoorden van meerdere vragen verwerkt zijn en het aantal beantwoorde vragen ongelijk is, wordt voor elke vraag apart aangegeven hoeveel organisaties de vraag niet hebben beantwoord. Dit aantal staat vermeld onder de categorie 'onbekend'. Wanneer percentages genoemd worden gaat het om de valide percentages. Dit wil zeggen dat de beroeps- en vakorganisaties die de vraag niet hebben beantwoord niet meegenomen worden in de berekening.

2.4

Geraadpleegde registratiesystemen

Voor de inventarisatie van kwaliteitsactiviteiten die betrekking hebben op verpleegkundigen en verzorgenden zijn de volgende bestaande registratiesystemen geanalyseerd:^[4]

- Databank Zorgvernieuwing (NIVEL, NZi en NcGv). Dit geautomatiseerde databestand is een landelijke registratie van experimenten op het gebied van de zorgvernieuwing. In dit bestand zijn meer dan 3.000 innovatieve projecten geregistreerd vanaf 1989 tot heden.
- Databank Registratie van Wetenschappelijk Onderzoek (RWO). Dit geautomatiseerde databestand is een registratie van zowel lopend als afgesloten wetenschappelijk onderzoek in Nederland. In dit bestand zijn meer dan 3.000 wetenschappelijke onderzoeken geregistreerd vanaf 1972 tot heden.
- Databank Verpleging en Verzorging. Deze in 1995 opgezette databank bevat gegevens over 732 onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten die zijn opgezet en/of uitgevoerd vanaf 1985 tot heden. De gegevens zijn ontleend aan diverse bronnen, waaronder de Databank Zorgvernieuwing en Databank Registratie Wetenschappelijk Onderzoek. De opgenomen projecten hebben betrekking op de positie van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Inventarisatie Onderzoeks- en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg; een overzicht van ongeveer 700 onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten met betrekking tot de thuiszorg, uitgegeven door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT 1996).

2.5

Analyse van de registratiesystemen

Om na te gaan of kwaliteitsbewakende of -bevorderende projecten in de gezondheidszorg zich ook daadwerkelijk richten op verpleegkundigen en verzorgenden zijn bestaande registratiesystemen geanalyseerd. In de genoemde registratiesystemen (zie paragraaf 2.4) is door middel van de volgende trefwoorden gezocht: kwaliteit, kwaliteit van de zorg, kwaliteitsbewaking, kwaliteitskringloop, kwaliteitsnormering, kwaliteitsssystemen, kwaliteitszorg, kwaliteitsbeleid, kwaliteit en opleiding, bij- en nascholing, beroepsprofiel, beroepscode, gedragsregels, ethiek, klachtrecht, tuchtrecht, wet- en regelgeving, (her)registratie, informatiesystemen, classificatiesysteem, protocol, onderlinge toetsing, standaard(en), kwaliteitsbevordering, kwaliteitscirkels, kwaliteitsindicatoren,

[4]

Het CBO en NIZW verrichten ook activiteiten ten behoeve van kwaliteitsbevordering in de verpleging en verzorging. Deze activiteiten worden structureel uitgevoerd en zijn daarom niet opgenomen in de bestaande registratiesystemen en dus ook niet in dit onderzoek.

kwaliteitstoetsing, methodiek en methodiekontwikkeling. Met behulp van deze trefwoorden zijn 1.680 projecten getraceerd. De volgende projecten zijn opgenomen in dit onderzoek (inclusiecriteria):

- projecten die betrekking hebben op verpleegkundigen of verzorgenden;
- projecten waarin de term 'kwaliteit (van zorg)' genoemd wordt (bij de trefwoorden, doelstellingen en/of activiteiten);
- projecten die in of na 1990 zijn afgerond.

Projecten die in meerdere registratiesystemen voorkomen zijn gereduceerd tot één projectomschrijving.

Vervolgens zijn de projectomschrijvingen ingedeeld naar zorgsector (zoals bijvoorbeeld verpleeghuis, thuiszorg, ziekenhuis) en tevens zijn diverse kwaliteitsactiviteiten onderscheiden. Bij de indeling naar kwaliteitsactiviteiten zijn de projectomschrijvingen gevolgd, hierdoor is de betrouwbaarheid van de gemaakte indeling gewaarborgd.

Relevante projecten

In totaal zijn 1.680 projectomschrijvingen met behulp van de genoemde trefwoorden uit de bestaande registratiesystemen naar voren gekomen.

Omdat als eerste de Databank Zorgvernieuwing is bestudeerd diende deze databank als referentiepunt voor eventuele dubbele projecten uit de volgende databanken. Onder andere door deze dubbele projecten is het verschil tussen het aantal getraceerde en het aantal opgenomen projecten uit de Databank Verpleging en Verzorging groot.

Van de in totaal 1.680 projectomschrijvingen bleken er 354 (21%) binnen de inclusiecriteria te vallen. Deze projectomschrijvingen zijn geordend naar zorgsector en tevens zijn de beschreven kwaliteitsactiviteiten geclusterd. Tabel 2.1 geeft weer hoeveel projecten uit de diverse registratiesystemen zijn getraceerd en welke daadwerkelijk betrekking hebben op dit onderzoek. Het relatief lage aantal projecten dat uiteindelijk kon worden opgenomen in de inventarisatie geeft aan dat er op zich veel activiteiten zijn in de Nederlandse gezondheidszorg die zich richten op kwaliteit van zorg, maar dat slechts bij ongeveer 20% van de projecten verpleegkundigen en verzorgenden betrokken zijn.

Tabel 2.1
Aantal projecten geordend naar bron

<i>Registratiesysteem</i>	<i>Aantal getraceerde projecten</i>	<i>Aantal opgenomen projecten</i>	<i>%</i>
Databank Zorgvernieuwing	519	170	33
Databank Registratie Wetenschappelijk Onderzoek	639	49	8
Databank Verpleging en Verzorging	490	120	24
Inventarisatie Onderzoeks- en Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg	32	15	47
Totaal	1680	354	21

In dit deel van het rapport worden de resultaten die zijn voortgekomen uit de analyse van de registratiesystemen in het kort aan het eind van de hoofdstukken vier, vijf en zes gepresenteerd.

3

Kwaliteitsbeleid beroeps- en vakorganisaties

In dit hoofdstuk wordt gekeken in hoeverre de beroeps- en vakorganisaties een kwaliteitsbeleid voor de beroepsgroepen hebben ontwikkeld en welke activiteiten hierin genoemd worden. Dat wil zeggen dat gekeken wordt naar de doelstellingen van de beroeps- en vakorganisaties alsmede naar de wegen en middelen die ingezet worden om deze doelstellingen te bereiken. Allereerst zal in paragraaf 3.1 van dit hoofdstuk een aantal belangrijke kenmerken van de verschillende beroeps- en vakorganisaties worden beschreven. Wanneer zijn de beroeps- en vakorganisaties bijvoorbeeld opgericht en hoeveel leden tellen zij? In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de doelstellingen die de organisaties zichzelf hebben gesteld. Beschouwen zij het bijvoorbeeld als hun taak de beroepsbeoefenaren te ondersteunen in haar kwaliteitsbeleid of niet? In paragraaf 3.3 wordt weergegeven op welke wijze de beroeps- en vakorganisaties hun doelen willen verwezenlijken. Ten slotte volgen in paragraaf 3.4 de conclusies.

3.1

Kenmerken van de beroeps- en vakorganisaties

De mogelijkheden die beroeps- en vakorganisaties hebben voor het werken aan kwaliteitsbeleid zijn afhankelijk van verschillende factoren. Organisaties in oprichting zullen veelal minder uitgekristaliseerde doelstellingen en een minder uitgewerkt activiteitenplan hebben dan langer bestaande organisaties. Ook het ledental van een organisatie speelt een rol. Organisaties met een groot ledental hebben, vanwege hogere inkomsten, meer mogelijkheden dan kleine organisaties met minder financiële middelen. Ten slotte hebben de beroeps- en vakorganisaties met één of meerdere medewerkers in dienstverband meer mogelijkheden (tijd) voor het werken aan kwaliteitsbeleid, dan de organisaties zonder medewerkers in dienstverband.

Van de 42 deelnemende beroeps- en vakorganisaties zijn er 15 voor 1990

opgericht en 26 erna. Veertien organisaties hebben minder dan honderd leden, zestien tussen de honderd en vijfhonderd, vijf tussen de vijfhonderd en duizend en zes organisaties hebben meer dan duizend leden.^[1] Onder deze zes organisaties vallen onder andere de twee beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en de twee vakbonden. Van de 42 organisaties hebben er tien, waaronder de twee beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en de twee vakbonden, één of meerdere medewerkers in dienstverband. Van de 38 deelnemende specifieke beroepsorganisaties hebben er 6 één of meerdere medewerkers in dienstverband.

3.2

Taken en doelstellingen van de beroeps- en vakorganisaties

Wat willen de verschillende beroeps- en vakorganisaties bereiken? De doelstellingen van de organisaties zijn divers. Veel doelstellingen hebben echter een meer omvattend doel. Zo is het opstellen van protocollen veelal niet een doel op zich, maar is het doel meer uniforme zorg te bieden, of betere kwaliteit van zorg. Andere doelstellingen liggen voor de hand. Zo zullen alle beroeps- en vakorganisaties de belangen van de leden, in welke vorm dan ook, behartigen. Van de meerderheid van de specifieke beroepsorganisaties staan de doelstellingen vermeld in de eerder genoemde 'Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging'. In de vragenlijst zijn deze doelstellingen voor iedere specifieke beroepsorganisatie apart overgenomen met het verzoek eventuele wijzigingen of aanvullingen te vermelden. Van andere specifieke beroepsorganisaties waren de doelstellingen niet bekend. Zij zijn verzocht in de vragenlijst aan te geven welke doelstellingen zij hebben. Het kan hierbij voorkomen dat degene die namens de beroepsorganisatie de vragenlijst heeft ingevuld, niet alle doelstellingen heeft aangegeven. De aangegeven doelstellingen zijn geclusterd en in tabel 3.1 verwerkt. Middels dit overzicht kunnen de organisaties niet alleen inzicht krijgen in de doelstellingen van andere organisaties, ook kunnen zij bij de betreffende organisaties expertise inwinnen. Alleen de beroeps- en vakorganisaties die akkoord gingen met naamsvermelding zijn genoemd.

[1]

Van één organisatie ontbreken de gegevens over de oprichtingsdatum, van een andere organisatie over het ledental.

Tabel 3.1
Doelstellingen beroeps- en vakorganisaties (N = 41)*

Verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg	LWVOC, NVNV, NVVVR, NVDC, VvOV, VVSN, BOG, NVPV, ZoZa, VVKV, VVVG, NU'91, AVVV
Uitwisselen van informatie en kennis en het stimuleren van onderlinge contacten	NVNV, LOVZ, VCHV, WVI, VVSN, Febe NU'91, AVVV, VVVM
Professionalisering/profilering van het beroep	Sting, NVPV, BOG, VPM, NU'91
Behartigen van de belangen van de leden	Sting, VVSN, NVPV, NU'91, VVVM
Legitimering en bevorderen inzet van het verpleegkundig specialisme	NVIC, ZoZa, NVHP, VCPV
Bevorderen consensus t.a.v. begrippen en behandeling	NVIC, NVDC
Ontwikkelen van beroepsinhoudelijke instrumenten, zoals protocollen of verpleegsystemen	NVPV, STIP, NU'91, VVVM
Voorlichting en/of advies	Febe, NVHP
Onderwijs/scholing	NVPV, Febe, EADE, VVKV, NU'91, VVVM

* Van een organisatie ontbreken de gegevens over de doelstellingen.

De doelstellingen die in tabel 3.1 vermeld staan zijn globale doelstellingen van de beroeps- en vakorganisaties en geven nog weinig inzicht in het kwaliteitsbeleid voor de beroepsbeoefenaren. Voordat we verder ingaan op het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen is het belangrijk te weten of de beroeps- en vakorganisaties het als hun taak zien de beroepsbeoefenaren te ondersteunen in hun kwaliteitsbeleid. Wanneer de beroeps- en vakorganisaties van mening zijn deze taak niet te hebben, is het logisch dat zij geen plan hebben voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Van de 42 beroeps- en vakorganisaties zijn er 24 (60%) van mening dat zij de taak hebben de beroepsbeoefenaren te ondersteunen.^[2] Acht organisaties (20%) geven aan die taak gedeeltelijk te hebben. In de toelichting op dit antwoord geven de betreffende beroeps- en vakorganisaties aan slechts te willen fungeren als netwerk voor de beroepsbeoefenaren en als ondersteuning voor enkele specifieke activiteiten, zoals het opstellen van een functieprofiel. Eveneens acht organisaties (20%) geven aan het niet als hun taak te zien de

[2]
Van twee organisaties ontbreken de gegevens.

beroepsbeoefenaren te ondersteunen in hun kwaliteitsbeleid. Uit de vragenlijst blijkt echter dat zij wel allerlei activiteiten ondernemen die als kwaliteitsbewakend en -bevorderend gezien kunnen worden (zie hoofdstuk vier tot zeven). Deze organisaties blijven dan ook voor de overige vragen meetellen.

3.3

Kwaliteitsactiviteiten op schrift

Zoals in tabel 3.1 aangegeven richt ongeveer eenderde van de beroeps- en vakorganisaties zich expliciet op het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening. Tabel 3.2 laat vervolgens zien hoeveel beroeps- en vakorganisaties de doelstellingen hebben vastgelegd in een kwaliteitsbeleid. Tevens laat de tabel zien hoeveel beroeps- en vakorganisaties een kwaliteitsplan (een overzicht van concrete maatregelen en activiteiten) en een kwaliteitsjaarverslag hebben opgesteld.

Tabel 3.2

*Kwaliteitsactiviteiten op schrift (N = 41)**

	<i>nee</i>	<i>in ontwikkeling</i>	<i>ja</i>
Kwaliteitsbeleid	18	16	7
Kwaliteitsplan	21	15	5
Kwaliteitsjaarverslag	31	6	4

* Van één organisatie ontbreken de gegevens.

In tabel 3.2 is op de eerste rij te lezen dat achttien (44%) van de geënquêteerde beroeps- en vakorganisaties *geen kwaliteitsbeleid* op schrift hebben, bij zestien (39%) dit document in ontwikkeling is en zeven organisaties (17%) dit document wel hebben. Het eerste kwaliteitsbeleid dateert van 1986. Naast de aanwezigheid van deze documenten is in het onderzoek tevens aandacht besteed aan de prioriteiten die de organisaties in hun kwaliteitsbeleid gesteld hebben.^[3] Meer dan de helft van de organisaties (51%) geeft aan zich te richten op activiteiten die betrekking hebben op de beroepsuitoefening, zoals het ontwikkelen van instrumenten

om zorg te kunnen toetsen of het opstellen van een functieprofiel. Hiernaast geven enkele beroeps- en vakorganisaties aan zich te (willen) richten op scholing in de vorm van (vervolg) cursussen en bij- en nascholing. Enkele andere beroeps- en vakorganisaties noemen als prioriteit het inspelen op wettelijke maatregelen, zoals de Wet BIG (zie hoofdstuk vier).

Naast de vraag waar de beroeps- en vakorganisaties zich op richten is in de vragenlijst aandacht besteed aan de vraag hoe zij hun doelstellingen willen bereiken. Een *kwaliteitsplan* is een document waarin beschreven staat welke activiteiten en maatregelen ondernomen (gaan) worden voor het realiseren van het kwaliteitsbeleid. Zoals in tabel 3.2 is te zien, zijn er twintig beroeps- en vakorganisaties die bezig zijn met het ontwikkelen van een kwaliteitsplan of reeds een kwaliteitsplan opgesteld hebben. Het eerste kwaliteitsplan dateert van 1989. De meeste activiteiten die genoemd worden in het kwaliteitsplan hebben betrekking op de beroepsuitoefening. Hiernaast worden enkele activiteiten genoemd die betrekking hebben op scholing en op wetgeving.

In het *kwaliteitsjaarsverslag* kunnen de beroeps- en vakorganisaties vervolgens een overzicht geven van alle activiteiten die het voorgaande jaar door de organisatie in het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering ondernomen zijn. Naar de beroepsbeoefenaren toe kan een kwaliteitsjaarverslag, of een onderdeel kwaliteit in het (algemene) jaarverslag, gezien worden als een verantwoording van hetgeen in het afgelopen jaar ondernomen is. Andere geïnteresseerden kunnen het gebruiken om een overzicht te krijgen van de activiteiten van de organisatie. Zoals in tabel 3.2 is te zien zijn er vier beroeps- en vakorganisaties die over een kwaliteitsjaarverslag beschikken en zijn er zes beroeps- en vakorganisaties die bezig zijn met de ontwikkeling ervan. Het eerste kwaliteitsjaarverslag dateert van 1990.

Om een indruk te krijgen van die beroeps- en vakorganisaties die, ten opzichte van de andere, meer activiteiten ondernemen, is gekeken welke beroeps- en vakorganisaties minimaal één van bovengenoemde documenten hebben opgesteld. Dit bleken er negen te zijn. Er is tevens gekeken naar overeenkomsten en verschillen tussen de negen beroeps- en vakorganisaties, bijvoorbeeld in het aantal jaren van bestaan, grootte van de organisatie en het wel of niet hebben van medewerkers in dienstverband. Zes van de genoemde negen organisaties zijn na 1990 opgericht, waarvan er drie van de zes minder dan 100 leden tellen. Van de

[3] Van de organisaties die een kwaliteitsbeleid ontwikkelen of reeds gevormd hebben noemen enkele organisaties meerdere prioriteiten

negen organisaties hebben er drie één of meerdere medewerkers in dienstverband.

3.4

Conclusies

In dit hoofdstuk is allereerst gekeken naar de beroeps- en vakorganisaties zelf; wanneer zijn ze opgericht, hoeveel leden tellen ze en hebben ze medewerkers in dienstverband? Vervolgens is gekeken in hoeverre beroeps- en vakorganisaties binnen de verpleging en verzorging een kwaliteitsbeleid voor de beroepsbeoefenaren ontwikkeld hebben en welke activiteiten hierin genoemd worden. Uit paragraaf 3.1 is gebleken dat ongeveer eenderde van de deelnemende beroeps- en vakorganisaties voor 1990 is opgericht en tweederde erna. Eenderde van de organisaties heeft minder dan honderd leden, tweederde heeft meer dan honderd leden. Een kwart van de deelnemende beroeps- en vakorganisaties heeft een of meer medewerkers in dienstverband.

In paragraaf 3.2 is vervolgens gekeken naar de doelstellingen die de beroeps- en vakorganisaties op schrift hebben gesteld. Het blijkt dat vooral het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, het fungeren als een netwerk en professionalisering van de beroepsgroepen veel gehanteerde doelstellingen zijn. Hiernaast heeft een aantal organisaties scholing van de beroepsbeoefenaren als doel.

Uit paragraaf 3.3 is gebleken dat meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties bezig is een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen, of dit document reeds heeft opgesteld. Het merendeel van de organisaties geeft aan binnen dit kwaliteitsbeleid prioriteiten te stellen die betrekking hebben op de beroepsuitoefening. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het ontwikkelen van instrumenten om zorg te kunnen toetsen of het ontwikkelen van een functieprofiel. Een minderheid van de organisaties die een kwaliteitsbeleid heeft opgesteld of hiermee bezig is, geeft aan zich te richten op (bij- en na)scholing of wetgeving. Ondanks dat bijna de helft van de organisaties van mening is niet of gedeeltelijk de taak te hebben de beroepsbeoefenaren te ondersteunen in haar kwaliteitsbeleid, blijkt dat beroeps- en vakorganisaties hierin een aanzienlijke rol spelen.

Bijna de helft van de onderzochte beroeps- en vakorganisaties is bezig de doelstellingen van de organisatie op schrift te stellen in een kwaliteitsplan, of heeft dit reeds gedaan. Een verantwoording van kwaliteitsactiviteiten van de organisaties naar buiten in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag, is slechts bij een enkele organisatie het geval.

Uit het onderzoek is gebleken dat 9 van de 42 beroeps- en vakorganisaties minimaal één van de genoemde documenten (kwaliteitsbeleid, -plan of -jaarverslag) heeft opgesteld. Vervolgens is gekeken of het hebben van één van deze documenten samengaat met de in 3.1 genoemde kenmerken: het aantal jaren dat een organisatie bestaat, de grootte van de organisatie of het wel of niet hebben van medewerkers in dienstverband. Dit blijkt niet het geval te zijn. De negen organisaties die één of meerdere documenten hebben opgesteld, bestaan zowel uit net opgerichte als al langer bestaande organisaties, kleine als grote organisaties en zowel uit organisaties zonder als mét medewerkers in dienstverband.

4

Activiteiten gerelateerd aan de Wet BIG

Beroeps- en vakorganisaties binnen de verpleging en verzorging hebben, ten aanzien van het gevolg geven aan wettelijke eisen, voornamelijk een voorwaardenscheppende taak. De maatregelen die uit de verschillende wetten (waaronder de Wet BIG) voortvloeien zullen immers voor verpleegkundigen en verzorgenden per instelling uitgewerkt moeten worden. De beroeps- en vakorganisaties kunnen hierbij, voor de beroepsbeoefenaren, streven naar het bewerkstelligen van zoveel mogelijk uniformiteit in de uitwerking van de maatregelen. In dit hoofdstuk zal daarom aandacht besteed worden aan de activiteiten die de beroeps- en vakorganisaties in het kader van de Wet BIG voor de beroepsbeoefenaren ondernemen. Hiernaast wordt een overzicht gegeven van kwaliteitsactiviteiten op het gebied van de Wet BIG die staan beschreven in de bestudeerde registratiesystemen.

Voordat de Wet BIG van kracht was, werd de beroepsuitoefening binnen de gezondheidszorg geregeld door een tiental wetten, waaronder de Wet Uitoefening Geneeskunst van 1865 en de Medische Tuchtwet van 1928. Vanwege het onduidelijke en verouderde karakter van deze wetten is de Wet BIG ontstaan. De wet is in 1993 aanvaard en wordt gefaseerd ingevoerd, waardoor de wet niet voor alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg op hetzelfde moment van kracht wordt. De verpleegkundigen hebben als eerste aandacht gekregen bij de fasegewijze invoering van de wet. De overige beroepen waarvoor de wet geldt zijn: artsen, tandartsen, apothekers, klinisch psychologen^[1], psychotherapeuten, fysiotherapeuten en verloskundigen. Juist deze wet is voor beroeps- en vakorganisaties van belang omdat de Wet BIG door de partijen in het veld concreet vorm gegeven dient te worden.

Centrale elementen in de wet zijn de registratie van beroepsbeoefenaren en de wettelijke bescherming van titels. Andere belangrijke elementen zijn het tuchtrecht, de specialismenregelingen en de voorbehouden handelingen.

[1]

Er is het voornemen om door middel van een wetswijziging het beroep van klinisch psycholoog uit de wet te schrappen. Hiervoor in de plaats zal dan de gezondheidszorgpsycholoog als basisberoep in artikel 3 van de Wet BIG worden opgenomen.

Over de regeling omtrent de voorbehouden handelingen zijn in de vragenlijst geen vragen opgenomen. Hieraan wordt in dit rapport dan ook geen aandacht besteed.

Bij de uitwerking van de verschillende elementen uit de Wet BIG kunnen de beroeps- en vakorganisaties een belangrijke rol spelen. In paragraaf 4.1 zal gekeken worden in hoeverre zij werken aan de registratie van beroepsbeoefenaren en aan de regeling van specialismen. Met de invoering van Wet BIG is tuchtrecht van toepassing op alle acht genoemde beroepen, waaronder de verpleegkundigen. Van de beroeps- en vakorganisaties wordt bij het uitvoeren van tuchtrecht een actieve rol verwacht. In paragraaf 4.2 zal hier verder op ingegaan worden. In paragraaf 4.3 wordt vervolgens in het kort beschreven welke kwaliteitsactiviteiten gericht op wetgeving uit de registratiesystemen naar voren zijn gekomen. De conclusies volgen ten slotte in paragraaf 4.4.

4.1

Registratie en titelbescherming

Volgens artikel 3 van Wet BIG dienen alle verpleegkundigen zich te laten registreren in een daarvoor bestemd register, waarvoor een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB)^[2] van kracht is. In deze maatregel staat vermeld dat alleen die personen de titel 'verpleegkundige' mogen voeren die ingeschreven staan in het BIG-register. Ook de eisen die gesteld worden aan de opleiding tot verpleegkundige staan vermeld in een AMvB. Hierin staat onder meer vermeld dat de opleiding uit een minimum aantal uren moet bestaan, onderverdeeld in praktisch en theoretisch onderwijs. De registratie van verpleegkundigen is 1 december 1995 begonnen en is vermoedelijk eind 1997 afgerond. De registratie heeft een beperkte geldingsduur, waarschijnlijk vijf jaar.^[3]

Ondanks deze door de overheid uitgevoerde landelijke registratie kan het voor beroeps- en vakorganisaties van belang zijn een eigen verenigingsregister aan te leggen. In de eerste plaats omdat in de Wet BIG geen regeling getroffen is voor gespecialiseerde verpleegkundigen. De minister van VWS kan echter, op basis van artikel 14 van de Wet BIG, specialismen erkennen. Deze erkenning betekent dat de bijbehorende specialistentitel beschermd is. Door een verenigingsregister bij te houden van gespecialiseerde verpleegkundigen ontstaat een overzicht van de betreffende beroepsgroep. Dit overzicht kan voor de minister van dienst zijn bij de erkenning van het specialisme.

In de tweede plaats heeft de minister het voornemen gemaakt om onder

[2] AMvB is een regeling die invulling geeft op onderdelen van de wet. Het grote verschil met een wet is dat een AMvB op een snelle wijze uitgevoerd kan worden.

[3] Op basis van welke criteria herregistratie plaats gaat vinden is nog niet bekend. De Raad BIG heeft overigens voorgesteld herregistratie facultatief plaats te laten vinden. Of dit plan doorgang vindt is nog niet bekend (VWS 1996).

artikel 34 van de Wet BIG het beroep 'verzorgende individuele gezondheidszorg' te regelen.^[4] Door opneming in de Wet BIG geldt dat zij hierdoor titelbescherming genieten, alsook dat hun deskundigheidsgebied is vastgelegd. Ook hiervoor kan het bijhouden van een verenigingsregister van dienst zijn.

Van de 42 beroeps- en vakorganisaties geven er 8 (19%) aan een verenigingsregister te hebben en eveneens 8 (19%) geven aan bezig te zijn een verenigingsregister te ontwikkelen. Van deze eerste acht organisaties zijn er zeven na 1990 opgericht en één voor 1990. Vier organisaties hebben minder dan 100 leden en eveneens vier hebben meer dan 100 leden. Eén van de acht organisaties heeft een (of meerdere) medewerker(s) in dienstverband. Eén beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren en de twee vakbonden geven aan gezamenlijk met het LCVV te werken aan de uitwerking van artikel 14 van de Wet BIG. Hierin staat de mogelijkheid van een specialismenregeling aangegeven, waarvoor registratie een vereiste is. De overige 26 beroeps- en vakorganisaties (62%) hebben geen eigen verenigingsregister aangelegd.

Tevens is de beroeps- en vakorganisaties gevraagd of zij criteria hanteren voor het opnemen van beroepsbeoefenaren in het verenigingsregister. Zeven van de acht organisaties die aangegeven hebben een verenigingsregister te hebben, antwoordden criteria te hanteren. Van deze zeven organisaties noemen er enkele expliciet de criteria. Zo noemen de Beroepsvereniging voor Obstetrische & Gynaecologische Verpleegkundigen (BOG) en de Vereniging van KinderVerpleegkundigen (VVKV) het in bezit zijn van de juiste (vervolg)opleiding of aantekening. De Nationale Vereniging voor Vrijgevestigde Verpleegkundigen en verzorgenden (ZoZa) noemt onder andere het hebben van een beroepsaansprakelijkheidsverzekering en het volgen van bij- en nascholing. Laatstgenoemde organisatie, ZoZa, verricht tevens herregistratie. De criteria die ZoZa hiervoor hanteert bestaan onder andere uit het volgen van bij- en nascholing en het voldoen aan de klachtenregeling die door de organisatie is opgesteld. De genoemde beroepsorganisatie van basisberoepsbeoefenaren en twee vakbonden die samen met het LCVV aan de specialismenregeling werken, zijn eveneens bezig met het opstellen van criteria voor registratie.

[4]

Hierin worden de huidige mdgo-vp'ers en ziekenverzorgenden opgenomen.

4.2

Tuchtrecht

Eén van de andere instrumenten die de Wet BIG biedt om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen en te bewaken is de (nog niet in werking getreden) tuchtrechtregeling. De regeling biedt de mogelijkheid om maatregelen op te leggen aan die beroepsbeoefenaren die tekort schieten in de zorgverlening. De tuchtrechtregeling is van toepassing op alle personen die geregistreerd staan als verpleegkundige. Zo geven negentien beroeps- en vakorganisaties (48%) aan dat alle leden onder tuchtrecht vallen, twaalf (30%) geven aan dat hun leden hier gedeeltelijk onder vallen. Twee organisaties noemen hierbij percentages onder de 42%, de andere tien noemen percentages van 70% en hoger. Vijf respondenten van organisaties (12%) geven aan niet te weten of hun leden onder wettelijk tuchtrecht vallen en vier organisaties (10%) antwoordden dat hun leden niet onder tuchtrecht vallen. Op de vraag of de beroeps- en vakorganisaties een vorm van verenigingstuchtrecht (ook wel interntuchtrecht genoemd) hanteren, zeggen 10 respondenten van beroeps- en vakorganisaties (24%) dit niet te weten en 29 (71%) dit niet te hanteren. Twee organisaties (5%) antwoordden wel een vorm van verenigingstuchtrecht te kennen.^[5] Het doel van wettelijk tuchtrecht en verenigingstuchtrecht is hetzelfde; bewaken dat de beroepsbeoefenaar de patiënt geen schade berokkent en dat hij of zij zich niet gedraagt in strijd met de gedragsregels van de beroepsgroep. Het verschil tussen beide regelingen zit in de sancties die opgelegd kunnen worden en de draagwijdte van de regelingen. Verenigingstuchtrecht is alleen van toepassing op de beroepsbeoefenaren die aangesloten zijn bij een beroeps- of vakorganisatie. Aan hen kunnen alleen sancties opgelegd worden die te maken hebben met het lidmaatschap van de beroeps- of vakorganisatie, zoals schorsing. Het wettelijk tuchtrecht is van toepassing op alle beroepsbeoefenaren en de sanctiemogelijkheden zijn veel groter, zoals ontzetting uit het beroep.

In de literatuur worden twee globale normen voor het tuchtrecht genoemd. In grote lijnen komen deze erop neer dat de zorgverlener zorg behoort te geven die nodig is en zorg die voldoet aan een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg (Bersee & Pluimakers 1993). Aangezien deze normen niet specifiek zijn is het aan het tuchtcollege om meer concrete normen te vinden waaraan het gedrag van een zorgverlener getoetst kan worden. Naast wetgeving en adviezen en rapporten van de gezondheidsraad, kan hierbij gebruikgemaakt worden van bestaande

[5] Van een organisatie ontbreken de gegevens.

documenten als het verpleegkundig beroepsprofiel en van de reglementen, codes en normen die de beroeps- en vakorganisaties voor tuchtrecht hebben opgesteld. Van de 31 beroeps- en vakorganisaties waarbij de leden (gedeeltelijk) onder tuchtrecht vallen, geven er vijf (16%) aan normen voor verantwoord handelen te hebben opgesteld die voor tuchtrecht kunnen dienen. Zo heeft de Vereniging Verpleegkundig Beroepsbeoefenaren in de MGZ (VVVM) het initiatief genomen in het ontwikkelen van 'Kritische Kwaliteitsstandaarden'. De organisatie verwacht dat deze standaarden gebruikt gaan worden voor tuchtrecht. De overige vier organisaties bestaan uit één beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren, de twee vakbonden en één specifieke beroepsorganisatie. De beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren en de twee vakbonden kunnen tot de grootste van de deelnemende organisaties gerekend worden. Vier van deze vijf organisaties die normen hebben opgesteld, beschikken over (minimaal) een medewerker in dienstverband.

4.3

Resultaten onderzoek registratiesystemen

Van de geïnventariseerde onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten richt maar een klein deel, namelijk dertien van de 354 projecten, zich op activiteiten die raakvlakken hebben met de Wet BIG. Om te komen tot bijvoorbeeld registratie en titelbescherming is het nodig de inhoud van het beroep van verpleegkundige en het beroep van verzorgende helder te hebben. Zeven van de dertien projecten richten zich op het verhelderen van de inhoud van deze beroepen. Zo worden er beroeps- en functieprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkeld. Twee projecten richten zich op het professionaliseren van de beroepen. Doordat verpleegkundigen en verzorgenden streven naar meer autonomie en een eigen beroepsidentiteit, zal zowel voor de maatschappij als voor verpleegkundigen en verzorgenden zelf de inhoud van hun takenpakket duidelijker worden.

De in de Wet BIG voorgestelde specialismenregeling moet worden ingevuld door (de beroeps- en vakorganisaties van) verpleegkundigen en verzorgenden. Uit de geraadpleegde registratiesystemen zijn drie projectomschrijvingen naar voren gekomen die zich richten op de specialisatie/differentiatie van wijkverpleegkundigen. Bij deze projecten wordt echter niet ingegaan op de wettelijke erkenning van gespecialiseerde verpleegkundigen, maar wordt een invulling gegeven aan het takenpakket van deze verpleegkundigen. Bij één project wordt nagegaan welke

momenten en aspecten van de professionele besluitvorming juridische betekenis hebben voor bevoegdheden van hulpverleners en rechten van patiënten.

4.4

Conclusies

In hoeverre de beroeps- en vakorganisaties hun beleid afstemmen op de Wet BIG is onderwerp van onderzoek geweest in dit hoofdstuk. Voor beroeps- en vakorganisaties kan bij deze afstemming gedacht worden aan het bijhouden van een register en het stellen van normen voor verantwoord handelen die gebruikt kunnen worden voor tuchtrecht. Uit paragraaf 4.1 blijkt dat een vijfde deel van de organisaties een verenigingsregister bijhoudt en dat eveneens een vijfde deel bezig is een verenigingsregister te ontwikkelen. Opvallend is dat het juist de relatief jonge en kleine organisaties zijn, de organisaties die na 1990 zijn opgericht en minder dan 100 leden tellen, die relatief vaker een verenigingsregister hebben opgesteld. De vakbonden en een beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren zijn samen met het LCVV bezig met het opzetten van een specialismenregeling, waarvoor registratie noodzakelijk is, en het stellen van criteria hiervoor.

Het inspelen op tuchtrecht heeft voor de deelnemende beroeps- en vakorganisaties (nog) geen prioriteit. Zo geven slechts vijf van de beroeps- en vakorganisaties, waarvan de leden (gedeeltelijk) onder tuchtrecht vallen, aan normen voor verantwoord handelen te hebben opgesteld die voor tuchtrecht kunnen dienen. Deze vijf organisaties bestaan uit de relatief grote beroeps- en vakorganisaties (met meer dan honderd leden) mét medewerkers in dienstverband, waaronder de vakbonden en een beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren. De specifieke beroepsorganisaties hebben echter, zonder dit expliciet aangegeven te hebben, toch documenten opgesteld die wellicht voor tuchtrecht gebruikt kunnen worden (zie hoofdstuk zes, tabel 6.2).

Uit de registratiesystemen komt een klein aantal projecten naar voren dat zich (indirect) richt op de invulling van de Wet BIG. Deze projecten hebben als doel meer inzicht te krijgen in de taken van (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Als deze taken duidelijk zijn voor de beroepsgroepen zal een volgende stap genomen kunnen worden zoals bijvoorbeeld het aanleggen van specialismenregisters.

5

Activiteiten gerelateerd aan scholing

Om goede kwaliteit van zorg te kunnen realiseren is adequate scholing van groot belang. In de Nederlandse gezondheidszorg wordt veel aandacht besteed aan het op peil houden van het deskundigheidsniveau van verpleegkundigen en verzorgenden. Door toezicht te houden op de kwaliteit van de basisopleiding en het geven van bij- en nascholing wordt zorg gedragen voor optimale kennis.

In dit hoofdstuk zullen de activiteiten die door de beroeps- en vakorganisaties op het gebied van scholing ondernomen worden alsook de activiteiten die binnen de registratiesystemen geregistreerd staan, weergegeven worden.

In paragraaf 5.1 wordt allereerst aandacht besteed aan de invloed die de beroeps- en vakorganisaties (kunnen) uitoefenen op de initiële opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden. In paragraaf 5.2 wordt vervolgens beschreven in hoeverre de beroeps- en vakorganisaties bij- en nascholing verzorgen voor de beroepsbeoefenaren. In paragraaf 5.3 komen de resultaten uit het onderzoek van de registratiesystemen aan de orde. Ten slotte volgen in paragraaf 5.4 de conclusies.

5.1

Initiële opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden

De inhoud van de initiële opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden is vastgelegd in wettelijke bepalingen. De invloed die de beroeps- en vakorganisaties kunnen uitoefenen op (de kwaliteit van) deze opleidingen is dan ook beperkt. Juist hierom is de hen gevraagd aan te geven of, en zo ja op welke wijze, zij invloed uitoefenen op de initiële opleidingen.

Van de 42 deelnemende beroeps- en vakorganisaties antwoordden er 15 (38%) geen invloed uit te oefenen op de kwaliteit van de initiële opleiding, 25 (62%) antwoordden dit wel te doen.^[1] De wijze waarop invloed

[1] Van een organisatie ontbreken de gegevens. Een andere organisatie heeft aangegeven dat deze vraag niet op haar van toepassing is.

uitge oefend wordt is divers. Zo geeft het merendeel aan invloed uit te oefenen op het lesprogramma van de opleiding, bijvoorbeeld door het geven van lessen en het schrijven van onderdelen van het studiemateriaal. De beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en de vakbonden geven aan deel uitgemaakt te hebben van de Commissie Kwalificatiestructuur. Deze commissie heeft de eindtermen vastgesteld van de opleidingen zoals die binnen het nieuwe onderwijsstelsel gehanteerd zullen worden. Per 1 augustus 1997 dient het nieuwe onderwijsstelsel (zie 'Achtergronden van het onderzoek') van start te gaan.

5.2

Bij- en nascholing door beroeps- en vakorganisaties

Bij- en nascholing spelen een essentiële rol voor verpleegkundigen en verzorgenden. Zij worden immers geregeld geconfronteerd met nieuwe technieken en inzichten binnen hun vakgebied. De beroeps- en vakorganisaties kunnen bij bij- en nascholing een belangrijke rol spelen. Bij het uitvoeren en reguleren van bij- en nascholing spelen drie aspecten een rol (Timmermans e.a. 1994). *Ten eerste* het overzichtelijk maken van het aanbod aan bij- en nascholing. Het doel van een overzicht van bij- en nascholing is tweeledig. In de eerste plaats wordt het volgen van bij- en nascholing gestimuleerd wanneer het totale aanbod van bij- en nascholing voor alle beroepsbeoefenaren duidelijk in kaart is gebracht. Daarnaast maakt een overzicht duidelijk waar zich hiaten en doublures bevinden. Beroeps- en vakorganisaties kunnen hun eigen scholingsactiviteiten hierop afstemmen.

Een *tweede* aspect dat een belangrijke rol speelt bij bij- en nascholing is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit ervan (bijvoorbeeld door accreditatie). Door criteria aan de scholing te stellen kan de kwaliteit bewaakt worden en kunnen de beroepsbeoefenaren op de hoogte gesteld worden van het niveau van de scholing.

Ten derde is het stimuleren en/of verplichtstellen een aspect verbonden aan scholing. Het voordeel van verplichtstelling is dat het ertoe leidt dat van de beroepsbeoefenaren verwacht mag worden dat zij op de hoogte zijn van nieuwe ontwikkelingen en behandelmethoden, waar men anders wellicht onvoldoende van op de hoogte gesteld raakt.

In tabel 5.1 wordt een overzicht gegeven van de beroeps- en vakorganisaties die bij- en nascholing geven en van de beroeps- en vakorganisaties die bovenstaande drie aspecten bij de bij- en nascholing betrekken.

Tabel 5.1
Overzicht van activiteiten omtrent bij- en nascholing (N = 41)*

	nee	in ont- wikkeling	ja	onbekend
Verzorgen van bij- en nascholing voor de leden	1	5	35	-
Bezit van overzicht van verschillende vormen van bij- en nascholing**	23	-	17	1
Streven naar accreditatie van bij- en nascholing	13	-	27	1
Hanteren van criteria voor bij- en nascholing	17	16	7	1
Verplicht stellen van bij- en nascholing voor de leden	25	9	4	3

* Eén organisatie heeft aangegeven dat deze vragen niet op haar van toepassing zijn.

** Voor deze en de volgende vraag in de tabel was de antwoordcategorie 'in ontwikkeling' niet opgenomen in de vragenlijst.

In tabel 5.1 is te lezen dat 35 beroeps- en vakorganisaties (85%) aangeven bij- en nascholing te verzorgen voor de leden. Van de 35 organisaties doen er 25 (61%) dit in de vorm van congressen of symposia en 19 (46%) doen dit in de vorm van themadagen en trainingen.^[2] Over een overzicht van het scholingsaanbod voor de beroepsbeoefenaren beschikken 17 beroeps- en vakorganisaties, 23 geven aan dit overzicht niet te hebben. Van de deelnemende beroeps- en vakorganisaties geven er 27 (68%) aan (in beperkte mate) te streven naar accreditatie van bij- en nascholing. Hiernaast stellen 7 van de 35 beroeps- en vakorganisaties (20%) die bij- en nascholing verzorgen voor de leden, criteria aan de scholing. Zestien (39%) zijn dit van plan te gaan doen. Als criterium voor scholing noemt de Landelijke Vereniging voor Staffunctionarissen in de Intra- en semimurale Psychiatrie (STIP) bijvoorbeeld dat scholing gekoppeld dient te zijn aan bepaalde thema's. Vier van de 35 beroeps- en vakorganisaties (11%) die bij- en nascholing verzorgen stellen deze verplicht en negen organisaties (26%) zijn dit van plan te gaan doen.^[3]

Dat de beroeps- en vakorganisaties belang hechten aan bij- en nascholing wordt door bovenstaande cijfers duidelijk gemaakt. Aangezien slechts vier

[2] Enkele organisaties verzorgen beide vormen van bij- en nascholing.

[3] De twee vakorganisaties geven aan dat alleen voor (bepaalde) kaderleden bij- en nascholing verplicht is.

organisaties bij- en nascholing verplicht stellen is het de vraag of en hoe de andere organisaties de leden stimuleren tot het volgen van scholing. Dertig beroeps- en vakorganisaties (77%) antwoordden de leden te stimuleren. Van deze dertig organisaties geven vrijwel alle aan dit te doen door de leden te attenderen middels een nieuwsbrief, brochures, werkgroepen of via telefonisch contact. Enkele beroeps- en vakorganisaties geven hierbij expliciet aan leden korting te geven op de prijs of via regelingen in CAO's faciliteiten te creëren.

Op één organisatie na organiseren alle onderzochte beroeps- en vakorganisaties een jaarlijkse dag voor de leden. Door het bijwonen van deze dag kunnen de leden op de hoogte raken van de activiteiten die de beroeps- of vakorganisatie het afgelopen jaar ondernomen heeft en welke plannen zij heeft voor het volgende jaar. Van de 41 beroeps- en vakorganisaties brengen er 40 verslag uit van deze dag aan de leden. Negentien organisaties (46%) besteden op deze dag expliciet aandacht aan kwaliteitsactiviteiten.

Om een beeld te krijgen van de beroeps- en vakorganisaties die op het gebied van scholing actief zijn, is gekeken welke beroeps- en vakorganisaties meer dan twee van de activiteiten die in tabel 5.1 genoemd worden, uitvoeren. Veertien van de 42 beroeps- en vakorganisaties blijken meer dan twee van de onderzochte activiteiten uit te voeren. Van deze veertien organisaties zijn er zes vóór 1990 opgericht. Eén van de veertien organisaties heeft minder dan honderd leden, de overige hebben meer dan honderd.^[4] Vijf van deze veertien beroeps- en vakorganisaties hebben (minstens) één medewerker in dienstverband.

5.3

Resultaten onderzoek registratiesystemen

Van de geïnventariseerde onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten richten 55 van de 354 projecten (16%) zich op de bij- en nascholing van verpleegkundigen en verzorgenden.

De drie in tabel 5.1 genoemde aspecten die van belang zijn bij het uitvoeren en reguleren van bij- en nascholing zijn hierin voor een deel terug te vinden. Zo worden bij 54 van de 55 projecten verpleegkundigen en verzorgenden gestimuleerd om bij- en nascholingsprogramma's te volgen. Hiermee wordt beoogd de deskundigheid van verpleegkundigen en verzorgenden te bevorderen.

Eén projectomschrijving geeft aan dat de kwaliteit van de opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevalideerd. Hierbij worden

[4]

Van een organisatie ontbreken de gegevens over het ledental.

handleidingen die zijn ontwikkeld voor verpleegkundig en verzorgend vaardigheidsonderwijs getoetst. In de registratiesystemen zijn geen projectomschrijvingen gevonden die zich richten op het inzichtelijk maken van het scholingsaanbod voor verpleegkundigen en verzorgenden.

5.4

Conclusies

Hoewel de initiële opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegd is in wettelijke bepalingen, blijkt uit dit hoofdstuk dat meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties toch invloed uitoefent op (de kwaliteit van) deze opleidingen. De beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en de vakbonden hebben bijvoorbeeld deel uitgemaakt van de Commissie Kwalificatiestructuur. De specifieke beroepsorganisaties oefenen invloed uit door het geven van lessen en het schrijven van onderdelen van het studiemateriaal.

Ook bij- en nascholing heeft voor de beroeps- en vakorganisaties hoge prioriteit. Zo wordt door 85% van de organisaties scholing georganiseerd in de vorm van symposia, themadagen of trainingen. Desondanks bezit minder dan de helft een overzicht van de verschillende vormen van bij- en nascholing voor de beroepsbeoefenaren. Hiernaast hanteren slechts weinig organisaties criteria voor scholing, ondanks dat de meerderheid streeft naar accreditatie. Een enkeling stelt bij- en nascholing verplicht. Wel stimuleren vrijwel alle beroeps- en vakorganisaties de leden tot het volgen van bij- en nascholing. Zij doen dit voornamelijk door de leden te attenderen op scholing via nieuwsbrieven en brochures.

Eenderde van de beroeps- en vakorganisaties blijkt meer dan twee van de vijf gevraagde activiteiten met betrekking tot scholing (zie tabel 5.1) uit te voeren. In zijn algemeenheid gaat het hier om de grotere beroeps- en vakorganisaties. Het aantal jaren van bestaan en het wel of niet hebben van medewerkers in dienstverband blijkt niet bepalend te zijn voor het veel of weinig uitvoeren van de onderzochte activiteiten.

De drie in dit hoofdstuk onderscheiden aspecten van bij- en nascholing zijn in de registratiesystemen slechts voor een deel terug te vinden. Zo zijn er geen projectomschrijvingen gevonden die zich richten op het inzichtelijk maken van het scholingsaanbod voor verpleegkundigen en verzorgenden. Hiernaast zijn er bijna geen projectomschrijvingen geïnventariseerd die zich richten op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de scholing. Wel zijn veel projecten erop gericht verpleegkundigen en verzorgenden te stimuleren bij- en nascholing te volgen.

6

Activiteiten gerelateerd aan de beroepsuitoefening

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag welke kwaliteitsactiviteiten, gerelateerd aan de uitoefening van het beroep van verpleegkundige of verzorgende, door de beroeps- en vakorganisaties ondernomen worden. Wederom wordt tevens beschreven welke activiteiten op dit terrein staan geregistreerd in registratiesystemen.

In paragraaf 6.1 wordt allereerst gekeken of de beroeps- en vakorganisaties een aantal activiteiten of voorzieningen gerealiseerd heeft voor het opzetten en uitvoeren van een kwaliteitsbeleid. Daarna wordt in paragraaf 6.2 uiteengezet in hoeverre de organisaties beschikken over documenten die betrekking hebben op de attitude en het handelen van de beroepsbeoefenaar en op de organisatie van de beroepsuitoefening. Paragraaf 6.3 handelt over de vraag in hoeverre de beroeps- en vakorganisaties hun activiteiten baseren op of aanpassen aan de behoeften en knelpunten die de beroepsbeoefenaren in hun werk ervaren. Vervolgens zal in paragraaf 6.4 de wijze van samenwerking met beroepsbeoefenaren en andere (beroeps)organisaties beschreven worden. In paragraaf 6.5 volgt een overzicht van de projecten uit de registratiesystemen die betrekking hebben op de activiteiten die in de voorgaande paragrafen beschreven staan. Het hoofdstuk besluit in paragraaf 6.7 met de conclusies.

6.1

Voorwaardenscheppende activiteiten

Bij het inventariseren van randvoorwaarden die de beroeps- en vakorganisaties hebben gecreëerd om een kwaliteitsbeleid voor de beroepsbeoefenaren op te zetten of te implementeren, is naar twee aspecten gekeken. Enerzijds is gekeken naar die activiteiten die betrekking hebben op de beroeps- en vakorganisaties zelf, zoals het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris. Anderzijds is gekeken naar activiteiten die betrekking hebben op de inhoud van de beroepsuitoefening, zoals het

beschikken over classificatiesystemen die door de beroepsbeoefenaren gehanteerd worden. In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven.

Tabel 6.1
Voorwaardenscheppende activiteiten

	<i>nee</i>	<i>in ont- wikkeling</i>	<i>ja</i>	<i>onbekend</i>
<i>Activiteiten binnen de beroeps- of vakorganisatie (N = 41)^a</i>				
scholing/deskundigheidsbevordering bestuur/commissies	17	7	13	4
instellen van kwaliteitscommissie/werkgroepen	12	8	7	4
aanstellen kwaliteitsfunctionaris of aandachtsfunctionaris	30	1	6	4
reserveren apart intern budget voor opzetten kwaliteitsbeleid	29	2	5	5
eigen documentatiesysteem	19	6	15	1
<i>Activiteiten voor de beroepsgroep (N = 40)^b</i>				
bezit classificatie van: ^c				
. aandoeningen, aansluitend bij de classificatie die ook door medici gehanteerd wordt	32	2	3	3
. verpleegproblemen of verpleegkundige diagnoses, toegesplitst op de patiëntencategorie	23	7	5	5
. verpleegkundige interventies	26	8	3	3
. standaardverpleegplannen	25	7	3	5
. hulpmiddelen of materialen	31	3	3	3

^a Eén organisatie heeft aangegeven dat deze vragen niet op haar van toepassing zijn.

^b Twee organisaties hebben aangegeven dat deze vragen niet op hen van toepassing zijn.

^c De vakorganisaties hebben aangegeven deze documenten niet te bezitten, maar wel te kennen en hier zo nodig naar te verwijzen. Dit geldt ook voor enkele van de overige deelnemende organisaties. De betreffende organisaties zijn geteld onder de antwoordcategorie 'nee'.

Uit het eerste deel van tabel 6.1, omtrent de activiteiten binnen de beroeps- of vakorganisatie, blijkt een aantal activiteiten eruit te springen, in de zin dat ze ten opzichte van de andere activiteiten vaker ondernomen

worden of aanwezig zijn. Zo is het scholen van bestuur en/of het bevorderen van deskundigheid bij bestuur en/of commissies, bij 20 van de beroeps- en vakorganisaties (49%) in ontwikkeling of gerealiseerd. Het instellen van een kwaliteitscommissie en/of werkgroepen is bij 25 organisaties (61%) in ontwikkeling of gerealiseerd. Voor het werken aan een kwaliteitsbeleid is het voor de beroeps- en vakorganisaties van belang over een eigen documentatiesysteem te beschikken. Veel paramedische beroepen zijn hier bijvoorbeeld al enige tijd mee bezig (Driessen e.a. 1995). Op de vraag of de beroeps- en vakorganisaties over een eigen documentatiesysteem beschikken waarmee systematisch relevante literatuur verzameld wordt, antwoordden negentien organisaties (48%) een dergelijk systeem niet te hebben, zes (15%) dat dit systeem in ontwikkeling is en vijftien (37%) dat zij over een dergelijk systeem beschikken. Enkele organisaties geven bij deze vraag aan dat het LCVV hiervoor de geëigende instantie is en dat dubbelop ontwikkelen van een dergelijk systeem niet efficiënt is. Bij veertien organisaties (74%) is dit (deels in ontwikkeling zijnde) systeem toegankelijk voor de leden, bij de overige organisaties beperkt of niet.

Voor het eerste gedeelte van tabel 6.1 geldt dat acht beroeps- en vakorganisaties drie of meer van de genoemde vijf activiteiten ondernemen. Van deze acht zijn er zeven voor 1990 opgericht. Eén organisatie heeft minder dan honderd leden, de overige zeven tellen meer dan honderd leden. Vier van de acht organisaties hebben medewerkers in dienstverband.

Wat betreft het tweede deel van tabel 6.1, omtrent de activiteiten voor de beroepsgroep, valt op dat slechts enkele van de beroeps- en vakorganisaties beschikken over classificatiesystemen. Dit varieert van drie organisaties (8%) die beschikken over een classificatie van aandoeningen, tot vijf organisaties (13%) die beschikken over een classificatie van verpleegproblemen of verpleegkundige diagnoses.

Specifiek voor de vakbonden geldt dat zij, naast de genoemde activiteiten, extra voorwaardenscheppende activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering ondernemen in de vorm van CAO onderhandelingen voor de zorgsectoren.

Voor het tweede deel van tabel 6.1 geldt dat van de beroeps- en vakorganisaties drie specifieke beroepsorganisaties drie of meer van de genoemde classificaties bezitten. Twee ervan zijn voor 1990 opgericht. Eveneens twee tellen meer dan honderd leden, geen hebben er medewerkers in dienstverband.

6.2

Normering en toetsing van de beroepsgroep

Normen en criteria voor de beroepsuitoefening kunnen ingedeeld worden in drie hoofdgroepen: handelen van de beroepsbeoefenaar, attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatie van de beroepsuitoefening (NRV 1990). Voor toetsing van het handelen van de beroepsbeoefenaren is de mate van specificiteit van normen van groot belang (Timmermans e.a. 1994). Toetsing aan de hand van normen is pas goed mogelijk wanneer normen specifiek en concreet zijn. Het is zinvol deze overweging bij het interpreteren van onderstaande gegevens te betrekken. In tabel 6.2 volgt een overzicht van documenten waarover de beroeps- en vakorganisaties beschikken. Uit de tabel blijkt dat op het gebied van de *attitude* een kwart van de organisaties over een zelf ontwikkelde beroepscode beschikt. Onder de 'bestaande codes' (zie tabel 6.2) vallen de (verschillende) beroepscode die door de twee vakbonden aan de ene kant en door NU'91 aan de andere kant, zijn opgesteld. Ongeveer de helft van de beroepsorganisaties is in het bezit van één of meer van deze documenten.^[1]

[1] Sting heeft een eigen document opgesteld, 'Een dringend beroep', waarin de vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuiszorg centraal staan. Dit document dient mede als 'opstapje' naar een beroepsprofiel voor werke(m)(st)ers in de thuiszorg. Omdat dit document zeer kort geleden uitgekomen is, is hiernaar in de vragenlijst niet gevraagd.

Tabel 6.2

Normen/criteria voor de beroepsuitoefening (N = 42)

	nee	in ont- wikkeling	ja
<i>Attitude beroepsbeoefenaar^a</i>			
. zelf ontwikkelde ethische code/beroepscode/			
Gedragsregels	29	2	10
. bestaande codes ^b	21	-	20
<i>Handelen van de beroepsbeoefenaar^c</i>			
. beroepsprofiel ^d	14	4	2
. functieprofiel ^e	10	9	19
. criteria/normen voor de te verlenen zorg	20	9	9
. richtlijnen, protocollen of standaarden	11	14	13
. (standaard)verpleeg- of zorgplan	25	7	6

(Vervolg tabel 6.2)

Organisatie van de beroepsuitoefening^f

. criteria of richtlijnen voor afdelings of Praktijkinrichting	31	2	3
. criteria of richtlijnen voor intake	30	4	2
. criteria of richtlijnen voor overdracht/nazorg	28	6	2

^a Van één organisatie ontbreken de gegevens.

^b De antwoordcategorie 'in ontwikkeling' was voor deze vraag niet opgenomen.

^c Van drie organisaties ontbreken de gegevens. Eén organisatie heeft aangegeven dat deze vraag op haar niet van toepassing is.

^d Onder beroepsprofiel wordt hier het beroepsprofiel voor verpleegkundigen verstaan, zoals uitgebracht door de NRV in 1988 en het profiel voor verzorgende/helpende dat uitgebracht is door de Werkgroep Werkveld SOGW in 1990.

^e Onder een functieprofiel wordt een specificering van het beroepsprofiel verstaan voor gespecialiseerde verpleegkundigen verstaan.

^f Van vijf organisaties ontbreken de gegevens. Eén organisatie heeft aangegeven dat de vraag niet op haar van toepassing is.

Op het gebied van het *handelen* blijkt ongeveer de helft van de beroeps- en vakorganisaties over een beroepsprofiel te beschikken. Eveneens ongeveer de helft van de organisaties beschikt over een eigen functieprofiel en een kwart is bezig dit document te ontwikkelen. Criteria of normen voor de te verlenen zorg zijn in het bezit van ongeveer een kwart van de organisaties. Ongeveer eenderde van de beroeps- en vakorganisaties beschikt over richtlijnen, protocollen of standaarden en eveneens eenderde is bezig een of meerdere van deze documenten te ontwikkelen. Een minderheid van de beroeps- en vakorganisaties is in het bezit van een (standaard)verpleeg- of zorgplan.

Ten aanzien van de *organisatie van de beroepsuitoefening* beschikt een klein aantal beroeps- en vakorganisaties over documenten waarin criteria staan opgesteld voor afdelings- of praktijkinrichting, intake en overdracht of nazorg.

Vijf beroeps- en vakorganisaties blijken te beschikken over zes of meer van de gevraagde tien documenten in tabel 6.2. Alle vijf zijn vóór 1990 opgericht, waarvan er één minder dan honderd leden heeft. Onder andere de twee vakbonden vallen onder deze vijf organisaties, zij zijn de enige van de vijf die medewerkers in dienstverband hebben.

Voor het uiteindelijke gebruik van deze documenten is het essentieel dat de beroepsbeoefenaren op de hoogte zijn van het bestaan hiervan. Van de onderzochte beroeps- en vakorganisaties stellen er 27 (64%) de leden op de hoogte van het bestaan van de in tabel 6.2 genoemde documenten. Zij doen dit voornamelijk via publicaties in het eigen vakblad en ook mondeling tijdens jaarvergaderingen of regiobijeenkomsten.

Aangezien de meeste verpleegkundigen en verzorgenden binnen een instelling werken vindt *toetsing* van het werk van de beroepsbeoefenaren dan ook over het algemeen binnen instellingen plaats. Er bestaan verschillende vormen van toetsing. Sommige toetsingsinstrumenten zijn in eerste instantie ontwikkeld voor één veld, vele zijn echter voor meerdere velden ontwikkeld of inmiddels zodanig aangepast dat het toetsingsinstrument voor alle velden toepasbaar is. Dit laatste geldt bijvoorbeeld voor het 'Kwaliteitsprofiel'. Dit toetsingsinstrument is in eerste instantie voor algemene ziekenhuizen ontwikkeld maar is inmiddels, in aangepaste vorm, onder andere ook binnen de wijkverpleging, verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg toepasbaar (Wijnen e.a. 1994). Bij het uitvoeren van toetsing spelen verpleegkundigen en verzorgenden een grote rol. Beroeps- en vakorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen in het ondersteunen van toetsing, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van toetsingsmethodieken of het projectmatig invoeren van deze methodieken.

Voordat we beschrijven of en welke vormen van toetsing door de onderzochte organisaties ondersteund worden, is het relevant te weten of de organisaties het als hun taak zien de beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij toetsing. Twintig organisaties (53%) geven aan (gedeeltelijk) de taak te hebben de beroepsbeoefenaren te ondersteunen in het toetsen van het werk. Achttien organisaties (47%) achten het niet hun taak de beroepsbeoefenaren te ondersteunen in het toetsen van het werk.^[2] Van de onderzochte beroeps- en vakorganisaties blijkt dat 22 organisaties (56%) de beroepsbeoefenaren geen ondersteuning bieden in één van de genoemde vormen van toetsing.^[3] Van de zeventien organisaties (44%) die de beroepsbeoefenaren wel ondersteuning bieden bij toetsing van hun werk, wordt het 'Kwaliteitsprofiel' het meest toegepast, tien keer. Hiernaast worden ook 'visitatie', 'afdelingsgebonden toetsing' en 'verpleegkundige audit' enkele keren toegepast.^[4] Eén beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren gaf aan de in de vragenlijst genoemde toetsingsvormen op aanvraag te ondersteunen. Tevens is onderzocht in

[2] Van drie organisaties ontbreken de gegevens. Eén organisatie heeft aangegeven dat de vraag niet op haar van toepassing is.

[3] Zie voor de verschillende vormen van toetsing de enquête beroeps- en vakorganisaties op de diskette, vraag 32. Van twee organisaties ontbreken de gegevens. Een organisatie heeft aangegeven dat deze vraag op haar niet van toepassing is.

[4] Van twee organisaties ontbreken de gegevens.

[5] Enkele organisaties ondersteunen meerdere vormen van toetsing, hierdoor is het aantal fasen van toetsing groter dan het aantal organisaties dat toetsing ondersteunt. Van zeven organisaties die toetsing ondersteunen ontbreken de gegevens omtrent de fase van ondersteuning.

welk stadium van toetsing sprake is (planning, methodiekontwikkeling, experimenteel of implementatie). Acht van de zeventien organisaties (47%) die aangeven toetsing van het werk te ondersteunen, laten weten dat de ondersteuning in de planningsfase verkeert. Vijf organisaties (29%) zijn bezig met het ontwikkelen van een toetsingsinstrument en drie organisaties (18%) zijn bezig een toetsingsmethode op kleine schaal toe te passen. Vier organisaties (24%) zijn bezig met de implementatie van toetsing.^[5]

6.3

Onderzoek onder beroepsbeoefenaren

Voor het stellen van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid kunnen beroeps- en vakorganisaties gebruikmaken van inventariserend onderzoek naar de ervaringen van beroepsbeoefenaren. Gegevens over ervaren behoeften en klachten kunnen richting geven aan het beleid van de beroeps- en vakorganisaties. Tevens kan, door te inventariseren welke klachten en behoeften de beroepsbeoefenaren ervaren, de betrokkenheid en bereidheid ten aanzien van het werken aan kwaliteitssystemen versterkt worden. In tabel 6.3 wordt een overzicht gegeven.

Tabel 6.3

Onderzoek onder beroepsbeoefenaren (N = 42)

	<i>nee</i>	<i>in ont- wikkeling</i>	<i>ja</i>	<i>onbekend</i>
Inventarisatie behoeften*	11	6	23	1
Inventarisatie knelpunten	10	4	27	1
Registratie van klachten	28	3	5	6

* Eén organisatie heeft aangegeven dat de vraag niet op haar van toepassing is.

In de tabel is te lezen dat 23 beroeps- en vakorganisaties de *behoefte* van de beroepsbeoefenaren aan activiteiten gericht op kwaliteitsbewaking en -bevordering inventariseren. Van deze 23 organisaties blijken er 15 te zijn die dit incidenteel doen en 6 die dit periodiek doen. Twee organisaties voeren beide vormen van inventarisatie uit. Dat wil zeggen dat zij zowel op onregelmatige als regelmatige basis onderzoek verrichten onder de

beroepsbeoefenaren. De meest gebruikte methode voor deze inventarisatie is de enquête (vijftien keer). Overige methoden die gebruikt worden zijn evaluaties tijdens studiedagen of (jaar)vergaderingen.

Het inventariseren van *knelpunten* die beroepsbeoefenaren bij de beroepsuitoefening ervaren blijkt door 27 beroeps- en vakorganisaties gedaan te worden, waarvan negentien dit incidenteel doen, zeven periodiek en één zowel incidenteel als periodiek. Ook hierbij is de enquête een veel gebruikte vorm van inventarisatie; zeven organisaties passen deze toe. Hiernaast wordt meerdere malen van jaar-, leden- of districtvergaderingen en van verschillende vormen van overleg, zoals werkgroepen en contactdagen, gebruikgemaakt. Een beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren, de vereniging voor de gezins- en thuisverzorging (Sting), heeft telefonische gesprekken ingesteld om na te gaan welke knelpunten beroepsbeoefenaren ervaren in de uitoefening van hun beroep.

Het bijhouden van *klachten* van beroepsbeoefenaren gebeurt, zo laat de onderste rij in tabel 6.3 zien, bij vijf beroeps- en vakorganisaties. Drie organisaties zijn bezig met het ontwikkelen van de mogelijkheid hiervoor. Van zes organisaties is het onbekend of klachten geregistreerd worden. Bij vier van de vijf organisaties die klachten registreren van beroepsbeoefenaren, functioneert een klachtencommissie.

Van de 42 beroeps- en vakorganisaties blijkt de helft minstens twee van de inventarisaties onder beroepsbeoefenaren, zoals die in tabel 6.3 staan weergegeven, te verrichten. Van deze 21 organisaties zijn er zeven voor 1990 opgericht en veertien erna. De ledenaantallen zijn zowel klein (beneden de honderd) als groot. Van de 21 organisaties hebben er vijf (minstens) één medewerker in dienstverband.

6.4

Samenwerking met andere organisaties

Naast de beroepsbeoefenaren te stimuleren hun bijdrage te leveren, kunnen beroeps- en vakorganisaties gebruikmaken van de ervaring en expertise van andere organisaties. Zo geven 28 organisaties (70%) aan samen te werken met andere organisaties, twaalf (30%) rapporteren niet samen te werken.^[6] Meest genoemde organisaties waarmee samengewerkt wordt zijn het LCVV (achttien keer) en andere beroeps- en vakorganisaties (twaalf keer). Het LCVV ondersteunt de specifieke beroepsorganisaties bij een reeks van activiteiten die zowel van inhoudelijke als facilitaire en

[6] Van twee organisaties ontbreken de gegevens.

administratieve aard zijn. Zo organiseert het LCVV voor de beroepsorganisaties workshops, symposia en themamiddagen. Hiernaast kunnen de specifieke beroepsorganisaties gebruikmaken van vergaderfaciliteiten en kunnen zij hun post- en ledenadministratie onderbrengen bij het LCVV.^[7] Een enkele keer wordt samengewerkt met universiteiten, cliëntenorganisaties, onderzoeksinstituten en internationale organisaties. Er wordt met verschillende doelen samengewerkt. Zo wordt het ontwikkelen van beroepsinhoudelijke instrumenten, zoals protocollen of functieprofielen, acht keer (29%) genoemd en het opzetten en/of verbeteren van scholing vier keer (14%). Enkele andere doelen die genoemd worden zijn het opzetten van een registratiesysteem en het actief betrekken van de beroepsbeoefenaren bij landelijke ontwikkelingen. De twee vakbonden en een beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren noemen hiernaast het samenwerken met de Klankbordgroep Kwaliteit Verpleging en Verzorging. Aanzet tot het oprichten van deze groep zijn de Leidschendamafspraken 1995-2000 (NRV e.a. 1995). De Klankbordgroep heeft als voornaamste doel te dienen als klankbord voor de afgevaardigde in de stuurgroep van het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector. In deze stuurgroep zijn alle partijen vertegenwoordigd die de Leidschendamafspraken ondertekend hebben.

Dertig beroepsorganisaties (77%) geven aan aangesloten te zijn bij de Algemene Vergadering Verplegenden en verzorgenden (AVVV). De AVVV is de koepelorganisatie van specifieke beroepsorganisaties binnen de verpleging en verzorging en is in 1996 opgericht. Hoewel de AVVV nog geen concrete diensten verleent aan de specifieke beroepsorganisaties, maken vijftien van de dertig aangesloten organisaties (50%) gebruik van mogelijkheden als het inwinnen van advies, gebruik van vergaderruimte en het uitbesteden van de ledenadministratie.

[7]

Om in aanmerking te komen voor het *ondersteuningsaanbod* van het LCVV moet een specifieke beroepsorganisatie aan een aantal voorwaarden voldoen. De voornaamste is dat zij zich in haar beleid bezighoudt met de ontwikkeling van het verplegend en/of verzorgend beroep. Een andere belangrijke voorwaarde is dat het ledenbestand van de organisatie voor minimaal 70% uit verpleegkundigen en/of verzorgenden dient te bestaan (LCVV 1995c).

6.5

Resultaten onderzoek registratiesystemen

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre de in paragraaf 6.1 tot en met 6.4 beschreven kwaliteitsactiviteiten terugkomen in de geraadpleegde registratiesystemen. Eerst zal worden beschreven welke voorwaardenscheppende activiteiten in de registratiesystemen worden beschreven. Vervolgens wordt beschreven in hoeverre normering en toetsing van het werk van verpleegkundigen en verzorgenden in de gezondheidszorg plaatsvindt. Hierna wordt beschreven op welke terreinen (wetenschappelijk) onderzoek in de verpleging zich richt. Ten slotte zal

worden beschreven in welke mate instellingen met elkaar samenwerken in het kader van kwaliteitsbevordering.

Voorwaardenscheppende activiteiten

In de geïnventariseerde projectomschrijvingen worden voorwaardenscheppende activiteiten 83 keer genoemd. In tabel 6.4 worden de geïnventariseerde voorwaardenscheppende activiteiten gepresenteerd. Zoals uit deze tabel blijkt wordt bij 34 van de 83 omschrijvingen het invoeren en/of in stand houden van een kwaliteitssysteem genoemd. Bij 20 projectomschrijvingen wordt de nadruk gelegd op organisatorische voorwaarden zoals het samenstellen van een projectgroep. Zo'n groep wordt vaak samengesteld om de voortgang van een project te bewaken en stimuleren.

Bij vijftien projecten wordt beschreven dat bevordering van de informatievoorziening tussen hulpverleners de kwaliteit van de zorg zal bevorderen.

Tabel 6.4

Voorwaardenscheppende activiteiten die in registratiesystemen beschreven worden (N = 354)

<i>Beschreven voorwaardenscheppende activiteiten</i>	<i>Aantal projecten waarbij activiteit wordt genoemd</i>
Invoeren/instandhouden kwaliteitssysteem	34
Organisatorische voorwaarden	20
Ondersteuning in de informatievoorziening	15
Praktische en emotionele ondersteuning van verpleegkundigen en verzorgenden	11
Mensbeeld	3

Normerings- en toetsingsmethoden

In de geraadpleegde registratiesystemen wordt bij 166 van de 354 projecten aandacht besteed aan methoden om de verpleegkundige zorg te normeren en/of te toetsen. Bij 84 van de 166 projecten (51%) ligt de

nadruk op het ontwikkelen van richtlijnen voor de beroepsuitoefening (zie tabel 6.5). Deze richtlijnen ondersteunen verpleegkundigen en verzorgenden bij de uitvoering van de zorg.

Het toepassen van een verpleegkundige methodiek, bijvoorbeeld het werken volgens een bepaald verpleegkundig model (zoals bijvoorbeeld het model van D. Orem), staat bij 24 van de 166 projectomschrijvingen op de voorgrond. Door een eenduidige manier van zorgverlening op te stellen wil men de kwaliteit van zorg verbeteren.

Bij 23 van de 166 projecten die zich richten op normering en toetsing staat de organisatie van de primaire zorgverlening centraal. Zo kan de primaire zorgverlening verleend worden vanuit een patiëntgerichte werkwijze terwijl in andere situaties gewerkt wordt vanuit een taakgerichte structuur.

*Tabel 6.5
Normerings- en toetsingsmethodes die in de registratiesystemen
beschreven worden (N = 354)*

<i>Beschreven normerings- en toetsingsmethodes</i>	<i>Aantal projecten waarbij methode genoemd is</i>
Ontwikkelen van richtlijnen* voor de beroepsuitoefening	84
Toepassen van verpleegkundige methodiek	24
Organisatie primaire zorgverlening	23
Taakverandering van verpleegkundigen en verzorgenden	14
Opstellen van kwaliteitscriteria	12
Invoeren van een toetsingsmethode (bijvoorbeeld intercollegiale Toetsing of visitatie)	9

* Hierbij gaat het om protocollen, standaarden en richtlijnen. In verband met de leesbaarheid zal alleen de term richtlijn worden gebruikt.

Onderzoek gericht op kwaliteitsactiviteiten van verpleegkundigen en verzorgenden

Bij 112 projectomschrijvingen staat het uitvoeren van (wetenschappelijk) onderzoek centraal. Dit onderzoek richt zich voornamelijk, in 83% van de projecten, op het toetsen van de zorgverlening zoals die wordt uitgevoerd. Onderzoek waarbij de behoeften aan zorg en/of tevredenheid over de zorg

van patiënten wordt gemeten komt bij ongeveer 10% van de onderzoeksprojecten naar voren (zie tabel 6.6).

Tabel 6.6

Onderwerpen waarop onderzoeksprojecten uit de registratiesystemen zich richten (N = 354)

<i>Beschreven (wetenschappelijk) onderzoek gericht op</i>	<i>Aantal projecten dat onderzoeksonderwerp benoemt</i>
Toetsing van de zorgverlening	93
Patiëntentevredenheid/-behoefte	12
Ontwikkelen/valideren van meetinstrumenten	4
Hulpverlenerstevredenheid/-behoefte	3

Samenwerkingsverbanden tussen instellingen

Uit de geraadpleegde registratiesystemen zijn 60 projectomschrijvingen gedestilleerd waarbij verpleegkundigen en/of verzorgenden betrokken zijn bij transmurale zorgvormen. Transmurale zorg omvat 'vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden' (NRV & CvZ 1995). Transmurale verpleegkundige projecten waarbij bevordering van de kwaliteit van zorg is genoemd als doelstelling kunnen onder andere vorm krijgen in transmurale verpleegkundige spreekuren. Bij deze spreekuren is vaak sprake van een samenwerkingsverband op instellingsniveau tussen een ziekenhuis en een thuiszorginstelling. Een gespecialiseerde verpleegkundige van de thuiszorg houdt dan bijvoorbeeld spreekuur op de polikliniek van een ziekenhuis. Samenwerkingsprojecten zoals die bijvoorbeeld voorkomen bij gezondheidscentra zijn niet getraceerd. Dit kan samenhangen met de gehanteerde zoekmethode, namelijk in databanken waarbij voornamelijk ontwikkelingsprojecten worden opgenomen. Gezondheidscentra zijn al een langere periode

onderdeel van de Nederlandse gezondheidszorg; dit kan een verklaring zijn voor de afwezigheid van niet-transmurale samenwerkingsverbanden in deze inventariserende studie.

6.6

Conclusies

In hoofdstuk zes is beschreven welke activiteiten, gerelateerd aan de beroepsuitoefening, door beroeps- en vakorganisaties binnen de verpleging en verzorging ondernomen worden. Allereerst is gekeken naar activiteiten die door de beroeps- en vakorganisaties *binnen de eigen organisatie* ondernomen zijn voor kwaliteitsbewaking en -bevordering van de beroepsuitoefening. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer eenderde van de beroeps- en vakorganisaties scholing verzorgt voor bestuur of commissies. Bijna de helft van de organisaties heeft hiernaast een kwaliteitscommissie of werkgroep ingesteld voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Aanstelling van een kwaliteitsfunctionaris of het reserveren van een apart budget wordt door enkele organisaties gedaan. Van de ondervraagde activiteiten voor *de beroepsgroep* worden veel activiteiten niet ondernomen, of zijn in ontwikkeling. Zo beschikken bijvoorbeeld weinig beroeps- en vakorganisaties over documenten voor het classeren van verpleegkundige interventies of standaardverpleegplannen. Ten aanzien van normen voor de beroepsuitoefening blijkt dat een kwart van de deelnemende organisaties beschikt over een eigen beroepscode en de helft over één of meer van de bestaande codes. Hiernaast is de helft van de organisaties in het bezit van een beroeps- of functieprofiel. Het functieprofiel is een specificering van het beroepsprofiel voor het betreffende specialisme en het bestaan ervan geeft aan dat de (gespecialiseerde) beroepsbeoefenaren een duidelijk beeld hebben van de eigen beroepsuitoefening. Toetsing van het werk van de beroepsbeoefenaren wordt door minder dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties ondersteund. Dit is niet verwonderlijk gezien het gegeven dat bijna de helft van de organisaties het niet als haar taak beschouwt de beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij toetsing. Onderzoek naar behoeften en knelpunten onder de beroepsbeoefenaren wordt door meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties gedaan. De helft van het totale aantal deelnemende organisaties blijkt minimaal twee vormen van inventariserend onderzoek onder de leden te verrichten. Opvallend is dat ruim tweederde van de beroeps- en vakorganisatie ten

behoefte van kwaliteitsbewaking en -bevordering samenwerkt met andere organisaties, vooral met het LCVV en andere specifieke beroepsorganisaties. Ruim driekwart van de specifieke beroepsorganisaties is aangesloten bij de AVVV.

Ook uit de geraadpleegde registratiesystemen is een groot aantal onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten naar voren gekomen die gericht zijn op kwaliteitsactiviteiten in de gezondheidszorg. Het merendeel van deze projecten richt zich op het normeren en toetsen van de verpleegkundige zorgverlening. Ook projecten waarbij het uitvoeren van (wetenschappelijk) onderzoek centraal staat komen vaak voor, net als projecten die zich richten op transmurale zorgvormen.

7

Toekomst

Gezien de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, zoals toenemende aandacht van de overheid in de vorm van wetten, zal de aandacht voor kwaliteitsbeleid binnen de verpleging en verzorging de komende jaren eerder toe- dan afnemen. Voor beroeps- en vakorganisaties houdt dit in dat zij, als de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaren, hierbij in grote mate betrokken zullen blijven. In dit hoofdstuk wordt dan ook beschreven waar de beroeps- en vakorganisaties in de toekomst meer aandacht aan willen besteden en aan welke vorm van ondersteuning zij hierbij behoefte hebben.

In paragraaf 7.1 wordt beschreven welke plannen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering de beroeps- en vakorganisaties hebben voor de toekomst. In paragraaf 7.2 wordt gekeken of de organisaties hierbij behoefte hebben aan ondersteuning en zo ja, aan wat voor soort ondersteuning. In paragraaf 7.3 volgen de conclusies.

7.1

Plannen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

De toekomstplannen die de beroeps- en vakorganisaties hebben voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering zijn divers. Voor het geven van een overzicht, in tabel 7.1, is gekozen dezelfde indeling te hanteren als in hoofdstuk drie.

Tabel 7.1

*Plannen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering (N = 37)**

Plannen gerelateerd aan Wet BIG (zoals registratie en tuchtrecht)	8
Plannen gerelateerd aan scholing (zoals bij- en nascholing)	5
Plannen gerelateerd aan beroepsuitoefening (zoals toetsing en opstellen functieprofiel)	22

* Van vier organisaties ontbreken de gegevens. Eén organisatie heeft aangegeven dat de vraag niet op haar van toepassing is.

Tweederde van de plannen, zo laat tabel 7.1 zien, is specifiek gericht op de beroepsuitoefening. Het gaat hierbij veelal om plannen als het ontwikkelen van een functieprofiel en het ontwikkelen van criteria om zorg te kunnen toetsen. Overige plannen, die niet in de tabel vermeld staan, zijn van meer algemene aard. Genoemd worden onder andere: het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid, het anticiperen op ontwikkelingen en het verder vormen van de organisatie. Dit laatste houdt verband met het gegeven dat veel organisaties recentelijk opgericht zijn (zie paragraaf 3.1).

7.2

Ondersteuning van de beroeps- en vakorganisaties

De mogelijkheden die beroeps- en vakorganisaties hebben voor het concreet vormgeven en implementeren van het kwaliteitsbeleid en de toekomstplannen zijn afhankelijk van meerdere factoren (zie paragraaf 3.1). Er is de vragenlijst dan ook expliciet aandacht besteed aan de vraag of de organisaties behoefte hebben aan ondersteuning bij kwaliteitsbewaking en -bevordering en zo ja, aan wat voor soort ondersteuning. Van de deelnemende organisaties geven er 30 (73%)^[1] aan wel behoefte te hebben aan ondersteuning, 11 (27%) niet. Vooral activiteiten als het opstellen van een kwaliteitsbeleid en, in mindere mate, het opstellen van een functieprofiel en criteria voor goede zorg worden hierbij genoemd. Wat betreft de soort ondersteuning wordt door de helft van de organisaties aangegeven dat zij behoefte hebben aan expertise. Eenderde geeft aan behoefte te hebben aan financiële middelen. Hiernaast laten enkele organisaties weten behoefte te hebben aan medewerkers en aan informatie van de beroepsbeoefenaren omtrent de beroepsuitoefening.

[1]

Van een organisatie ontbreken de gegevens.

7.3

Conclusies

Veel beroeps- en vakorganisaties blijken op de ingeslagen weg (zie ook paragraaf 3.3) door te willen gaan, met de nadruk op plannen gerelateerd aan de beroepsuitoefening, zoals het ontwikkelen van een functieprofiel en het ontwikkelen van criteria om zorg te kunnen toetsen. Driekwart van de organisaties geeft hierbij aan behoefte te hebben aan ondersteuning in de vorm van expertise of financiën.

8

Samenvatting

In dit eerste deel van het rapport staat beschreven welke kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten binnen de verpleging en verzorging ondernomen worden. Voor dit onderzoek zijn alle relevante beroeps- en vakorganisaties binnen de verpleging en verzorging benaderd voor het invullen van een vragenlijst. Uiteindelijk hebben 38 specifieke beroepsorganisaties, 2 beroepsorganisaties voor basisberoepsbeoefenaren en 2 vakorganisaties geparticipeerd in het onderzoek. Tevens zijn vier registratiesystemen geanalyseerd waarin onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten van zorginstellingen en onderzoeksinstituten voor de verpleging en verzorging zijn opgenomen.

Kwaliteitsbeleid beroeps- en vakorganisaties

In hoofdstuk drie is allereerst ingegaan op de kenmerken van de onderzochte beroeps- en vakorganisaties. Het merendeel van de deelnemende organisaties is na 1990 opgericht en heeft meer dan honderd leden. Een kwart heeft één of meerdere medewerkers in dienstverband. Vervolgens is gekeken naar de doelstellingen die de beroeps- en vakorganisaties gesteld hebben. Het verbeteren van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, het fungeren als een netwerk en professionalisering van de beroepsgroep zijn veel genoemde doelstellingen. Een middel voor het expliciet werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering is een kwaliteitsbeleid. Meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties is bezig een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen, of heeft dit document reeds opgesteld. Het merendeel van de organisaties stelt binnen dit kwaliteitsbeleid prioriteiten die betrekking hebben op de beroepsuitoefening. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het ontwikkelen van instrumenten om zorg te kunnen toetsen of het ontwikkelen van een functieprofiel. Een minderheid van de organisaties die een kwaliteitsbeleid heeft opgesteld of hiermee bezig is, geeft aan zich te richten op (bij- en

na)scholing of wetgeving. Bijna de helft van de onderzochte organisaties is bezig haar doelstellingen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering op schrift te stellen in een kwaliteitsplan, of heeft dit reeds gedaan. Een verantwoording van kwaliteitsactiviteiten van de organisaties naar buiten in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag, is slechts bij een enkele organisatie het geval. Het wel of niet hebben van de genoemde drie documenten blijkt niet samen te hangen met de kenmerken van de beroeps- en vakorganisaties als oprichtingsdatum, grootte of het wel of niet hebben van medewerkers in dienstverband.

Activiteiten gerelateerd aan de Wet BIG

In hoeverre beroeps- en vakorganisaties hun beleid afstemmen op de Wet BIG is onderwerp van onderzoek geweest in hoofdstuk vier. Uit dit hoofdstuk blijkt dat een vijfde van de organisaties een verenigingsregister bijhoudt en dat eveneens een vijfde bezig is een verenigingsregister te ontwikkelen. Juist de relatief jonge specifieke beroepsorganisaties zijn actief in het opzetten van een verenigingsregister. Dat 26 organisaties geen verenigingsregister hebben, of nog bezig zijn deze te ontwikkelen, maakt duidelijk dat de meeste organisaties hier vooralsnog geen prioriteit aan geven. De vakorganisaties en een beroepsorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren zijn gezamenlijk bezig met het opzetten van een specialismenregeling, waarvoor registratie noodzakelijk is, en het stellen van criteria hiervoor.

Ook het inspelen op tuchtrecht heeft voor de onderzochte beroeps- en vakorganisaties (nog) geen prioriteit. Zo geeft 16% van de organisaties waarvan de leden (gedeeltelijk) onder tuchtrecht vallen aan normen voor verantwoord handelen te hebben opgesteld die voor tuchtrecht kunnen dienen. Uit de registratiesystemen komt een klein aantal projecten naar voren dat zich (indirect) richt op de invulling van de Wet BIG. Deze projecten hebben als doel meer inzicht te krijgen in de taken van (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Als deze taken duidelijk zijn voor de beroepsgroepen zal een volgende stap genomen kunnen worden zoals bijvoorbeeld het aanleggen van specialismenregisters.

Activiteiten gerelateerd aan opleiding

Hoewel de initiële opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden vastgelegd is in wettelijke bepalingen, blijkt meer dan de helft van de beroeps- en vakorganisaties toch invloed uit te oefenen op (de kwaliteit van) deze opleidingen. De beroepsorganisaties voor basisberoeps-

beoefenaren en de vakbonden hebben bijvoorbeeld deel uitgemaakt van de Commissie Kwalificatiestructuur. De specifieke beroepsorganisaties oefenen invloed uit door het geven van lessen en het schrijven van onderdelen van het studiemateriaal.

Hoewel uit hoofdstuk vier blijkt dat weinig organisaties scholing expliciet als doelstelling of prioriteit opgenomen hebben, blijkt uit hoofdstuk vijf dat de onderzochte organisaties veel aandacht besteden aan scholing. Zo wordt door vrijwel alle organisaties een vorm van scholing georganiseerd in de vorm van symposia, themadagen of trainingen. Ten aanzien van bij- en nascholing zijn drie aspecten beschreven: het overzichtelijk maken van het aanbod van bij- en nascholing, het bevorderen en bewaken van de kwaliteit ervan en het stimuleren en/of verplichtstellen ervan.

Minder dan de helft van de organisaties bezit een overzicht van het aanbod aan bij- en nascholing. Hiernaast blijkt dat weinig organisaties criteria hanteren voor scholing of bij- en nascholing verplicht stellen, ondanks dat de meerderheid streeft naar accreditatie. Wel stimuleren vrijwel alle organisaties de leden tot het volgen van bij- en nascholing. Zij doen dit voornamelijk door de leden te attenderen op scholing via nieuwsbrieven en brochures. In het algemeen zijn het de grote beroeps- en vakorganisaties die relatief veel van de onderzochte activiteiten met betrekking tot scholing verrichten.

Activiteiten gericht op bij- en nascholing zijn in de registratiesystemen slechts voor een klein deel terug te vinden. Zo zijn er geen projectomschrijvingen gevonden die zich richten op het inzichtelijk maken van het scholingsaanbod voor verpleegkundigen en verzorgenden. Ook zijn er bijna geen projectomschrijvingen geïnventariseerd die zich richten op het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de scholing. Wel zijn veel projecten erop gericht verpleegkundigen en verzorgenden te stimuleren bij- en nascholing te volgen.

Activiteiten gerelateerd aan beroepsuitoefening

In hoofdstuk zes is beschreven welke activiteiten, gerelateerd aan de beroepsuitoefening, door beroeps- en vakorganisaties binnen de verpleging en verzorging ondernomen worden. Allereerst is gekeken naar activiteiten die door de beroeps- en vakorganisaties *binnen de eigen organisatie* ondernomen zijn voor kwaliteitsbewaking en -bevordering van de beroepsuitoefening. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer eenderde van de organisaties scholing verzorgt voor bestuur of commissies. Bijna de helft van de organisaties heeft hiernaast een kwaliteitscommissie of werkgroep

ingesteld voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Aanstelling van een kwaliteitsfunctionaris of het reserveren van een apart budget wordt door enkele organisaties gedaan. Van de ondervraagde activiteiten voor de beroepsgroep worden veel activiteiten niet ondernomen, of zijn in ontwikkeling. Zo beschikken weinig organisaties over documenten voor het classeren van verpleegkundige interventies of standaardverpleegplannen. De helft van de organisaties beschikt over een beroeps- en functieprofiel. Het functieprofiel is een specificering van het beroepsprofiel voor het betreffende specialisme en het bestaan ervan geeft aan dat de beroepsbeoefenaren van het specialisme een duidelijk beeld hebben van de eigen beroepsuitoefening. Toetsing van het werk van de beroepsbeoefenaren wordt door bijna de helft van de organisaties ondersteund en door meer dan de helft van de organisaties wordt onderzoek gedaan naar behoeften en knelpunten onder de beroepsbeoefenaren. Het zijn vooral de relatief grote en al langer bestaande organisaties die activiteiten verrichten die gerelateerd zijn aan de beroepsuitoefening. Uit hoofdstuk zes blijkt tevens dat tweederde van de beroeps- en vakorganisaties ten behoeve van kwaliteitsbewaking en -bevordering samenwerkt met elkaar en met organisaties als het LCVV. Ruim driekwart van de organisaties is aangesloten bij de AVVV. Uit de geraadpleegde registratiesystemen is een groot aantal onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten naar voren gekomen die gericht zijn op kwaliteitsbewaking en -bevordering. Het merendeel van deze projecten richt zich op het normeren en toetsen van de verpleegkundige zorgverlening. Ook projecten waarbij het uitvoeren van (wetenschappelijk) onderzoek centraal staat komen vaak voor.

Toekomst

Ten slotte is in hoofdstuk zeven gekeken naar de plannen die de beroeps- en vakorganisaties hebben voor de toekomst. Veel organisaties blijken op de ingeslagen weg door te willen gaan, met de nadruk op plannen gerelateerd aan de beroepsuitoefening, zoals het ontwikkelen van een functieprofiel en het ontwikkelen van criteria om zorg te kunnen toetsen. Driekwart van de organisaties geeft aan voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering behoefte te hebben aan ondersteuning in de vorm van expertise en financiën.

Deel II

Dieptestudie onder verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen

1

Inleiding

In dit deel van het rapport zal worden beschreven hoe verpleegkundigen/verzorgenden in instellingen werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. De mogelijkheid voor verpleegkundigen en verzorgenden om in de praktijk activiteiten te ontplooiën is mede afhankelijk van het beleid van de instelling waarin men werkzaam is. Veel instellingen zijn bezig met het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitssystemen. Voor de profilering van de beroepsgroep is het goed als deze zelf kwaliteitseisen ontwikkelt om het peil van de beroepsuitoefening te bewaken. Door de kwaliteit van het werk te waarborgen en duidelijk te maken wat cliënten^[1] kunnen verwachten, kan de positie van de beroepsgroep worden verbeterd.

Het doel van de dieptestudie is inzicht te verschaffen in de wijze waarop verpleegkundigen/verzorgenden en direct leidinggevenden in de praktijk werken aan het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de belemmerende en bevorderende factoren die daarbij een rol spelen. Juist omdat verpleegkundigen en verzorgenden in dienstverband binnen instellingen werken, moeten zij, meer dan vrijgevestigden, het eigen kwaliteitsbeleid afstemmen op het beleid van de instelling. In het onderhavige onderzoek wordt met dit (mogelijke) dilemma rekening gehouden door bewust instellingen te selecteren die volgens het management ver zijn gevorderd met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen en instellingen die zich nog in de voorbereidingsfase bevinden.

[1]
In verband met de leesbaarheid spreken wij in dit rapport van cliënten. Afhankelijk van de situatie kunnen dit ook patiënten of bewoners zijn.

Vraagstellingen

- 1 Welke afspraken, procedures en activiteiten gericht op kwaliteitsbewaking en -bevordering worden door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in instellingen uitgevoerd?

- 2 In hoeverre zijn er verschillen tussen uitvoerenden en zorgsectoren naar type activiteit?
- 3 In hoeverre worden bestaande afspraken, procedures en activiteiten periodiek geëvalueerd door leidinggevenden?
- 4 In hoeverre zijn de activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden afgestemd op het kwaliteitssysteem van de instelling waarin men werkt en welke factoren bevorderen/belemmeren de onderlinge afstemming?

Deze vragen worden beantwoord met behulp van een schriftelijke enquête onder uitvoerenden en leidinggevenden in de volgende zes sectoren: thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, (algemene) ziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuizen en instellingen voor gehandicapten. Tevens wordt gebruikgemaakt van geactualiseerde gegevens die eind 1994/begin 1995 bij het instellingsmanagement zijn verzameld.

In hoofdstuk twee van dit deel worden de onderzoekspopulatie, de vragenlijsten en de respons bij instellingen, uitvoerenden en leidinggevenden beschreven. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens kort ingegaan op enkele persoonskenmerken van uitvoerenden en leidinggevenden zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. In hoofdstuk 4 tot en met 6 worden de resultaten besproken en wordt antwoord gegeven op bovenstaande vragen. De kern van dit tweede deel van het rapport wordt gevormd door hoofdstuk 4 waarin de activiteiten van helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen staan beschreven. In hoeverre leidinggevenden de bestaande procedures en activiteiten planmatig toetsten staat beschreven in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 gaat in op de relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden en de belemmerende en bevorderende factoren voor uitvoerenden. Ten slotte worden in hoofdstuk 7 de belangrijkste resultaten samengevat. De conclusies van deel 1 en 2 worden in het slothoofdstuk gepresenteerd.

2

Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van de dieptestudie onder verpleegkundigen en verzorgenden gepresenteerd. Eerst wordt beschreven welke populatie bij het onderzoek is betrokken. Vervolgens worden de ontwikkelde vragenlijsten beschreven. Ten slotte wordt de respons op de vragenlijst per zorgsector gepresenteerd.

2.1

Onderzoekspopulatie en steekproef

Om inzicht te krijgen in de wijze waarop verpleegkundigen en verzorgenden werken aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening is een steekproef getrokken uit instellingen die hebben meegewerkt aan het onderzoek 'Kwaliteitssystemen in instellingen' (Wagner e.a. 1995). Bij dit onderzoek waren 109 ziekenhuizen, 120 verpleeghuizen, 114 thuiszorginstellingen, 87 instellingen voor gehandicapten, 86 verzorgingshuizen en 35 psychiatrisch ziekenhuizen betrokken. Van deze instellingen is bekend in welke fase het kwaliteitssysteem zich bevindt. Voor het hier gepresenteerde onderzoek zijn per zorgsector twee vergelijkbare aselecte steekproeven getrokken van vijf instellingen die vergevorderd zijn met de invoering van een kwaliteitssysteem (fase 3) en vijf van instellingen die nog in de voorbereidende fase zijn (fase 0/1). Fase 3 is de fase waarin systematisering en verankering van het kwaliteitsbeleid plaatsvindt. In deze fase ontstaat de samenhang tussen de kwaliteitsbewakende activiteiten, bijvoorbeeld doordat de resultaten van verbeterprojecten ook invloed hebben op het personeelsbeleid. Er komt een wisselwerking tot stand tussen kwaliteitsactiviteiten van professionals en kwaliteitsactiviteiten op organisatorisch niveau (management). Door deze onderlinge wisselwerking en samenhang ontstaat het kwaliteits-'systeem'. Daarentegen wordt met fase 0/1 bedoeld dat de instelling in een oriëntatie/voorbereidende fase is voor wat betreft de kwaliteits-

stysteemontwikkeling. Men gaat zich oriënteren op mogelijkheden om de zorg voor kwaliteit systematischer aan te pakken. Er wordt een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en tevens wordt er aan een infrastructuur gewerkt die nodig is voor kwaliteitsbewaking (zie ook Wagner e.a. 1995). Het idee achter deze bewuste selectie van alleen fase 0/1 en fase 3 instellingen was dat het hierdoor mogelijk zou zijn inzicht te verkrijgen in de activiteiten van uitvoerenden uit instellingen met en zonder kwaliteitssysteem. De veronderstelling is dat uitvoerenden in instellingen met kwaliteitssysteem meer kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten uitvoeren. Door ook instellingen zonder kwaliteitssysteem te selecteren kan voor een deel worden voorkomen dat de resultaten van dit onderzoek een te positief beeld schetsten.

De tweede steekproef is gebruikt wanneer instellingen uit de eerste steekproef niet mee wilden/konden doen. Per zorgsector hebben zich zeven tot elf instellingen bereid verklaard aan het onderzoek deel te nemen, waarbij gestreefd is naar een evenwichtige verdeling tussen fase 3 en fase 0/1 instellingen. Binnen elke participerende instelling is een contactpersoon aangewezen die gespreid over de instelling 25 uitvoerenden en 5 leidinggevenden heeft geselecteerd voor het invullen van een vragenlijst. Bij leidinggevenden gaat het om verpleegkundigen en verzorgenden die direct leiding geven aan uitvoerenden en dus goed op de hoogte zijn van wat er op de werkvloer gebeurt. Het gaat dus vooral om het (lagere) middenkader. De uitvoerenden zijn zodanig geselecteerd dat een zo groot mogelijke spreiding wordt verkregen over type afdeling (bijvoorbeeld in een ziekenhuis zowel intensive care-afdelingen als verpleegafdelingen), mate waarin de afdeling bij kwaliteitsbewaking en -verbetering is betrokken (zowel voorlopers als minder ver gevorderden) en deskundigheidsniveau en specialisatiegraad van de uitvoerende.

Tevens is een verkorte versie van de (in 1994/1995 door het instellingsmanagement ingevulde) vragenlijst 'inventarisatie kwaliteitssystemen' (Wagner e.a. 1995) naar de directie van de in dit onderzoek participerende instellingen gestuurd. Op deze manier zijn zij in staat gesteld om de gegevens die zij in 1995 hebben ingevuld te actualiseren en corrigeren.

2.2

Ontwikkeling van de vragenlijst

Voor het onderzoek zijn voor elke sector twee vragenlijsten ontwikkeld: één lijst voor uitvoerenden in de verpleging/verzorging en één lijst voor direct leidinggevendenden (middenkader). In de lijst voor de uitvoerenden wordt ingegaan op onder andere de volgende onderwerpen: de cultuur van de instelling, het beleid, de organisatie van de zorgverlening, cliëntgerichtheid, samenwerking en overleg en deskundigheidsbevordering (de complete vragenlijst per sector staat op de diskette). In de vragenlijst is nagegaan of er afspraken en procedures zijn gemaakt ten aanzien van de verschillende fasen van het zorgverleningsproces, de coördinatie van zorg en de betrokkenheid van cliënten. Zo wordt onder andere gevraagd of de uitvoerende inhoudelijk bekend is met de doelstellingen en uitgangspunten van de zorgverlening. Daarnaast is gevraagd in hoeverre deze afspraken en procedures in de praktijk worden toegepast. In dit kader is gevraagd of de uitvoerende werkt met een individueel zorgplan en of zij/hij werkt volgens protocollen of richtlijnen.

Bij de leidinggevendenden zijn dezelfde onderwerpen aan de orde gesteld. Ook in deze vragenlijst is gevraagd of er afspraken en procedures zijn gemaakt ten aanzien van de verschillende fasen van het zorgverleningsproces, de coördinatie van zorg en de betrokkenheid van cliënten. Daarnaast is in deze vragenlijst gevraagd in hoeverre de afspraken en procedures worden bewaakt en bijgesteld. Zo wordt bijvoorbeeld gevraagd in hoeverre het personeelsbeleid gericht is op het kwaliteitsbeleid en of de instelling tevredenheids-/behoefte-onderzoek onder cliënten uitvoert. De gegevens uit beide vragenlijsten geven inzicht in de mate waarin kwaliteitszorg systematisch wordt toegepast. Tabel 2.1 geeft de aandachtsgebieden van de twee vragenlijsten weer.

Tabel 2.1
Aandachtsgebieden van de ontwikkelde vragenlijsten

	<i>Opgenomen aandachtsgebieden in vragenlijst voor uitvoerenden</i>	<i>Opgenomen aandachtsgebieden in vragenlijst voor leidinggevenden</i>
Beleid en strategie	Cultuur van de instelling zoals . teamgericht . veranderingsgericht . bureaucratisch . taakgericht Bekendheid met en invloed op ontwikkelde documenten (niet)	Cultuur van de instelling zoals . teamgericht . veranderingsgericht . bureaucratisch . taakgericht Aanwezigheid van ontwikkelde documenten en toetsing Personeelsbeleid
Zorgprocessen	Toepassen van afspraken procedures en richtlijnen voor bewaking van het zorgproces	Aanwezigheid en toetsing van afspraken, procedures en richtlijnen rond de zorgverlening
Afstemming en coördinatie	Afspraken rond de overdracht van zorg	Aanwezigheid van overlegvormen
Deskundigheidsbevordering	Bestuderen van vakliteratuur Participatie in scholingsactiviteiten	(niet) Aanwezigheid scholingsbeleid
Cliëntgerichtheid	Manier waarop cliënt geïnformeerd wordt over instelling Mate waarin cliëntenonderzoek wordt toegepast	(niet) Mate waarin cliëntenonderzoek wordt toegepast
Kwaliteitsbevordering	Opvattingen over kwaliteitsbevordering	Opvattingen over kwaliteitsbevordering
Randvoorwaarden	Kwaliteitsgroepen Bevorderende/belemmerende factoren	Toetsingsmethoden op afdeling Bevorderende/belemmerende factoren
Persoonskenmerken	Leeftijd, geslacht, opleiding, functieniveau	Leeftijd, geslacht, opleiding, functieniveau

In grote lijnen bevatten de vragenlijsten voor de afzonderlijke sectoren dezelfde vragen. Verschillen zijn vooral te vinden in de gehanteerde

terminologie. Zo wordt in de ziekenhuis-vragenlijst bijvoorbeeld gesproken over 'patiënten', terwijl in de lijst voor verzorgingshuizen gesproken wordt over 'cliënten'.

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is uitgegaan van eerdere onderzoeken die zijn uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg Noord-Holland (1995), het Ministerie van VWS (Frederiks 1996), de Rijksuniversiteit Limburg (Te Wierik e.a. 1994) en het NIVEL (Wagner e.a. 1995). Voor het hanteren van de juiste terminologie is gebruikgemaakt van publicaties van het NIZW en de afzonderlijke koepelorganisaties van instellingen. De concept-versie van de vragenlijst is voorgelegd aan deskundigen uit het veld en 10 uitvoerenden uit verschillende instellingen. Het commentaar van beide groepen is in de definitieve versie verwerkt.

2.3

Respons

Begin augustus 1996 is begonnen met het werven van instellingen. Gefaseerd zijn de directies van zestig instellingen (tien instellingen per sector) uit de eerste steekproef eerst schriftelijk en later telefonisch benaderd met het verzoek deel te nemen aan het onderzoek. Zodra instellingen afwijzend reageerden, is een instelling benaderd uit de tweede steekproef. Voor de thuiszorg was het noodzakelijk een derde steekproef te trekken. In

Tabel 2.2

Percentage instellingen dat per sector heeft geparticipeerd

<i>Zorgsector</i>	<i>Aantal benaderde instellingen</i>	<i>Aantal participerende instellingen</i>	<i>Respons %</i>
Thuiszorginstellingen	27	9	33
Verzorgingshuizen	17	11	65
Verpleeghuizen	18	11	61
Ziekenhuizen	15	10	67
Psychiatrisch ziekenhuizen (APZ's)	14	10	71
Instellingen voor gehandicapten	14	7	50
Totaal	105	58	55

totaal zijn 108 instelling benaderd met de vraag of ze bereid waren mee te werken aan het onderzoek. Ruim de helft van de benaderde instellingen heeft ook daadwerkelijk geparticipeerd in het onderzoek. Uit tabel 2.2 blijkt dat de gemiddelde respons van instellingen 55% is. De respons tussen de sectoren loopt uiteen van 33% van de thuiszorginstellingen tot 71% van de psychiatrisch ziekenhuizen. De non-respons is vrijwel gelijk verdeeld onder fase 3 en fase 0/1 instellingen. Redenen dat instellingen niet wilden meewerken aan het onderzoek waren: tijdgebrek, te grote belasting voor de hulpverleners op grond van tekort aan personeel en reorganisaties die plaatsvinden. Ondanks grote interesse wilden vooral thuiszorginstellingen om deze redenen niet participeren in het onderzoek. De verklaring hiervoor moet worden gezocht in de turbulente fase waarin veel thuiszorginstellingen verkeren (fusies, integratie kruiswerk/gezinsverzorging, invoering concurrentie, veranderingen in eigen financieringssysteem enzovoort).

Bij nader inzien bleken 3 van de 17 geselecteerde instellingen uit de gehandicaptenzorg niet tot de doelgroep van het onderzoek te behoren omdat zij bijna uitsluitend begeleidende diensten aanbieden waarbij sterk de nadruk wordt gelegd op sociaal-pedagogische aspecten van de dienstverlening. Het werk van deze groepsleiders en -begeleiders in de verstandelijk gehandicaptenzorg (HBO-J of HBO-Inrichtingswerk opgeleiden) verschilt daarmee van het werk van verzorgenden en verpleegkundigen in de andere instellingen.

De respons onder uitvoerenden (tabel 2.3) is in het algemeen goed te noemen: driekwart van de geselecteerde uitvoerenden heeft de vragenlijst geretourneerd. De respons loopt van 66% in verzorgingshuizen tot 82% in instellingen voor gehandicapten. De verschillen in respons tussen instellingen zijn in het algemeen gering. Redenen voor het niet retourneren van de vragenlijst waren tijdgebrek en onbekendheid met de in de vragenlijst gehanteerde terminologie waardoor invullen van de vragenlijst door sommigen als (te) moeilijk werd ervaren. In enkele instellingen bleek de anonimiteit slecht te worden gewaarborgd. De respons is in deze instellingen lager dan gemiddeld.

Tabel 2.3
Overzicht van het aantal uitvoerenden dat de enquête heeft ingevuld

<i>Zorgsector</i>	<i>Enquêtes verstuurd</i>	<i>Enquêtes ontvangen</i>	<i>Respons %</i>
Thuiszorginstellingen	225	173	77
Verzorgingshuizen	250	163	65
Verpleeghuizen	275	201	73
Ziekenhuizen	245	183	75
Psychiatrisch ziekenhuizen (APZ's)	243	182	75
Instellingen voor gehandicapten	168	137	82
Totaal	1406	1039	74

In tabel 2.4 is de respons weergegeven van direct leidinggevenden, het middenkader van de instelling. Zij zijn in de meeste instellingen diegenen die beleidsplannen van het hoger management moeten vertalen naar de werkvloer en het functioneren van kwaliteitsbewakende en bevorderende activiteiten moeten toetsen.

Onder leidinggevenden is de respons het hoogst bij instellingen voor gehandicapten en psychiatrisch ziekenhuizen, namelijk 94%. Minder frequent gereageerd hebben leidinggevenden uit verzorgingshuizen (58%).

Tabel 2.4
Overzicht van het aantal leidinggevenden dat de enquête heeft ingevuld

<i>Zorgsector</i>	<i>Enquêtes verstuurd</i>	<i>Enquêtes ontvangen</i>	<i>Respons %</i>
Thuiszorginstellingen	46	34	74
Verzorgingshuizen	50	29	58
Verpleeghuizen	55	50	91
Ziekenhuizen	49	44	90
Psychiatrisch ziekenhuizen (APZ's)	47	44	94
Instellingen voor gehandicapten	35	33	94
Totaal	282	234	83

Uit de voorgaande tabellen blijkt dat de respons van instellingen (behalve van instellingen in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg), uitvoerenden en leidinggevenden goed is te noemen. De aselechte gestratificeerde^[1] steekproef van instellingen heeft geleid tot een nagenoeg gelijke verdeling van instellingen over de fasen 0/1 en 3 in de verpleeghuissector, de verzorgingshuizen en de ziekenhuizen. Bij de overige sectoren hebben meer instellingen uit fase 0/1 deelgenomen. In het algemeen hebben zowel kleine als grote instellingen deelgenomen en zijn de instellingen gespreid over heel Nederland. Ten aanzien van verzorgingshuizen is het van belang op te merken dat een selectie van tien verzorgingshuizen uit een totaal van 1500 verzorgingshuizen in Nederland relatief klein is.

Samenvattend kan worden gezegd dat het onderzoek in het algemeen representatief is voor de groep verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende zorgsectoren. Enige terughoudendheid is geboden bij de interpretatie van de gegevens over de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de verzorgingshuizen.

2.4

Verwerking en betrouwbaarheid van de gegevens

De geretourneerde vragenlijsten van uitvoerenden, leidinggevenden en instellingsmanagement zijn ingevoerd in het statistisch programma SPSS. Voor het beantwoorden van de eerste drie vraagstellingen en een deel van vraagstelling vier is gebruikgemaakt van beschrijvende analyses zoals frequenties, gemiddelden en kruistabellen. Voor de beantwoording van de vierde vraag (paragraaf 6.4) uit de probleemstelling naar de mate waarin activiteiten van uitvoerenden zijn afgestemd op het kwaliteitssysteem van de instelling waar men werkt, is gebruikgemaakt van multi-niveau-analyse (MLN). Multi-niveau-analyse is een set van statistische technieken die ontworpen zijn om kenmerken van individuen te verklaren uit kenmerken van een hoger aggregatieniveau. Het meest typische voorbeeld is het verklaren van leerprestaties van schoolkinderen (het individuele niveau) uit kenmerken van de school (het geaggregeerde niveau). In het onderhavige geval is het doel van de analyse na te gaan in hoeverre verschillen tussen individuele verpleegkundigen/verzorgenden in het toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering kunnen worden verklaard uit kenmerken van de instelling waarin men werkt rekening houdend met verschillen in samenstelling van het personeelsbestand (naar bijvoorbeeld leeftijd en functie).

[1]

Gestratificeerd betekent dat bewust uit specifieke groepen is geselecteerd. In dit onderzoek is de keuze gemaakt om alleen instellingen te selecteren die of aan het begin staan van de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem of relatief ver gevorderd zijn met de invoering ervan (zie ook paragraaf 2.1).

De 1.039 uitvoerenden zijn net als de 234 leidinggevenden afkomstig uit 58 instellingen verdeeld over de zes sectoren. Als gesproken wordt over afzonderlijke sectoren heeft het vermelde aantal (de N) betrekking op het aantal uitvoerenden die in de desbetreffende sector werkzaam zijn en *niet* op het aantal instellingen.

Vragen naar de mate waarin uitvoerenden werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering zijn gevoelig voor sociaal wenselijke antwoorden. De neiging bestaat om een te rooskleurig beeld te geven dan in werkelijkheid het geval is. Binnen de vragenlijsten die in dit onderzoek zijn gebruikt, is geprobeerd de kans op sociaal wenselijke antwoorden zo klein mogelijk te houden door vragen zo concreet mogelijk te formuleren; niet vragen naar algemene activiteiten maar naar een specifieke afspraak of richtlijn. Bij het verwerken van de geretourneerde vragenlijsten bleek dat de vragenlijsten in de verschillende sectoren goed zijn ingevuld. Het percentage missings per vraag is gering (tussen 0,3% en 6%). In de tabellen die in de volgende hoofdstukken worden gepresenteerd, wordt dan ook uitgegaan van de valide percentages.

3

Kenmerken van de respondenten

De gegevens die in de komende hoofdstukken worden besproken zijn afkomstig van direct leidinggevend en uitvoerend in de verpleging en verzorging. Om de resultaten goed te kunnen interpreteren is het belangrijk inzicht te hebben in de achtergrond van de respondenten. In dit hoofdstuk wordt een aantal achtergrondkenmerken, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau besproken. Indien relevant zal worden ingegaan op de verschillen tussen de zes sectoren en de functie die de respondenten in de instelling hebben.

3.1

Leeftijd en geslacht

Aan het onderzoek hebben 1.039 uitvoerenden en 234 leidinggevenden deelgenomen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 34,5 bij de uitvoerenden en 39 jaar bij de leidinggevenden. De leeftijdsverdeling onder de twee groepen is te zien in tabel 3.1. Tweederde van de uitvoerenden is tussen de 25 en 45 jaar; bij de leidinggevenden ligt de grootste groep tussen de 36 en 45 jaar.

Van de uitvoerenden in de verpleging en verzorging is gemiddeld 83% vrouw. In de thuiszorg en de ouderenzorg ligt dit percentage boven de 90%, terwijl in psychiatrisch ziekenhuizen bijna evenveel mannen als vrouwen werken. Het functieniveau verschilt eveneens: mannen zijn vooral werkzaam als verpleegkundige, terwijl vrouwen vooral werkzaam zijn als helpende en verzorgende.

Van de leidinggevenden is 43% man en 57% vrouw. In ziekenhuizen en APZ's is tweederde van de leidinggevenden man. In de thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten zijn daarentegen meer dan tweederde van de leidinggevenden vrouw.

Tabel 3.1
Overzicht van het percentage uitvoerenden en leidinggevendenden per leeftijdscategorie

<i>Leeftijd</i>	<i>Uitvoerenden</i>	<i>Leidinggevendenden*</i>
jonger dan 25 jaar	18	3
25-35 jaar	37	25
36-45 jaar	30	53
46-55 jaar	12	17
56-65 jaar	1	2

* Van drie leidinggevendenden is de leeftijd niet bekend.

3.2

Opleidingsniveau en functie

Uit tabel 3.2 blijkt dat één op de drie uitvoerenden een in-service-opleiding, één op de vijf de opleiding tot ziekenverzorgende en één op de tien uitvoerenden een opleiding tot verzorgende heeft gevolgd. Uitvoerenden in de gehandicaptenzorg hebben relatief vaak een opleiding in de welzijnssector gevolgd (bijvoorbeeld HBO-J, AMW, HBO-Inrichtingswerk). Opvallend is het relatief geringe aantal HBO-V-opgeleiden onder de uitvoerenden. Ongeacht het formele opleidingsniveau is het mogelijk dat mensen op den duur werkzaam zijn in functies waarvoor zij niet direct zijn opgeleid, maar via bijscholing of werkervaring zijn ingegroeid. Hiervoor is het belangrijk om te weten welke functie iemand in de instelling heeft c.q. tot welke beroepsgroep iemand op grond van zijn/haar werkzaamheden behoort. Aan het onderzoek hebben in totaal 105 (10%) helpenden, 390 (38%) verzorgenden en 526 (52%) verpleegkundigen deelgenomen. Met verpleegkundigen worden uitvoerenden bedoeld die werken op het eerste en tweede deskundigheidsniveau. Het gaat om 56 verpleegkundigen op het tweede en 470 verpleegkundigen op het eerste deskundigheidsniveau.

Tabel 3.2

Overzicht van de hoogste afgeronde (beroeps)opleiding van uitvoerenden en leidinggevenden uitgedrukt in percentages

(Beroeps)opleiding	Uitvoerenden N = 1.039	Leidinggevenden N = 234
Universitaire opleiding	.*	6
Voortgezette opleiding (VO)	.*	15
Middenkaderopleiding	.*	44
HBO-V	9	5
Inservice-opleiding tot verpleegkundige	30	11
MGZ-opleiding	2	-
MBO-Vz	2	1
MDGO-Vp	1	-
Opleiding tot ziekenverzorgende	19	5
Opleiding tot verzorgende (OVDB/KMBO/MDGO)	12	4
Opleiding tot helpende (OVDB/KMBO/MDGO)	2	-
Huishoudschool/LHNO/INAS	3	-
Overig zoals AMW, inrichtingswerk, HBO-J	18	-
Niet bekend	2	9
Totaal	100	100

* Niet gevraagd in de lijst van de uitvoerenden.

In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de werkvelden (zorgsectoren) waarin de respondenten werkzaam zijn en de functies die uitvoerenden vervullen. De vier groepen beroepsbeoefenaren verschillen in omvang.

*Tabel 3.3
Overzicht van het percentage helpenden, verzorgenden en
verpleegkundigen per sector*

Sector	N	Functie*		
		helpende	verzorgende	verpleegkundige
Instellingen voor thuiszorg	166	20	48	32
Verzorgingshuizen	162	17	74	9
Verpleeghuizen	196	8	72	19
Ziekenhuizen	181	2	11	87
APZ's	180	3	6	91
Instellingen voor gehandicapten	136	13	15	72

* Van 10 (<1%) uitvoerenden is de functie niet bekend.

Uit tabel 3.3 blijkt dat de helft van de uitvoerenden in de thuiszorg verzorgenden zijn. De andere helft wordt gevormd door zowel helpenden als verpleegkundigen. Uitgaande van de groep helpenden, zijn de meesten werkzaam in de thuiszorg (31%) of verzorgingshuizen (27%). In verzorgingshuizen en verpleeghuizen werkt bijna driekwart als verzorgende, terwijl in ziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuizen (APZ's) en de gehandicaptenzorg meer dan driekwart van de uitvoerenden werkzaam is als verpleegkundige.

Deze nauwe relatie tussen type beroepsbeoefenaar en sector maakt het mogelijk dat bij het beschrijven van de resultaten veelal kan worden volstaan met het beschrijven van de verschillen tussen sectoren aangezien de verschillen voor een groot deel beïnvloed worden door het type beroepsbeoefenaren die er werkzaam zijn.

3.3

Dienstverband en lidmaatschap beroepsorganisatie

Van de uitvoerenden werkt 44% tussen de twee en de vier dagen per week, en 43% full-time. Helpenden en verzorgenden werken vaker part-time dan verpleegkundigen. Daarnaast zijn er verschillen tussen de

sectoren: in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt vaker part-time gewerkt dan in ziekenhuizen, APZ's en de gehandicaptenzorg. Eenderde van de uitvoerenden is lid van een beroepsorganisatie. Verpleegkundigen in ziekenhuizen zijn vaker lid dan uitvoerenden uit andere sectoren.

4

Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

Zowel via de Wet BIG als via de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden hulpverleners in de verpleging en verzorging aangesproken op hun verantwoordelijkheid om doelmatige en cliëntgerichte zorg te bieden. Het antwoord op de vraag wat doelmatige zorg en wat cliëntgerichte zorg is, kan verschillen afhankelijk van het perspectief van waaruit men de zorg beoordeelt. Voor cliënten, hulpverleners, management of financiers zijn hierbij gedeeltelijk andere aspecten van de kwaliteit van zorg van belang. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de kwaliteitsaspecten die voor helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen van belang worden geacht bij de uitoefening van hun beroep. Tevens zal een overzicht worden gegeven van de mate waarin uitvoerenden in het algemeen werken volgens de gemaakte afspraken, procedures en richtlijnen.^[1] Tot slot zal worden ingegaan op opvallende verschillen tussen de sectoren. In het onderzoek is gevraagd naar concrete activiteiten die mede afgeleid zijn van bestaande referentiekaders voor de verpleging en verzorging (Jongerden e.a. 1994; Van Bergen e.a. 1980; Hollands e.a. 1990; Van Amelsvoort e.a. 1996).

Achtereenvolgens zal in de volgende paragrafen worden ingegaan op: het zorgproces en de erbij behorende richtlijnen, de coördinatie van zorg, de aandacht voor de cliënt, deskundigheidsbevordering en systematische kwaliteitsverbetering. Bij het beschrijven van de resultaten stonden telkens de volgende drie vragen centraal:

- 1 Welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering zijn op de werkvloer ontwikkeld?
- 2 In welke mate worden de bestaande activiteiten en procedures door uitvoerenden toegepast?
- 3 Zijn er verschillen tussen sectoren?

De activiteiten en procedures worden per onderwerp (bijvoorbeeld

[1]

Hierbij gaat het om protocollen, standaarden en richtlijnen. In verband met de leesbaarheid zal alleen de term richtlijn worden gebruikt.

zorgverleningsproces, afstemming en coördinatie) gepresenteerd. Dit maakt inzichtelijk op welke gebieden instrumenten zijn ontwikkeld respectievelijk nog moeten worden ontwikkeld.

4.1

Verschillen in taakopvatting tussen beroepsbeoefenaren

De taken die uitvoerenden hebben, kunnen gezien de bestaande functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging van elkaar verschillen. Wij zullen om deze reden even stilstaan bij de activiteiten die uitvoerenden niet tot de eigen taak rekenen. Een achterliggende reden kan zijn dat de taak niet tot het domein van de desbetreffende beroepsgroep behoort of dat binnen de instelling de taken anders zijn verdeeld. In tabel 4.1 wordt per type beroepsbeoefenaar een overzicht gegeven van de activiteiten die uitvoerenden niet tot hun taak rekenen.

Tabel 4.1

Overzicht van de onderzochte activiteiten en het percentage helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen dat het toepassen ervan niet tot zijn taak rekent

Kwaliteitsbewaking door	helpende N = 105	verzorgende N = 390	verpleegkundige N = 526
<i>Procedures en afspraken</i>			
Opname-/eerste gesprek volgens vaste procedure	63	32	20
Individueel zorgplan	21	5	4
Registratie patiëntgegevens	32	10	6
Periodieke evaluatie zorgplan	40	24	10
Toewijzen zorgcoördinator	9	7	3
Afspraken over coördinatie zorgverlening	3	2	2
Melden van fouten/ongevallen volgens vaste procedure	8	2	-
Klachtenprocedure	28	22	14
Procedure voor afsluiten zorgverlening	46	21	9
Rapporteren naar andere hulpverleners na afsluiten zorgverlening	35	9	7

. Sectorspecifieke activiteiten			
Groepsverpleegplan	11	10	6
Zorgovereenkomst/-contract	75	67	59
Plannen en uitvoeren huishoudelijke taken	6	30	62
Rapporteren veranderingen hulpbehoefte	3	-	6
<i>Richtlijnen</i>			
. Zorginhoud			
Specifieke behandelvormen	26	7	6
Specifieke doelgroepen en diagnoses	39	11	4
Het gebruik van medische hulpmiddelen (infuus)	45	29	6
Het toepassen van beschermende maatregelen*	13	4	4
Het omgaan met euthanasievragen	49	27	12
Medische handelingen** door verpleegkundigen	53	45	10
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	43	5	3
De hygiëne op de afdeling/bij de cliënt thuis	4	2	5
. Zorgcoördinatie			
Het overdragen van werkzaamheden	14	3	3
Afstemming van zorg tussen hulpverleners	30	11	4
De routing van de patiënt van opname tot ontslag	42	18	9
De verslaglegging over de cliënt	18	3	2
. Sectorspecifieke richtlijnen			
Bewoners met bijzondere gedragsproblemen	6	-	-
Het omgaan seksueel misbruik	6	5	1
De te gebruiken materialen in de huishouding	-	17	50
Medicijnverstrekking	22	5	5

* Dit zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die ertoe dienen om patiënten die niet voldoende in staat zijn hun wil te bepalen, te behouden voor lichamelijke afwijkingen of beschadigingen.

** Dit zijn handelingen die binnen de verpleging plaatsvinden doch officieel (nog) voorbehouden handelingen van medici zijn.

Uit de tabel blijkt dat in het algemeen meer helpenden dan verzorgenden en verpleegkundigen de onderzochte activiteiten niet tot hun taak rekenen. Zo wordt het afnemen van het opname-/eerste gesprek door 63% van de helpenden niet tot de eigen taak gerekend. Het registreren van cliëntgegevens, het periodiek evalueren van het zorgplan, het afsluiten van de zorgverlening en het rapporteren naar andere hulpverleners wordt door

meer dan eenderde van de helpenden niet tot de eigen taak gerekend. Het afsluiten van een zorgcontract/-overeenkomst vindt tweederde van alle uitvoerenden buiten het taakgebied vallen. Dit aspect zal bij het beschrijven van de resultaten buiten beschouwing blijven. Ruim driekwart van de verzorgenden en verpleegkundigen rekenen de onderzochte activiteiten wel tot hun taak. Een uitzondering bij verpleegkundigen in de thuiszorg vormen de afspraken over het plannen en uitvoeren van huishoudelijke taken.

Ten aanzien van richtlijnen blijkt dat gemiddeld een kwart tot de helft van de helpenden de op de afdeling aanwezige richtlijnen niet van toepassing achten omdat zij de daarin geregelde activiteiten en handelingen niet tot hun taak rekenen. Verzorgenden achten de richtlijnen gericht op medische handelingen, medische hulpmiddelen en euthanasie minder van toepassing op de eigen taken. Bestaande richtlijnen sluiten het meest aan bij het verpleegkundig taakgebied. Gemiddeld 95% van de verpleegkundigen rekent het toepassen van de onderzochte richtlijnen tot de eigen taak. Een uitzondering vormt het protocol over het gebruik van materialen in de huishouding.

Van de onderzochte groep voert tweederde alleen taken uit die in de functieomschrijving staan vermeld, 26% voert soms taken uit die niet omschreven staan en 4% doet dit vaak. Van de uitvoerenden heeft 2% geen functieomschrijving.

Als duidelijk is wat een beroepsgroep tot zijn eigen taak rekent, is het interessant te weten of ten eerste de van belang geachte activiteiten en procedures op de afdeling^[2] aanwezig zijn, en ten tweede in hoeverre uitvoerenden de activiteiten en procedures om het zorgverleningsproces te bewaken en te beheersen in de praktijk toepassen. Hierop zal in de komende paragrafen nader worden ingegaan.

4.2

Het zorgproces

Een goede beroepsuitoefening vraagt om het aanbrengen van organisatorische structuren in de vorm van afspraken en procedures, het inhoudelijk bewaken van het technisch handelen met behulp van richtlijnen en om een specifieke beroepshouding. In deze paragraaf zal afzonderlijk op de drie aspecten van een goede beroepsuitoefening worden ingegaan.

[2]

In dit rapport zal de term afdeling worden gebruikt. Als het gaat om de thuiszorg, worden hiermee de teams bedoeld.

De organisatie van het zorgproces

Ondanks uiteenlopende doelstellingen en doelgroepen van instellingen uit verschillende sectoren verschillen de fasen van het zorgverleningsproces niet wezenlijk van elkaar. Het proces begint voor de instelling op het moment dat de cliënt zich aanmeldt of wordt opgenomen tot het moment van ontslag of afsluiting van de zorgverlening. Belangrijke elementen

Tabel 4.2

Overzicht van het percentage uitvoerenden (N = 1.039) dat aangeeft dat het toepassen van onderstaande afspraken en procedures: (a) niet mogelijk is omdat deze niet op de afdeling aanwezig zijn, (b) niet hun taak is, (c) soms, vaak of altijd wordt gedaan

<i>Afspraken en procedures*</i>	<i>nee, niet aanwezig</i>	<i>nee, niet mijn taak</i>	<i>soms</i>	<i>vaak</i>	<i>altijd</i>
Intake volgens vaste procedure**	11	25	18	19	27
Individueel zorgplan	7	6	13	23	51
Registratie patiëntgegevens	5	10	14	22	49
Periodieke evaluatie zorgplan	9	18	34	21	18
Toewijzen zorgcoördinator	24	6	7	10	52
Melden van fouten/ongevallen volgens vaste procedure	4	2	9	13	72
Procedure voor afsluiten zorgverlening	19	17	11	17	36
<i>Sectorspecifieke afspraken en procedures</i>					
Groepsverpleegplan v. gehandicapten (N = 137)	39	7	21	11	22
Plannen en uitvoeren huishoudelijke taken (N = 173)***	7	23	14	30	27
Rapporteren veranderingen hulpbehoefte (N = 173)	3	2	18	23	54

* Tussen de 0,5 en de 2% van de respondenten heeft deze vragen niet beantwoord.

** Helpenden (N = 105) zijn buiten beschouwing gelaten.

*** Verpleegkundigen (N = 62) zijn buiten beschouwing gelaten.

gedurende dit traject zijn het inventariseren van de zorgbehoefte, het begeleiden, verzorgen of verplegen van de individuele cliënt en het coördineren van de zorgverlening als meerdere hulpverleners bij het zorgproces zijn betrokken. In het kader van systematische kwaliteitszorg worden veelal afspraken, procedures of richtlijnen ontwikkeld om de belangrijke elementen van het zorgverleningsproces te bewaken en bevorderen.

In hoeverre afspraken en procedures op afdelingen in instellingen aanwezig zijn en in welke mate deze worden toegepast, is te zien in tabel 4.2. Naast algemene afspraken en procedures die voor alle sectoren van toepassing zijn, zijn onder in de tabel enkele sectorspecifieke afspraken en procedures opgenomen. Indien meer dan de helft van de uitvoerenden van een beroepsgroep van mening is dat de activiteit niet tot het taakgebied behoort, is bij het berekenen van de percentages de desbetreffende groep uitvoerenden uitgesloten.

Tabel 4.2 laat zien dat bij 11% van de uitvoerenden binnen de afdeling geen vaste procedure aanwezig is voor het eerste gesprek met de cliënt, 25% van de uitvoerenden vindt het afnemen van het opname-/eerste gesprek niet zijn taak, terwijl 18% van de uitvoerenden aangeeft de bestaande procedure soms toe te passen 19% van de uitvoerenden doet dit vaak en 27% zegt dit altijd te doen. Bij het berekenen van de percentages zijn helpenden uitgesloten.

De tabel geeft op deze manier een overzicht van zowel het aantal uitvoerenden dat een activiteit of procedure op de afdeling heeft, als het aantal uitvoerenden dat in de dagelijkse praktijk volgens de afspraken handelt. Zo werken bijvoorbeeld de meeste afdelingen met een individueel zorgplan (93%) en zijn er afspraken over de registratie van cliëntgegevens (95%) of het werken met een eerstverantwoordelijke verpleegkundige of verzorgende (76%). Ondanks deze afspraken blijken niet alle uitvoerenden de afspraken altijd toe te passen. Het zorgplan dat op de meeste afdelingen aanwezig is, wordt bijvoorbeeld door 74% van de uitvoerenden vaak tot altijd toegepast en door 39% vaak tot altijd geëvalueerd. Het toewijzen van een zorgcoördinator of eerstverantwoordelijke verpleegkundige vindt bij tweederde van de uitvoerenden vaak tot altijd plaats. Het melden van fouten en ongevallen is het meest verankerd in het handelen van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden; 85% van de uitvoerenden geeft aan fouten en ongevallen vaak tot altijd te melden.

Onderaan in tabel 4.2 wordt een drietal sectorspecifieke activiteiten

gepresenteerd. In de laatste jaren vinden in de gehandicaptenzorg groepsverpleegplannen steeds meer ingang al zijn deze nog lang niet gebruikelijk in alle instellingen voor gehandicaptenzorg; 39% van de uitvoerenden geeft aan dat op de afdeling geen groepsverpleegplannen aanwezig zijn. Het plannen en uitvoeren van huishoudelijke taken komt vooral in de thuiszorg voor. Meer dan de helft van de uitvoerenden (vooral helpenden) geeft aan het plannen van de taken (57%) en het rapporteren van veranderingen in de hulpbehoefte van cliënten (77%) vaak tot altijd volgens de afspraken te doen.

Zijn in tabel 4.2 de gegevens gepresenteerd van de onderzochte groep als geheel, in tabel 4.3 laten we zien in hoeverre er verschillen zijn tussen de zes sectoren. Gepresenteerd wordt het percentage uitvoerenden dat de activiteiten 'altijd' toepast. Bij het interpreteren van de percentages is het belangrijk eraan te denken dat een deel van de uitvoerenden het toepassen van de activiteiten niet tot de eigen taak rekent en dat op een deel van de afdelingen de procedures en richtlijnen niet aanwezig zijn. Deze opmerking geldt voor alle tabellen waarin de resultaten per sector worden gepresenteerd.

Tabel 4.3

Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat de activiteit altijd toepast

<i>Activiteiten</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- capten</i>
	<i>N = 173</i>	<i>N = 163</i>	<i>N = 201</i>	<i>N = 183</i>	<i>N = 182</i>	<i>N = 137</i>
Intake volgens vaste procedure*	8	15	35	46	34	6
Individueel zorgplan	47	55	53	38	55	61
Registratie patiëntgegevens	34	40	53	56	51	64
Periodieke evaluatie zorgplan	20	9	11	19	25	24
Toewijzen zorgcoördinator	57	46	28	39	72	81
Melden van fouten/ongevallen	60	69	80	74	70	79
Procedure voor afsluiten zorg- verlening	28	34	40	47	46	16

* Helpenden zijn buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.3 moet als volgt worden gelezen: 47% van de uitvoerenden in de thuiszorg werkt altijd met zorgplannen. Hetzelfde geldt voor 55% van de uitvoerenden in verzorgingshuizen, voor 53% van de uitvoerenden in verpleeghuizen, 38% in ziekenhuizen, 55% in APZ's en 61% van de uitvoerenden in instellingen voor gehandicapten. Grotere verschillen tussen de sectoren zijn te zien bij het werken met een zorgcoördinator. Relatief weinig (28%) gebeurt dit in verpleeghuizen, terwijl dit juist veel voorkomt in APZ's (72%) en in de gehandicaptenzorg (81%). Verschillen zijn er ook bij het melden van fouten en ongevallen: 60% van de uitvoerenden in de thuiszorg doet dit altijd, tegenover 80% van de uitvoerenden in verpleeghuizen en 79% van de uitvoerenden in instellingen voor gehandicapten. Behalve in ziekenhuizen, APZ's en verpleeghuizen worden de procedures voor intake en afsluiting van de zorgverlening relatief weinig toegepast.

Het technisch handelen

Protocollen en richtlijnen/standaarden bevatten normen die aangeven hoe het zorgproces er idealiter uitziet. Normen worden in principe door de beroepsgroep zelf opgesteld, indien nodig in overleg met andere hulpverleners en cliënten. Protocollen zijn gedetailleerde voorschriften voor de werkwijze bij een activiteit en/of handeling. Richtlijnen/standaarden geven het uitvoeringsniveau aan ten aanzien van wat, hoe, hoe vaak, wanneer en door wie iets wordt gedaan. Een protocol is strenger dan een richtlijn/standaard en heeft veelal betrekking op wettelijk vastgelegde eisen. Beide instrumenten sturen het handelen van uitvoerenden en laten aan derden zien hoe de zorgverlening wordt beheerst en bewaakt. Protocollen en standaarden/richtlijnen zorgen ervoor dat processen van constante kwaliteit zijn. Tevens kan de praktijk van het handelen worden getoetst aan de in de protocollen en standaarden/richtlijnen als wenselijk omschreven situaties. In de literatuur worden de begrippen door de verschillende beroepsgroepen anders gehanteerd. Wij spreken in dit onderzoek voor de leesbaarheid over richtlijnen die het ideale zorgproces beschrijven zonder aan te geven hoe gedetailleerd de inhoud is omschreven.

In de tabel wordt een overzicht gegeven van zorginhoudelijke richtlijnen die voor uitvoerenden in de verpleging en verzorging belangrijk zijn voor de eigen taakuitoefening. In hoeverre uitvoerenden de richtlijnen in de praktijk toepassen, is te zien in tabel 4.4. Op de zorgcoördinatie gerichte richtlijnen worden besproken in de volgende paragraaf (4.2 Afstemming en coördinatie).

Tabel 4.4

Overzicht van het percentage uitvoerenden (N = 1.039) dat aangeeft dat het toepassen van onderstaande richtlijnen: (a) niet mogelijk is omdat deze niet op de afdeling aanwezig zijn, (b) niet hun taak is, (c) soms, vaak of altijd wordt gedaan

Richtlijnen* voor	nee, niet aanwezig	nee, niet mijn taak	soms	vaak	altijd
<i>Zorginhoud</i>					
Specifieke doelgroepen en diagnoses	25	10	16	23	29
Specifieke behandelvormen ⁺	18	8	16	23	35
Het gebruik van medische hulpmiddelen (infuus) ⁺	33	19	11	8	29
Het toepassen van beschermende maatregelen ⁺⁺	12	5	18	19	46
Het omgaan met euthanasievragen ⁺	38	22	22	4	15
Medische handelingen door verpleegkundigen ^{**}	26	25	11	9	29
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	5	8	6	13	68
De hygiëne op de afdeling/bij de cliënt thuis	10	4	11	34	41
<i>Sectorspecifiek gehandicaptenzorg (N = 137)</i>					
Bewoners met bijzondere gedragsproblemen	32	1	11	21	24
Het omgaan met seksueel misbruik	63	2	12	1	22
<i>Sectorspecifieke thuiszorg (N = 173)</i>					
De te gebruiken materialen in de huishouding ^{***}	14	12	16	24	24

+ Niet gevraagd in de gehandicaptenzorg.

++ Niet gevraagd in de thuiszorg.

* Tussen de 0,5 en 1,5% van de respondenten heeft de vragen niet beantwoord.

** Helpenden (N = 105) uitgesloten.

*** Verpleegkundigen (N = 62) uitgesloten.

Van de 1.039 uitvoerenden geeft een kwart aan dat op de afdeling geen richtlijnen aanwezig zijn voor specifieke doelgroepen zoals bijvoorbeeld patiënten met een beroerte, meervoudig gehandicapte kinderen of

jongeren in verpleeghuizen. Een op de tien uitvoerenden ziet het hanteren van deze richtlijnen niet als zijn taak, terwijl bijna de helft van de uitvoerenden deze vaak tot altijd gebruikt. In het algemeen geeft een kwart tot eenderde van de uitvoerenden aan dat de onderzochte richtlijnen niet op de afdeling aanwezig zijn. Hier tegenover staat een even grote groep uitvoerenden die de bestaande richtlijnen altijd toepast. Het toedienen van medicijnen wordt door de meeste uitvoerenden (86%) vaak

Tabel 4.5

Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat onderstaande richtlijnen altijd toepast

Richtlijnen voor	thuiszorg N = 173	verzorgings- huizen N = 163	verpleeg- huizen N = 201	zieken- huizen N = 183	APZ's N = 182	inst.gehan- dicaptten N = 137
Specifieke behandelvormen/ gedragsproblemen	28	31	48	50	14	36
Specifieke doelgroep zonder diagnose	20	34	45	12	24	25
Het gebruik van medische hulp- middelen (inфуus) ⁺	21	19	28	61	12	-
Het toepassen van bescher- mende maatregelen ⁺⁺	-	33	53	44	43	61
Het omgaan met euthanasie- vragen ⁺	13	7	22	24	8	-
Medische handelingen door verpleegkundigen*	22	13	23	49	16	39
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	33	63	72	83	74	88
De hygiëne op de afdeling/ bij de cliënt thuis	47	51	46	46	14	46

+ Niet gevraagd in de gehandicaptenzorg.

++ Niet gevraagd in de thuiszorg.

* Helpenden (N = 105) uitgesloten.

tot altijd volgens de afspraken gedaan. Het gebruiken van richtlijnen kan per afdeling verschillen. In hoeverre de richtlijnen ingang hebben gevonden in de verschillende sectoren is te zien in tabel 4.5.

Er zijn enkele verschillen tussen de sectoren. In het algemeen blijkt dat in APZ's minder vaak gewerkt wordt met richtlijnen dan in de andere sectoren. In ziekenhuizen werken uitvoerenden daarentegen vaker met richtlijnen. Er zijn eveneens verschillen per richtlijn. Specifieke behandelvormen zijn bij de helft van de afdelingen in verpleeg- en ziekenhuizen omschreven. Een bijna even grote groep heeft het verplegen en verzorgen van specifieke doelgroepen schriftelijk vastgelegd. In bijna alle sectoren, behalve APZ's, wordt door bijna de helft van de uitvoerenden de hygiëne op de afdeling of bij de cliënt thuis gewaarborgd door de bestaande richtlijn altijd toe te passen. In instellingen voor gehandicapten wordt de richtlijn voor beschermende maatregelen door gemiddeld meer uitvoerenden toegepast. Beschermende maatregelen zijn vrijheidsbepalende maatregelen die ertoe dienen om patiënten die niet voldoende in staat zijn hun wil te bepalen, te behouden voor lichamelijk afwijkingen of beschadigingen. Voorbeelden zijn hekjes aan de zijkant van het bed, riemen om een zittende houding in de rolstoel te bereiken of isoleerruimten.

De beroepshouding

Van uitvoerenden in de verpleging en verzorging wordt verwacht dat zij werken met handen, hoofd en hart. Op de organisatie van het zorgproces en het vaktechnisch handelen zijn we in de vorige sub-paragrafen ingegaan. In deze sub-paragraaf staat de beroepshouding centraal. Bedoeld wordt de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Aan uitvoerenden zijn een aantal stellingen voorgelegd waarbij kon worden aangegeven in hoeverre de genoemde activiteit bij de uitvoerenden centraal staat in het werk (zie diskette)). In tabel 4.6 is te zien welke cliëntgerichte activiteiten voor uitvoerenden inhoudelijk centraal staan in het werk.

Tabel 4.6

Overzicht van cliëntgerichte activiteiten die bij uitvoerenden centraal staan in het werk. De cijfers geven percentage weer (N = 1.039)

Centraal staat	oneens	niet eens/ niet oneens	eens	helemaal eens
Signaleren van problemen	1	13	47	39
Begeleiden van sociale contacten cliënt	5	23	44	27
Tegemoetkomen aan wensen cliënt	1	32	43	24
Ondersteunen genezingsproces	3	10	44	43
Afstemmen zorg op behoeften cliënt	1	13	45	41
Stimuleren van zelfzorg	1	6	37	56
Gelegenheid bieden voor eigen dagritme	2	22	47	29

De meeste uitvoerenden (>85%) zien het ondersteunen en stimuleren van zelfzorg, het afstemmen van de zorg op de behoeften van de cliënt, het signaleren van problemen en het ondersteunen van het genezingsproces als een belangrijke taak. Voor minder uitvoerenden staan de volgende activiteiten centraal: het tegemoet komen aan de wensen van de cliënt (67%), het begeleiden van diens sociale contacten met familie en vrienden (71%), en de cliënt in de gelegenheid stellen zijn dagritme te volgen (75%).

Uitvoerenden verschillen gedeeltelijk in hun opvattingen (percentages niet in tabel). Het bieden van begeleiding bij het onderhouden van sociale contacten staat minder centraal bij helpenden (58%) dan bij verpleegkundigen (78%). Het tegemoet komen aan de wensen van de cliënt staat daarentegen weer meer centraal bij helpenden (73%) en verzorgenden (73%) dan bij verpleegkundigen (62%).

De verschillen tussen de sectoren zijn te zien in tabel 4.7. Tot op bepaalde hoogte zijn verschillen in opvatting te verwachten aangezien de doelstelling en cliëntengroep van de instellingen uit de sectoren van elkaar verschillen. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. In een ziekenhuis waarin patiënten vooral kortdurend worden behandeld zal het genezingsproces veel meer

centraal staan dan in de gehandicaptenzorg waar niet gesproken werd over genezing maar veel meer het integreren van de cliënt met zijn bestaande mogelijkheden in de maatschappij.

Tabel 4.7

Overzicht van de zes onderzochte sectoren en de cliëntgerichte activiteiten die bij uitvoerenden centraal staan in het werk. De cijfers geven percentage weer van uitvoerenden die het '(helemaal) eens' zijn met de stellingen

Centraal staat	thuiszorg N = 173	verzorgings- huizen N = 163	verpleeg- huizen N = 201	zieken- huizen N = 183	APZ's N = 182	inst.gehan- dicapten N = 137
Signaleren van problemen	87	87	87	86	90	79
Begeleiden van sociale contacten cliënt	47	71	73	76	83	82
Tegemoetkomen aan wensen cliënt	54	78	81	63	50	80
Ondersteunen genezings- proces	95	94	91	98	81	49
Afstemmen zorg op behoeften cliënt	77	86	92	86	82	95
Stimuleren van zelfzorg	96	98	86	95	94	92
Gelegenheid bieden voor eigen dagritme	81	85	74	67	67	83

Uit tabel 4.7 blijkt dat de verschillen tussen uitvoerenden uit uiteenlopende sectoren relatief gering is voor de aspecten signaleren van problemen, ondersteunen van het genezingsproces, op elkaar afstemmen van zorg op behoefte, en het stimuleren van zelfzorg. Dit beeld komt overeen met de kenmerken van de beroepsgroep zoals deze in de beroepsprofielen voor de verzorging en verpleging staan omschreven. Verschillen zijn vooral te vinden bij het begeleiden van de cliënt bij diens sociale contacten, het tegemoet komen aan de wensen van de cliënt, en het ruimte bieden voor de eigen dagritme van de cliënt. Zo zien 83% van de uitvoerenden in APZ's

en instellingen voor gehandicaptenzorg het begeleiden van cliënten als een belangrijke taak. Het ingaan op de wensen van cliënten staat voorop in verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg. In de thuiszorg, in verzorgingshuizen en in instellingen voor gehandicapten proberen uitvoerenden het dagritme van cliënten zoveel mogelijk te respecteren. Het ondersteunen van het genezingsproces staat bij minder uitvoerenden uit APZ's en instellingen voor gehandicapten centraal. Bij de andere activiteiten zijn de verschillen kleiner.

Verschillen tussen beroepsbeoefenaren

Tabel 4.8

Overzicht van de afspraken, procedures en richtlijnen die meer dan 90% van de helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen tot de eigen taak rekent en de mate waarin deze door verpleegkundigen altijd worden toegepast

	<i>helpenden</i>	<i>verzorgenden</i>	<i>verpleeg- kundigen</i>
	<i>N = 105</i>	<i>N = 390</i>	<i>N = 526</i>
<i>Afspraken en procedures</i>			
Individueel zorgplan	-	52%	53%
Registratie patiëntgegevens	-	-	57%
Toewijzen zorgcoördinator	42%	43%	61%
Afspraken over coördinatie zorgverlening	55%	54%	49%
Melden van fouten/ongevallen volgens vaste procedure	55%	77%	71%
Procedure voor afsluiten zorgverlening	-	-	38%
Rapporteren naar andere hulpverleners na afsluiten zorgverlening	-	54%	42%
<i>. Sectorspecifieke activiteiten</i>			
Plannen en uitvoeren huishoudelijke taken	49%	-	-
Rapporteren veranderingen hulpbehoefte	52%	53%	61%

(Vervolg tabel 4.8)

	<i>helpenden</i>	<i>verzorgenden</i>	<i>verpleeg- kundigen</i>
	<i>N = 105</i>	<i>N = 390</i>	<i>N = 526</i>
<i>Richtlijnen</i>			
<i>. Zorghoud</i>			
Specifieke behandelvormen/bijzondere gedragsproblemen	-	46%	33%
Specifieke doelgroepen en diagnoses	-	-	28%
Het gebruik van medische hulpmiddelen (infuus)	-	-	39%
Het toepassen van beschermende maatregelen	-	47%	47%
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	-	68%	78%
De hygiëne op de afdeling/bij de cliënt thuis	57%	48%	33%
<i>. Zorgcoördinatie</i>			
De verslaglegging over de cliënt	-	67%	70%
Het overdragen van werkzaamheden	-	59%	51%
Afstemming van zorg tussen hulpverleners	-	-	32%
De routing van de patiënt van opname tot ontslag	-	-	30%
<i>. Sectorspecifieke richtlijnen</i>			
Omgaan met seksueel misbruik	22%	20%	22%
Gebruik materialen in huishouding	39%	-	-

4.3

Afstemming en coördinatie van zorg

Verpleegkundigen en verzorgenden nemen een centrale plaats in in het zorgverleningsproces. Toch staat hun werk niet los van de werkzaamheden van andere hulpverleners. Om de continuïteit van zorg te waarborgen moet zowel op de afdeling als over de grenzen van de afdeling heen afstemming en coördinatie plaatsvinden. Dit kan worden bereikt door cliëntenbesprekingen te houden, afspraken met elkaar te maken of richtlijnen op te stellen.

Globaal kunnen drie vormen van afstemming worden onderscheiden: overdracht, overleg en rapportage. Bij de overdracht gaat het om het mondeling of schriftelijk doorgeven van recente informatie over cliënten bij het wisselen van diensten. Met uitzondering van de thuiszorg verblijven cliënten in de aan ons onderzoek deelnemende instellingen, waardoor zij gedurende de dag (24 uur) contact hebben met verschillende hulpverleners. Overlegvormen zoals cliëntenbesprekingen, multidisciplinair overleg en werkoverleg zijn in de verpleging en verzorging wijd verbreid. De eerste twee vormen hebben tot doel de vooruitgang of ontwikkeling van cliënten te bespreken terwijl laatstgenoemd overleg vooral gebruikt wordt om organisatorische vraagstukken op afdelingsniveau te bespreken. Ten slotte is het voor de continuïteit over de grenzen van een instelling heen van belang dat bij het afsluiten van de zorgverlening een rapportage plaatsvindt naar de huisarts of een andere hulpverlener/instelling die de zorgverlening overneemt. Zoals uit onderstaande percentages blijkt, nemen de meeste uitvoerenden aan verschillende overlegvormen deel. De verschillende activiteiten zijn ingedeeld in de drie hoofdgroepen. Ten aanzien van de richtlijnen en afspraken is het percentage uitvoerenden vermeld dat deze altijd toepast.

Overlegvormen

overdracht bij dienstwisseling	97%
niet-cliëntgebonden werkbesprekingen (bijvoorbeeld werkoverleg)	93%
cliëntenbespreking binnen het team	91%
cliëntenbespreking met andere disciplines	81%
overleg met hulpverleners uit de eerste lijn (huisarts, verpleegkundige/verzorgende, AMW)	64%
overleg met hulpverleners uit (andere) intramurale instellingen	56%

Richtlijnen voor

de verslaglegging over de cliënt	65%
het overdragen van werkzaamheden	52%
afstemming van zorg tussen hulpverleners	34%
de routing van de patiënt van opname tot ontslag	29%

Afspraken over

de coördinatie van zorg	52%
de rapportage naar andere hulpverleners	46%

Uit de cijfers blijkt dat nagenoeg alle uitvoerenden informatie over de cliënt overdragen bij dienstwisseling (97%) en eveneens deelnemen aan een cliëntenbespreking binnen het team (91%) en werkoverleg (93%). Wat inhoudelijk gezien overgedragen moet worden, staat veelal vastgelegd in een richtlijn die door 85% (niet in tabel) van de uitvoerenden bijna altijd wordt toegepast. Minder gebruikelijk is het multidisciplinaire overleg; vooral als het gaat om overleg met hulpverleners van buiten de eigen instelling (64% en 56%). Een meerderheid van de uitvoerenden geeft aan dat het overleg niet alleen wordt gebruikt voor het op elkaar afstemmen van de zorg maar eveneens voor het evalueren van de zorgverlening. Er zijn enkele verschillen tussen uitvoerenden. Helpenden nemen in het algemeen minder vaak deel aan de onderzochte overlegvormen. Verpleegkundigen nemen vaker deel aan multidisciplinaire overlegvormen dan verzorgenden of helpenden.

De verschillen tussen de sectoren zijn te zien in tabel 4.9. Uit de tabel blijkt dat in het algemeen de overeenkomsten tussen de sectoren groter zijn dan de verschillen. Op enkele opvallende verschillen zullen we nader ingegaan: Uitvoerenden uit verzorgingshuizen en thuiszorg nemen minder vaak deel aan multi-disciplinaire cliëntenbesprekingen. In de thuiszorg of verzorgingshuizen zijn andere hulpverleners zoals bijvoorbeeld paramedici of specialisten niet verbonden aan het verzorgingshuis of de thuiszorginstellingen, maar werken 'op afroep'.

Overleg met hulpverleners uit de eerste lijn komt relatief weinig voor bij uitvoerenden uit het psychiatrisch ziekenhuis (59%) en relatief vaak in de gehandicaptenzorg (91%). Aan overleg met hulpverleners uit andere instellingen neemt meer dan tweederde van de uitvoerenden uit instellingen voor gehandicapten (71%) deel.

Ten aanzien van de richtlijnen valt op dat in de thuiszorg minder dan in andere sectoren richtlijnen worden gebruikt voor de verslaglegging of voor het overdragen van werkzaamheden. Richtlijnen voor de verslaglegging worden meer toegepast in de gehandicaptenzorg. Meer dan in andere sectoren passen verpleeghuizen en ziekenhuizen richtlijnen toe die de hele routing van de patiënten van aanmelding tot ontslag omvatten.

Tabel 4.9
Percentage uitvoerenden per sector dat aan onderstaande vormen van afstemming deelneemt of deze altijd toepast

<i>Activiteit</i>	<i>thuiszorg</i> <i>N = 173</i>	<i>verzorgings- huizen</i> <i>N = 163</i>	<i>verpleeg- huizen</i> <i>N = 201</i>	<i>zieken- huizen</i> <i>N = 183</i>	<i>APZ's</i> <i>N = 182</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i> <i>N = 137</i>
<i>Overlegvormen</i>						
Overdracht bij dienstwisseling	89	100	99	98	98	99
Niet-cliëntgebonden werk- besprekingen (bijvoorbeeld werkoverleg)	93	89	97	97	89	96
Cliëntenbespreking binnen het team	93	80	89	94	92	100
Cliëntenbespreking met andere disciplines	72	67	78	87	91	93
Overleg met hulpverleners uit de eerste lijn (huisarts, verplegende/verzorgende, AMW)	63	63	61	53	59	91
Overleg met (andere) intramurale instellingen	51	47	47	70	54	71
<i>Richtlijnen voor</i>						
De verslaglegging over de cliënt	44	64	67	71	67	81
Overdragen van werkzaamheden	28	64	59	60	50	55
Afstemming van zorg tussen hulpverlener	30	36	38	34	28	42
De routing van de cliënt van aanmeld. tot afsluit.	30	21	36	34	29	20
<i>Afspraken over</i>						
De coördinatie van zorg	57	50	50	50	41	64
De rapportage naar andere hulpverleners	32	59	52	49	39	46

4.4

Aandacht voor de cliënt

De cliëntgerichtheid van een afdeling wordt bepaald door de informatiebereidheid van de hulpverlener, de mate waarop ingegaan wordt op de wensen van de gebruiker en het hulpaanbod aansluit bij de hulpbehoefte (zorg op maat).

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop cliënten worden geïnformeerd over de gang van zaken op de afdeling of de mogelijkheden van de instelling.

Het oordeel van de gebruiker over de ontvangen zorg is een belangrijk aspect bij het bewaken en bevorderen van de kwaliteit. Ingegaan wordt op het aantal afdelingen dat de tevredenheid van de gebruikers meet, en de veranderingen die op grond van de uitkomsten zijn doorgevoerd. In paragraaf 4.1.3 zijn we reeds ingegaan op de cliëntgerichte activiteiten die verpleegkundigen en verzorgenden in hun werk centraal stellen. In dit onderzoek is niet bij cliënten nagegaan in hoeverre uitvoerenden erin slagen cliënten goed voor te lichten of zorg op maat te bieden.

Een cliënt die voor het eerst te maken krijgt met een zorginstelling of een hulpverlener weet vaak niet welke mogelijkheden aan hulp er zijn en wat de consequenties voor hem/haar of de directe leefomgeving zijn. Het oordeel van cliënten over de geleverde zorg hangt mede af van de verwachtingen die deze hebben over de zorgverlening. Een goede voorlichting voorafgaande aan en gedurende de zorgverlening is daarom van groot belang. De volgende methoden worden in instellingen toegepast:

informatieboekje met algemene informatie	81%
rondleiding bij opname	80%
kennismakingsbezoek/-gesprek op de afdeling voorafgaande aan zorgverlening	69%
schriftelijk voorlichtingsmateriaal met huisregels	49%
mondelijke en schriftelijke informatie over aanbod en contactpersoon	40%
telefonische informatie bij het maken van een afspraak	20%

Uit de gegevens blijkt dat weinig afdelingen (20%) cliënten bij een telefonische aanmelding informatie verstrekken over de zorgverlening binnen de instelling. Cliënten ontvangen voor het eerst informatie als zij worden opgenomen of tijdens de intake. Veel afdelingen (81%) hebben daarentegen een informatieboekje met algemene informatie over de afdeling. De helft van de afdelingen heeft een apart huisreglement opgesteld met

bijvoorbeeld regels over bezoeken, rookruimtes, enzovoorts. Meer persoonlijke vormen van voorlichting zijn het kennismakingsgesprek (69%), een rondleiding over de afdeling bij opname (80%) en informatie over een vaste contactpersoon in de thuiszorg (40%). De manier waarop cliënten informatie ontvangen hangt af van de sector. In tabel 4.10 worden de verschillende methoden die afdelingen gebruiken om cliënten te informeren per sector gepresenteerd.

Tabel 4.10

Overzicht van de manier waarop uitvoerenden in de verschillende sectoren informatie verstrekken aan cliënten

Vorm van voorlichting	thuiszorg N = 173	verzorgings huizen N = 163	verpleeg- huizen N = 201	zieken- huizen N = 183	APZ's N = 182	inst.gehan- dicapten N = 137
Informatieboekje	70	78	87	92	78	75
Rondleiding bij opname	-	68	92	69	90	76
Kennismakingsbezoek/ -gesprek	93	78	77	25	64	83
Huisreglement	-	62	31	49	72	32
Via een contactpersoon	40	-	-	-	-	-
Telefonische informatie	29	10	14	12	12	54

De manier waarop uitvoerenden informatie geven aan cliënten is sterk sectorgebonden. Telefonische informatie over de zorgverlening geeft de helft van de uitvoerenden in de gehandicaptenzorg en eenderde van de uitvoerenden in de thuiszorg al tijdens de aanmelding van de cliënt. In de andere sectoren wordt dit gedaan door een op de tien uitvoerenden. In ziekenhuizen ontvangen cliënten van de meeste uitvoerenden (92%) een informatieboekje. Meer dan in andere sectoren geven uitvoerenden uit APZ's aan dat cliënten het huisreglement ontvangen waarin de rechten en plichten van cliënten staan vermeld. In de thuiszorg houden bijna alle uitvoerenden een kennismakingsgesprek met cliënten, en in verpleeghuizen en APZ's vindt er bijna altijd een rondleiding plaats bij opname. Het oordeel van cliënten over de ontvangen zorg is, mits concreet en

gedetailleerd voor hulpverleners en instellingen een gratis advies over mogelijke verbeterpunten. Dit betekent niet dat hulpverleners aan alle wensen van individuele cliënten tegemoet kunnen komen, maar wel dat een instelling of afdeling de informatie kan gebruiken om zorgprocessen zo te structureren dat zorg op maat voor zoveel mogelijk cliënten wordt gerealiseerd. Een drietal methoden voor het betrekken van de mening van cliënten bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg is onderzocht: de klachtenregistratie, het tevredenheidsonderzoek en het behoefte-onderzoek. Hieronder volgt het percentage uitvoerenden dat aangeeft onderstaande methoden toe te passen.

klachtenregistratie	65%
gebruikersraadpleging	11%
exit-interviews	14%
individueel behoefte-onderzoek	51%
marktonderzoek	3%

Een klachtenregistratie, die verplicht wordt gesteld in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, kan worden gebruikt voor het aanbrengen van structurele verbeteringen indien de klachten periodiek en systematisch worden geanalyseerd. De meeste uitvoerenden (65%) geven aan dat klachten op de afdeling volgens een vaste procedure worden behandeld. Een op de vijf uitvoerenden ziet het niet als zijn taak klachten van cliënten te behandelen ook al is een procedure hiervoor op de afdeling aanwezig. Eenderde van de uitvoerenden gaat altijd in op klachten van cliënten en behandelt deze volgens de procedure. In hoofdstuk vijf zal worden ingegaan op het systematisch hanteren van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten, waaronder de klachtenregistratie. Uitvoerenden op afdelingen maken daarentegen weinig gebruik van het systematisch betrekken van het oordeel van cliënten. Een op de tien uitvoerenden geeft aan dat op de afdeling exit-interviews worden gehouden of dat er periodiek met behulp van vragenlijsten de tevredenheid van cliënten wordt onderzocht (gebruikersraadpleging). Om het zorgaanbod af te stemmen op de behoefte van cliënten voeren instellingen behoefte-onderzoek uit onder cliënten. De helft van de uitvoerenden geeft aan dat dit bij individuele cliënten op de afdeling gebeurt. Behoefte-onderzoek, in de vorm van marktonderzoek onder potentiële cliënten, wordt nauwelijks door afdelingen verricht (4%). Afdelingen kunnen dit zien als een taak van de instelling als geheel.

Enkele verschillen tussen sectoren in het hanteren van de genoemde methoden zijn te zien in tabel 4.11.

Tabel 4.11

Overzicht van het aantal uitvoerenden per sector dat aangeeft onderstaande methoden op de afdeling toe te passen

Betrekken van de cliënt via	thuiszorg N = 173	verzorgings- huizen N = 163	verpleeg- huizen N = 201	zieken- huizen N = 183	APZ's N = 182	inst.gehan- dicapten N = 137
Klachtenregistratie	59	67	59	70	73	59
Gebruikersraadpleging	10	17	11	18	6	1
Exit-interviews	5	2	13	50	7	3
Individueel behoefte- onderzoek	45	51	53	34	57	73
Marktonderzoek	7	4	2	4	2	1

Uit de tabel blijkt dat ziekenhuizen op twee punten enigszins afwijken van de andere sectoren: zij gebruiken veel vaker exit-interviews om cliënten na afsluiting van het zorgproces de zorgverlening te laten beoordelen, maar doen weer minder aan individueel behoefte-onderzoek gedurende de zorgverlening.

4.5

Deskundigheidsbevordering

Een voorwaarde voor een goede beroepsuitoefening is een helder geformuleerd beroepsprofiel waarin de kern van de beroepsuitoefening staat beschreven (zie deel I). Om aan de eisen van het werk te kunnen voldoen zijn specifieke deskundigheden noodzakelijk. Deskundigheidsbevordering is een breed begrip waaronder uiteenlopende activiteiten vallen zoals het lezen van vaktijdschriften, het volgen van cursussen of het ontvangen van werkbegeleiding. In de vragenlijst is expliciet gevraagd aan welke deskundigheidsbevorderende activiteiten uitvoerenden het afgelopen jaar hebben deelgenomen. We geven hierna per activiteit het percentage uitvoerenden weer in volgorde van frequentie.

regelmatig lezen van vaktijdschriften	1%
vakinhoudelijke scholingsactiviteiten (cursus, conferentie, consensus, thema-avond, casuïstiekbespreking)	56%
deelnemen aan vervolg- of aanvullende opleiding	39%
zorgoverstijgende scholingsactiviteiten (kwaliteitsbegrippen/ methoden, samenwerking, wetgeving)	29%
vaardigheidstraining	24%
werkbegeleiding	32%
onderlinge toetsing	18%

De meest voorkomende vorm van deskundigheidsbevordering is het regelmatig lezen van vaktijdschriften. De helft van de uitvoerenden heeft het afgelopen jaar gebruikgemaakt van vakinhoudelijke scholing. Deze activiteiten kunnen uiteenlopen van een congres of thema-avond tot een uitgebreide cursus. Eenderde van de uitvoerenden heeft het afgelopen jaar werkbegeleiding ontvangen. Hierbij begeleidt een uitvoerende of leidinggevende met veel ervaring een beginnende of minder deskundige verpleegkundige of verzorgende. Minder gebruikelijk bij verpleegkundigen en verzorgenden is vaardigheidstraining en onderlinge toetsing. Van de uitvoerenden nemen verpleegkundigen gemiddeld vaker deel aan de verschillende vormen van deskundigheidsbevordering dan verzorgenden en helpenden. Alleen werkbegeleiding vindt vaker plaats bij verzorgenden en helpenden.

De verschillen tussen de sectoren zijn te zien in tabel 4.12.

Tabel 4.12

Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat deelneemt aan de verschillende vormen van deskundigheidsbevordering

Vormen van deskundigheidsbevordering	thuiszorg N = 173	verzorgingshuizen N = 163	verpleeghuizen N = 201	ziekenhuizen N = 183	APZ's N = 182	inst.gehandicapt N = 137
Regelmatig lezen vaktijdschriften	77	73	70	94	91	81
Vakinhoudelijke scholing	46	44	48	65	73	61
Vervolg- of aanvullende opleidingen	31	36	38	45	47	35
Werkbegeleiding	42	32	31	23	22	48
Zorgoverstijgende scholingsactiviteiten	23	20	31	41	32	26
Vaardigheidstraining	22	14	24	29	28	27
Onderlinge toetsing	11	17	17	30	18	16

Uit de tabel blijkt dat uitvoerenden in ziekenhuizen en APZ's gemiddeld vaker deelnemen aan deskundigheidsbevordering dan uitvoerenden uit de overige sectoren. Alleen werkbegeleiding ontvangen gemiddeld meer uitvoerenden uit de thuiszorg en gehandicaptenzorg. Aan zorgoverstijgende scholingsactiviteiten en onderlinge toetsing wordt het meest frequent deelgenomen door uitvoerenden in ziekenhuizen.

In de laatste paragraaf laten we zien in hoeverre in de verpleging en verzorging wordt gewerkt met kwaliteitsgroepen en verbeterteams.

4.6

Kwaliteitsgroepen/verbeterteams

Zoals uit eerder onderzoek (Sluijs e.a. 1994, Wagner e.a. 1995) is gebleken, beginnen instellingen, als men gekozen heeft voor het invoeren van een kwaliteitssysteem, vaak met het projectgewijs opzetten van verbeteractiviteiten. Hiervoor worden bij het desbetreffende zorgproces of probleem betrokken uitvoerenden bij elkaar geroepen en wordt vervolgens

gezamenlijk gezocht naar verbetermogelijkheden. Kenmerkend voor deze kwaliteitsgroepen is dat op cyclische wijze geprobeerd wordt het zorgproces of probleem te beschrijven, analyseren en verbeteren. Uit de gegevens van onderhavige onderzoek blijkt dat 29% van de uitvoerenden het afgelopen jaar heeft deelgenomen aan een kwaliteitsgroep met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Voorbeelden die uitvoerenden hebben genoemd zijn: het verbeteren van de communicatie binnen het team, het schoonhouden van de afdeling, opzetten van multidisciplinair overleg, ter discussie stellen van goede en slechte bejegening en wond/stoma verzorging. Uit de gegevens blijkt verder dat de meeste kwaliteitsgroepen afdelingsgebonden werken (19%). Dit betekent dat de kwaliteitsgroep wordt gevormd door verpleegkundigen en verzorgenden van dezelfde afdeling. Bij 11% van de kwaliteitsgroepen worden ook verpleegkundigen en verzorgenden van andere afdelingen betrokken. Relatief weinig uitvoerenden geven aan dat zij deel hebben genomen aan een multidisciplinair samengestelde kwaliteitsgroep (6%).

Tabel 4.13

Overzicht van het percentage uitvoerenden per sector dat deelneemt aan kwaliteitsgroepen

<i>Kwaliteitsgroep met</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i>
	<i>N = 173</i>	<i>N = 163</i>	<i>N = 201</i>	<i>N = 183</i>	<i>N = 182</i>	<i>N = 137</i>
<i>Uitvoerenden van de afdeling</i>	14	17	19	25	20	19
<i>Uitvoerenden van andere afdelingen</i>	10	11	8	14	14	13
<i>Andere disciplines</i>	3	-	8	6	10	6

Uit tabel 4.13 blijkt dat uitvoerenden uit ziekenhuizen vaker dan gemiddeld deelnemen aan mono-disciplinaire kwaliteitsgroepen. Uitvoerenden uit verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen nemen vaker deel aan multidisciplinaire kwaliteitsgroepen.

4.7

Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we laten zien welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk toepassen. Uit de gegevens blijkt dat er zowel verschillen bestaan in de taakopvatting tussen de drie beroepsgroepen als tussen uitvoerenden binnen een beroepsgroep. De meeste verpleegkundigen zijn van mening dat de onderzochte afspraken, procedures en richtlijnen onderdeel uitmaken van hun taak. Van de helpenden daarentegen is eenderde tot de helft van mening dat bijvoorbeeld het registreren van cliëntgegevens, het evalueren van het zorgplan en het afsluiten van de zorgverlening niet tot de eigen taak behoort. Tevens moet er rekening mee worden gehouden dat bijvoorbeeld een activiteit als het opname-/eerste gesprek met de cliënt binnen sommige instellingen niet tot de taak van de verpleegkundige of verzorgende behoort aangezien een instelling kan werken met een aparte intake-functionaris.

Verder blijkt uit de gegevens dat de meeste afdelingen beschikken over afspraken, procedures of richtlijnen die tot doel hebben het zorgproces goed te laten verlopen en de zorg aan individuele cliënten op elkaar af te stemmen. Op sommige afdelingen worden tegelijkertijd zowel afspraken als richtlijnen gehanteerd om onderdelen van het zorgproces te bewaken. Eveneens is gebleken dat niet alle uitvoerenden de bestaande afspraken, procedures en richtlijnen altijd opvolgen. Verschillen tussen de sectoren bestaan vooral op het niveau van de activiteiten. Deze verschillen worden tevens kleiner als rekening wordt gehouden met de groep uitvoerenden die het toepassen van een activiteit niet tot de eigen taak rekent.

5

Systematische kwaliteitszorg

In dit hoofdstuk zal de vraag worden beantwoord in hoeverre de bestaande afspraken, procedures en activiteiten die op afdelingen van de verpleging en verzorging bestaan planmatig worden geëvalueerd. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de gegevens van leidinggevendenden.

Met planmatig bedoelen we dat de activiteiten die op een afdeling gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te bewaken en bevorderen regelmatig worden getoetst op hun functioneren en indien nodig worden aangepast naar aanleiding van informatie over de kwaliteit van zorg.

Naast planmatig toetsen bestaat er de mogelijkheid activiteiten ad hoc te toetsen. Dit gebeurt meestal naar aanleiding van een incident of een terugkomend probleem. Doel van systematische kwaliteitszorg is daarentegen problemen te voorkomen. Om dit te realiseren is het vaak noodzakelijk niet alleen op één afdeling veranderingen door te voeren, maar eveneens bijvoorbeeld het beleid van de instelling aan te passen of te investeren in deskundigheidsbevordering en extra ondersteuning. In dit hoofdstuk zullen wij op drie gebieden voor kwaliteitszorg nader ingaan, te weten kwaliteitsbeleid, personeelsbeleid en randvoorwaarden, en de beheersing van het zorgproces. In paragraaf 5.1 wordt beschreven in hoeverre instellingen volgens direct leidinggevendenden documenten op het gebied van kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld en de mate waarin deze op grond van toetsing worden bijgesteld. Paragraaf 5.2 laat zien welke extra activiteiten instellingen hebben ondernomen om systematische kwaliteitszorg te bevorderen. In paragraaf 5.3 wordt opnieuw gekeken naar de op afdelingen bestaande afspraken en procedures. Deze keer laten we zien in hoeverre de afspraken en procedures worden getoetst en bijgesteld.

5.1

Het kwaliteitsbeleid

Zoals in deel I van het rapport reeds aangegeven wordt het begrip kwaliteitsbeleid op twee niveaus gebruikt. Aan een kant omvat het begrip alle activiteiten die een instelling onderneemt om de kwaliteit van zorg te bewaken en bevorderen, aan de andere kant wordt het begrip ook gebruikt als het gaat om het op schrift stellen en operationaliseren van de doelen die de instelling heeft ten aanzien van kwaliteit.

In deze paragraaf gebruiken we het begrip in de tweede betekenis. Bij het formuleren van het kwaliteitsbeleid dient zich altijd de vraag aan: 'Wat willen we als instelling bereiken; wat zijn eigenlijk onze 'producten' en welke eisen worden daaraan gesteld, kortom, wat is onze visie op zorg?'. De beantwoording van dergelijke vragen geeft richting aan het kwaliteitsbeleid. Na het vaststellen van de doelen kunnen deze voor de instelling als geheel of per afdeling worden uitgewerkt in concrete maatregelen en activiteiten die periodiek worden geëvalueerd.

Ten slotte zal de instelling aan externen willen laten zien hoe de kwaliteit in de instelling wordt bewaakt en bevorderd, en wat men in de toekomst wil bereiken. Via een kwaliteitshandboek maakt men zichtbaar dat de instelling het overzicht heeft over alle gangbare procedures, en via een kwaliteitsjaarslag kan men aantonen op welke wijze men het afgelopen jaar aan kwaliteitsverbetering heeft gewerkt.

In tabel 5.1 is te zien hoeveel leidinggevenden aangeven dat de instelling over bovengenoemde documenten beschikt en in welke mate de documenten ad hoc of planmatig worden geëvalueerd en bijgesteld.

Tabel 5.1
Percentage leidinggevenden dat aangeeft dat de instelling beschikt over
onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid
(N = 234)

<i>Documenten</i>	<i>nee</i>	<i>in ont- wikkeling</i>	<i>ja, wordt ad hoc bijgesteld</i>	<i>ja, wordt periodiek bijgesteld</i>
Zorgvisie op schrift	3	15	27	55
Kwaliteitsbeleid op schrift	17	48	5	30
Kwaliteitsplan voor de instelling	23	48	5	25
Productomschrijvingen	13	24	22	41
Kwaliteitshandboek	36	33	10	21
Kwaliteitsjaarverslag	44	29	5	22
Klachtenreglement	3	6	26	65
Privacy-reglement	26	7	19	48

De tabel moet als volgt gelezen worden: 3% van de leidinggevenden geeft aan dat de instelling geen zorgvisie op schrift heeft, volgens 15% van de leidinggevenden wordt gewerkt aan het ontwikkelen ervan, 27% van de leidinggevenden geeft aan dat de zorgvisie incidenteel wordt bijgesteld en 55% geeft aan dat de op schrift gestelde zorgvisie periodiek wordt aangepast aan nieuwe ontwikkelingen.

Bijna de helft van de leidinggevenden (48%) geeft aan dat gewerkt wordt aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid en de vertaling daarvan in een kwaliteitsplan. Bij eenderde is dit inmiddels voltooid. Bijna tweederde van de leidinggevenden (63%) zegt dat de zorg en diensten van de instelling zijn geëxpliciteerd; een kwart is hiermee bezig.

Een minderheid van de instellingen is aangeland bij de volgende stap, het afleggen van verantwoording via kwaliteitshandboek en kwaliteitsjaarverslag: respectievelijk 31% en 27% van de leidinggevenden geeft aan dat deze documenten in de instelling aanwezig zijn. Wel is te zien dat volgens eenderde van de leidinggevenden hieraan wordt gewerkt. Een klachtenreglement is in de meeste instellingen (91%) aanwezig; een privacyreglement in tweederde van de instellingen.

In tabel 5.2 is te zien in hoeverre zorgsectoren verschillen in de mate waarin documenten aanwezig zijn.

Tabel 5.2

Percentage leidinggevenden per sector dat aangeeft dat de instelling beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid

<i>Documenten</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i>
	<i>N = 34</i>	<i>N = 29</i>	<i>N = 50</i>	<i>N = 40</i>	<i>N = 44</i>	<i>N = 33</i>
Zorgvisie op schrift	82	100	74	80	80	88
Kwaliteitsbeleid op schrift	34	45	33	49	21	30
Kwaliteitsplan voor de instelling	31	32	31	46	17	27
Productomschrijvingen	73	61	60	52	64	70
Kwaliteitshandboek	13	27	46	44	10	34
Kwaliteitsjaarverslag	13	24	39	28	17	40
Klachtenreglement	94	72	96	98	93	85
Privacy-reglement	84	56	60	63	71	70

Er zijn enkele verschillen en overeenkomsten gevonden tussen de sectoren. In alle sectoren geeft meer dan driekwart van de leidinggevenden aan dat binnen de instelling een zorgvisie en klachtenreglement op schrift is gesteld. Meer dan de helft van de leidinggevenden geeft aan dat de instelling beschikt over een privacy-reglement waarin staat aangegeven hoe met informatie van de cliënt wordt omgegaan. De meeste leidinggevenden geven aan dat de genoemde documenten periodiek worden aangepast aan veranderingen. Minder overeenstemming is te zien bij de andere documenten. Een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsplan is volgens leidinggevenden in de helft van de ziekenhuizen aanwezig; in bijna alle gevallen worden beide documenten periodiek, als onderdeel van de beleidscyclus, getoetst. Relatief veel leidinggevenden (73%) uit thuiszorginstellingen geven aan dat de diensten en producten die zij aanbieden omschreven zijn. Uit ziekenhuizen geeft de helft van de leidinggevenden aan dat de zorgverlening is geëxpliciteerd. Volgens

leidinggevenden is een kwaliteitshandboek in ongeveer de helft van de verpleeghuizen en ziekenhuizen aanwezig, terwijl instellingen in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen relatief vaak een kwaliteitsjaarverslag hebben opgesteld.

Concluderend kunnen we stellen dat volgens de meeste leidinggevenden instellingen beschikken over een zorgvisie en dat deze periodiek wordt aangepast aan veranderingen in de zorgverlening. Eveneens is een meerderheid van mening dat het zorgaanbod is omschreven. Met het op schrift stellen van een kwaliteitsbeleid zijn veel instellingen nog bezig. Dit geldt ook voor het afleggen van verantwoording aan derden via een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsjaarverslag. In hoeverre uitvoerenden op de hoogte zijn van deze documenten laten we zien in het volgende hoofdstuk.

5.2

Evalueren van bestaande afspraken, procedures en richtlijnen

Er zijn de laatste jaren verschillende methoden ontwikkeld voor het systematisch verbeteren van de kwaliteit van zorg. Voorbeelden hiervan zijn de spiraalmethode (De Bekker 1995), afdelingsgebonden toetsing en intercollegiale toetsing (Giebing 1995). Een belangrijk onderdeel dat in alle methoden terugkomt is het beschrijven, analyseren of meten van de bestaande zorgverlening, het vergelijken van de bestaande zorg met de gewenste situatie en het doorvoeren van veranderingen als dit nodig blijkt. Bij bovengenoemde stappen moeten bij voorkeur alle uitvoerenden van de afdeling worden betrokken, maar de coördinerende rol ligt veelal bij de leidinggevende. In deze paragraaf zullen wij een overzicht geven van de mate waarin bestaande afspraken, procedures en richtlijnen op de afdeling worden geëvalueerd. De afspraken en procedures staan beschreven in tabel 5.3, de richtlijnen in tabel 5.5, en toetsingsmethoden worden beschreven in tabel 5.7.

Tabel 5.3

Overzicht van het percentage leidinggevend en dat het functioneren van de afspraken en procedures ad hoc of periodiek toetst (N = 234)

Afspraken en procedures	niet aanwezig	aanwezig, geen/ ad-hoc-toetsing	aanwezig, periodieke toetsing
Opname-/eerste gesprek volgens vaste procedure	16	39	45
Individueel zorgplan	5	23	72
Registratie cliëntgegevens	9	28	63
Periodieke evaluatie zorgplan	12	31	57
Toewijzen zorgcoördinator	25	20	55
Afspraken over de coördinatie van zorg	14	31	55
Melden van fouten/ongevallen	8	23	69
Klachtenprocedure	7	30	63
Procedure voor afsluiten zorgverlening	37	26	37
Rapporteren aan andere hulpverleners na afsluiten zorgverlening	40	29	31

Uit tabel 5.3 blijkt dat tweederde van de leidinggevend en het toepassen van individuele zorgplannen, het registreren van cliëntgegevens, het melden van fouten en ongevallen, en het toepassen van de klachtenprocedure periodiek toetst. Ruim de helft van de leidinggevend en houdt toezicht op het evalueren van de zorgplannen, het toewijzen van een zorgcoördinator aan elke cliënt en het opvolgen van de gemaakte afspraken over de coördinatie van zorg. Minder vaak getoetst worden de procedure voor het opname-/eerste gesprek, de afspraken over de coördinatie van zorg en de afspraken over het afsluiten van de zorgverlening inclusief de rapportage als de zorgverlening door een andere hulpverlener wordt overgenomen.

Verschillen tussen de sectoren bestaan vooral tussen instellingen voor gehandicapten en APZ's, en de overige vier sectoren. Leidinggevend en in instellingen voor gehandicapten en APZ's geven vaker aan de bestaande afspraken en procedures periodiek te toetsen en evalueren (tabel 5.4).

Alleen het begin en einde van de zorgverlening worden in instellingen van de gehandicaptenzorg minder vaak getoetst dan in andere sectoren.

Tabel 5.4

Overzicht van het percentage leidinggevenden per sector dat het functioneren van de afspraken en procedures periodiek toetst

Afspraken en procedures	thuiszorg N = 34	verzorgings- huizen N = 29	verpleeg- huizen N = 50	zieken- huizen N = 40	APZ's N = 44	inst.gehan- dicapten N = 33
Opname-/eerste gesprek						
volgens vaste procedure	62	50	51	46	37	22
Individueel zorgplan	71	69	67	54	80	97
Registratie cliëntengegevens	47	59	59	56	71	91
Periodieke evaluatie zorgplan	35	59	47	47	75	82
Toewijzen zorgcoördinator	36	69	22	51	77	81
Afspraken over de coördinatie						
van zorg	39	59	48	42	66	81
Melden van fouten/ongevallen	39	68	72	74	75	79
Behandelen van klachten						
volgens procedure	58	66	60	71	67	58
Procedure voor afsluiten zorg- verlening	33	48	47	48	31	7
Rapporteren naar andere hulpverleners	18	45	33	34	34	21

In het algemeen worden de bestaande richtlijnen minder vaak geëvalueerd dan de bestaande afspraken en procedures. De richtlijnen voor het toepassen van beschermende maatregelen en het toedienen van medicijnen worden door de helft van de leidinggevenden periodiek geëvalueerd. Dit geldt ook voor de richtlijnen voor de verslaglegging over de cliënt. De overige richtlijnen worden door een kwart tot eenderde van de leidinggevenden periodiek geëvalueerd. Een overzicht van het percentage leidinggevenden dat de richtlijnen op zijn/haar afdeling heeft en de mate waarin deze worden geëvalueerd is te zien in tabel 5.5.

Tabel 5.5
Overzicht van het percentage leidinggevenden waarbij onderstaande richtlijnen op de afdeling aanwezig zijn en de mate waarin deze worden geëvalueerd (N = 234)

<i>Richtlijnen voor</i>	<i>niet aanwezig</i>	<i>aanwezig, geen/ ad-hoc-toetsing</i>	<i>aanwezig, periodieke toetsing</i>
<i>Zorghoud</i>			
Specifieke behandelvormen/gedragsproblemen	32	32	36
Specifieke doelgroepen en diagnoses	46	26	28
Het gebruik van medische hulpmiddelen (infuus)	41	25	34
Het toepassen van beschermende maatregelen	18	27	55
Het omgaan met euthanasievragen	54	23	23
Medische handelingen door verpleegkundigen	39	28	33
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	13	35	52
De hygiëne op de afdeling/bij de cliënt thuis	33	34	33
<i>Zorgcoördinatie</i>			
Het overdragen van werkzaamheden	27	32	41
Afstemming van zorg tussen hulpverleners	30	29	41
De routing van de patiënt van opname tot ontslag	38	30	32
De verslaglegging over de cliënt	9	35	56

Niet alle onderzochte richtlijnen zijn even relevant voor de deelnemende sectoren, hetgeen de mate waarin leidinggevenden het functioneren van bestaande richtlijnen toetsen kan beïnvloeden. In tabel 5.6 zijn de verschillen tussen de sectoren te zien.

Tabel 5.6
Overzicht van het percentage leidinggevendenden per sector dat het functioneren van onderstaande richtlijnen periodiek toetst

<i>Richtlijnen voor</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i>
	<i>N = 34</i>	<i>N = 29</i>	<i>N = 50</i>	<i>N = 40</i>	<i>N = 44</i>	<i>N = 33</i>
<i>Zorginhoud</i>						
Specifieke behandelvormen/ gedragsproblemen	39	24	38	53	24	47
Specifieke doelgroepen en diagnoses	26	22	31	44	22	19
Het gebruik van medische hulpmiddelen (infuus) ⁺	33	12	34	53	26	-
Het toepassen van beschermende maatregelen ⁺⁺	-	41	61	31	64	77
Het omgaan met euthanasie- vragen	23	19	39	28	13	7
Medische handelingen door verpleegkundigen	50	37	40	35	8	33
Het uitdelen/toedienen van medicijnen	52	57	50	48	40	70
De hygiëne op de afdeling/bij de cliënt thuis	28	37	33	53	17	31
<i>Zorgcoördinatie</i>						
Het overdragen van werkzaamheden	27	64	39	42	29	48
Afstemming van zorg tussen hulpverleners	43	52	37	37	32	47
De routing van de patiënt van opname tot ontslag	42	50	38	21	25	17
De verslaglegging over de cliënt	48	54	50	55	52	85

+ niet gevraagd in de gehandicaptenzorg

++ niet gevraagd in de thuiszorg

De inhoudelijke richtlijnen worden meer dan in andere sectoren geëvalueerd in ziekenhuizen en verpleeghuizen, terwijl in instellingen voor gehandicapten vooral de richtlijnen voor de zorgcoördinatie worden geëvalueerd. Daarnaast wordt door leidinggevenden in verzorgingshuizen meer toegezien op de richtlijn voor het overdragen van werkzaamheden, in de thuiszorg op de richtlijn voor medische handelingen door wijkverpleegkundigen en in APZ's en instellingen voor gehandicapten de richtlijn voor het omgaan met euthanasievragen.

Het zelf beoordelen van de kwaliteit van de geleverde zorg met behulp van toetsingsmethoden komt in de verpleging en verzorging (nog) betrekkelijk weinig voor. In ons onderzoek is nagegaan in hoeverre leidinggevenden en uitvoerenden op de afdeling gebruikmaken van het achteraf toetsen van de kwaliteit van zorg, van visitatie of van intercollegiale toetsing. De toetsingsmethoden worden gepresenteerd in tabel 5.7.

Tabel 5.7

Overzicht van het percentage leidinggevenden dat onderstaande methoden op de afdeling gebruikt om de kwaliteit van zorg te beoordelen (N = 234)

	<i>nee</i>	<i>ja, af en toe</i>	<i>ja, periodiek</i>
Toetsing van de kwaliteit van zorg op de afdeling (Het achteraf toetsen van de kwaliteit van zorg aan de hand van het oordeel van de patiënt, de uitvoering van de zorg en de gevoerde administratie)	26	48	26
Verpleegkundige visitatie (Beroepsgenoten beoordelen de procedures voor kwaliteitsbewaking op de afdeling en doen suggesties voor verbeteringen)	70	21	8
Monodisciplinaire intercollegiale toetsing (Beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren)	55	36	9
Multidisciplinaire intercollegiale toetsing	61	26	13

Een kwart van de leidinggevenden geeft aan de kwaliteit van zorg op de afdeling periodiek te toetsen. Een op de tien leidinggevenden maakt op de afdeling gebruik van visitatie en intercollegiale toetsing. Bij visitatie zijn de afspraken en procedures voor kwaliteitsbewaking onderwerp van toetsing. Bij intercollegiale toetsing daarentegen beoordelen verpleegkundigen en verzorgenden elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren. Bij multi-disciplinaire toetsing nemen in tegenstelling tot mono-disciplinaire toetsing verschillende disciplines aan het toetsingsproces deel.

Er zijn enkele verschillen tussen de sectoren (tabel 5.8). Ruim 40% van de leidinggevenden uit ziekenhuizen en instellingen voor gehandicapten maakt gebruik van afdelingsgebonden toetsing. Visitatie komt eveneens vaker voor in ziekenhuizen dan in andere sectoren. Intercollegiale toetsing vindt monodisciplinair vaker dan gemiddeld plaats in de thuiszorg, ziekenhuizen en APZ's. Multidisciplinaire intercollegiale toetsing is vaker dan gemiddeld te zien in verpleeghuizen en in APZ's. In een op de vijf verzorgingshuizen wordt de kwaliteit op de afdeling getoetst. Van de andere methoden wordt (tot nu toe) minder vaak gebruikgemaakt.

Tabel 5.8
Overzicht van het percentage leidinggevenden per sector dat onderstaande methoden periodiek gebruikt om de kwaliteit van zorg te toetsen

<i>Methode</i>	<i>thuiszorg</i> <i>N = 34</i>	<i>verzorgings- huizen</i> <i>N = 29</i>	<i>verpleeg- huizen</i> <i>N = 50</i>	<i>zieken- huizen</i> <i>N = 40</i>	<i>APZ's</i> <i>N = 44</i>	<i>inst. gehan- dicapten</i> <i>N = 33</i>
Toetsing van de kwaliteit van zorg op de afdeling	6	18	29	41	16	44
Verpleegkundige visitatie	3	7	10	14	10	3
Monodisciplinaire intercollegiale toetsing	12	-	6	14	14	6
Multidisciplinaire inter- collegiale toetsing	6	7	18	5	25	9

Samenvattend kan worden gezegd dat volgens meer dan de helft van de leidinggevendenden de afspraken en procedures op afdelingen periodiek worden getoetst. Het toetsen van richtlijnen wisselt, maar vindt gemiddeld op minder dan de helft van de afdelingen plaats. Ten slotte wordt door relatief weinig afdelingen gebruikgemaakt van recente methoden voor het toetsen van de kwaliteit van zorg of van kwaliteitszorg.

5.3

Randvoorwaarden voor kwaliteitszorg

Het middenkader (direct leidinggevendenden) wordt in veel instellingen verantwoordelijk gesteld voor het implementeren van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. Zij moet het beleid dat door de directie is ontwikkeld vertalen naar de werkvloer. De verpleegkundigen en verzorgenden in een instelling moeten kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de hulp of zorg die zij verlenen als in de samenwerking met elkaar. Zonder extra voorzieningen is het veelal niet mogelijk nieuwe activiteiten in te voeren en te onderhouden. Hierbij gaat het niet alleen om extra financiële middelen, ook de houding en betrokkenheid van de directie, de mogelijkheden voor scholing en de mate van ondersteuning door op kwaliteitsgebied deskundigen aan te stellen, spelen hierbij een rol.

Het belang dat de directie aan kwaliteit hecht komt tot uiting in de wijze waarop zij direct leidinggevendenden, verpleegkundigen en verzorgenden ondersteunen en goede randvoorwaarden creëren. In het personeelsbeleid kan dat zichtbaar worden in bijvoorbeeld (het budget voor) deskundigheidsbevordering en scholing, of het inruimen van extra tijd voor kwaliteitsactiviteiten. Wanneer de directie de zorg voor kwaliteit serieus neemt, zal dat ook tot uiting komen in de betrokkenheid die de directie toont bij het opstellen en evalueren van kwaliteitsplannen. Extra voorzieningen die zorginstellingen treffen om systematische kwaliteitszorg in te voeren zijn in tabel 5.9 te zien.

Tabel 5.9

Percentage leidinggevenden dat aangeeft dat de directie extra voorzieningen heeft getroffen voor het invoeren van kwaliteitszorg (N = 234)

<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	68%
Scholing van management en leidinggevenden	70%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	28%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	38%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	18%
<i>Ondersteuning</i>	
Instellen van een kwaliteitscommissie/werkgroepen	54%
Aanstellen van een kwaliteitscoördinator/-functionaris	40%
Instellen van een stuurgroep	24%
<i>Betrokkenheid van het management</i>	
Is op de hoogte van de kwaliteitsactiviteiten op de afdeling	53%
Betrekt de medewerkers bij de beheersing en verbetering van de zorgverlening	44%
Bemoeit zich actief met de verbetering en vernieuwing van de zorgverlening	40%
Toont zijn waardering voor verbeteringen in het zorgverleningsproces	39%
Bespreekt kwaliteitsproblemen met medewerkers en zoekt samen naar oplossingen	34%
Geeft feedback over bereikte resultaten	34%
Ontwikkelt verbeterprojecten voor alle afdelingen	31%

Uit de tabel blijkt dat het middenkader (leidinggevenden) in de meeste instellingen ondersteund wordt door extra voorzieningen die de directie heeft getroffen bij het invoeren van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Ruim de helft van de leidinggevenden meldt dat uitvoerenden de gelegenheid krijgen zich inhoudelijk of op het gebied van kwaliteitszorg te

scholen. Scholing vindt volgens een kwart van de leidinggevenden systematisch plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid of door nieuwe medewerkers te scholen (18%). Bijna de helft van de leidinggevenden geeft aan dat binnen de instelling een kwaliteitsfunctionaris (40%) is aangesteld en/of een kwaliteitswerkgroep is opgericht. In de meeste instellingen zijn kwaliteitscommissies breed samengesteld met een vertegenwoordiger van de directie, stafmedewerkers, afdelingshoofden en uitvoerenden. Gezamenlijk wordt gekeken hoe kwaliteitszorg het beste kan worden ingevoerd en welke middelen hiervoor nodig zijn. Kwaliteitsfunctionarissen en kwaliteitswerkgroepen kunnen het middenkader ondersteunen bij het vergroten van het draagvlak onder uitvoerenden. Vaak is de kwaliteitsfunctionaris diegene die verbeterprojecten opzet of begeleidt in samenwerking met leidinggevenden. Een stuurgroep kan eveneens een ondersteunende rol vervullen, maar hiervan wordt minder vaak gebruikgemaakt (24%).

Op de vraag in hoeverre leidinggevenden van mening zijn dat het management actief betrokken is bij het invoeren van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering geeft de helft van de leidinggevenden aan dat het management op de hoogte is van de activiteiten op de afdeling. Een deel van de managers gaat verder door uitvoerenden zelf te betrekken bij het beheersen en verbeteren van de zorgverlening (44%) en zich actief met vernieuwing van de zorgverlening bezig te houden (40%). Eenderde van de managers toont volgens leidinggevenden zijn waardering voor verbeteringen in het zorgverleningsproces, bespreekt kwaliteitsproblemen en geeft feedback over bereikte resultaten.

De verschillen tussen sectoren zijn te zien in tabel 5.10. Wij zullen er een aantal noemen.

Tabel 5.10
Percentage leidinggevenden per sector dat aangeeft dat de directie extra voorzieningen heeft getroffen voor het invoeren van kwaliteitszorg
(N = 234)

	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst. gehan- dicapten</i>
	<i>N = 34</i>	<i>N = 29</i>	<i>N = 50</i>	<i>N = 40</i>	<i>N = 44</i>	<i>N = 33</i>
<i>Scholing</i>						
Scholing van uitvoerenden	62	83	70	64	50	86
Scholing van management	32	24	22	29	39	21
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	18	55	42	45	30	39
Nieuwe medewerkers scholen in kwaliteitszorg	24	14	24	14	11	18
<i>Ondersteuning</i>						
Instellen kwaliteitscommissie/werkgroepen	38	35	58	75	55	52
Aanstellen kwaliteitscoördinator/-functionaris	27	17	30	73	52	27
Instellen stuurgroep	12	24	38	25	14	30
<i>Betrokkenheid van het management</i>						
Is op de hoogte van de kwaliteitsactiviteiten	24	69	60	73	44	46
Betrekt uitvoerenden bij het beheersen/verbeteren van de zorgverlening	44	66	40	36	30	61
Bemoeit zich actief met Verbetering/vernieuwing van de zorgverlening	41	66	36	27	33	46
Toont zijn waardering voor verbeteringen in het zorgverleningsproces	27	66	38	39	44	21
Bespreekt kwaliteitsproblemen met medewerkers en zoekt samen naar oplossingen	21	59	34	27	16	61
Geeft feedback over de bereikte resultaten	24	55	36	34	28	30
Ontwikkelt verbeterprojecten voor alle afdelingen	35	55	24	30	30	21

Uit de tabel blijkt dat volgens leidinggevenden in relatief veel verzorgingshuizen en instellingen voor gehandicapten uitvoerenden worden geschoold in het kader van kwaliteitszorg (83% en 86%). Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid vindt relatief vaker plaats in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen. Ondersteuning in de vorm van een kwaliteitscoördinator en een kwaliteitscommissie ontvangen drie kwart van de leidinggevenden in ziekenhuizen.

De betrokkenheid van het management is volgens leidinggevenden het grootst in verzorgingshuizen. Meer dan in andere sectoren werkt het management in verzorgingshuizen actief mee aan kwaliteitsbewaking en -bevordering en toont zijn waardering voor verbeteringen in het zorgproces. In ziekenhuizen is het management volgens drie kwart van de leidinggevenden op de hoogte van de activiteiten die in het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering op de afdeling plaatsvinden.

5.4

Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op het (systematisch) evalueren van documenten die in het kader van kwaliteitszorg zijn ontwikkeld en het toetsen van de bestaande afspraken, procedures en richtlijnen voor het bewaken van het zorgverleningsproces.

Uit de resultaten blijkt dat eenderde van de instellingen beschikt over de onderzochte documenten zoals een kwaliteitsbeleid, kwaliteitsplan, handboek en jaarverslag. Relatief veel instellingen (82%) hebben de zorgvisie op schrift gesteld en tweederde van de instellingen heeft volgens leidinggevenden de zorgverlening geëxpliciteerd in productomschrijvingen. Als documenten aanwezig zijn, worden deze in de meerderheid van de gevallen periodiek geëvalueerd. Het meest frequent wordt in dit kader het klachtenreglement genoemd. Tussen de sectoren zijn zowel overeenkomsten als verschillen gevonden.

Het evalueren van bestaande afspraken en procedures vindt volgens een kwart tot eenderde van de leidinggevenden niet of op ad-hoc-basis plaats. De helft tot tweederde van de leidinggevenden geeft aan de afspraken en procedures periodiek te toetsen. Het toetsen van richtlijnen vindt volgens leidinggevenden minder frequent plaats.

Ten slotte geven leidinggevenden aan dat directies van instellingen extra voorzieningen hebben getroffen voor het invoeren van kwaliteitszorg. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om scholing van medewerkers en

leidinggevenden en het instellen van een kwaliteitscommissie. De betrokkenheid van de directie kan blijken doordat deze informeert naar de activiteiten op de afdeling en het betrekken van medewerkers bij het beheersen en verbeteren van de zorgverlening.

6

De relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden afgestemd zijn op het kwaliteitssysteem van de instelling en de factoren die de onderlinge afstemming belemmeren dan wel bevorderen. Kwaliteit is sinds de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen expliciet een zaak van instellingsmanagement en uitvoerenden (professionals). Beiden hebben een eigen verantwoordelijkheid waarbij niet altijd duidelijk is waar de grenzen van deze verantwoordelijkheid liggen. Uitvoerenden zijn bijvoorbeeld van het management afhankelijk als het gaat om randvoorwaarden voor goede zorgverlening, en het management van een instelling kan worden aangesproken als een beroepsbeoefenaar niet voldoet aan de in de Wet BIG of de WGBO gestelde eisen (LCKZ 1996).

Een kwaliteitssysteem voor de hele organisatie kan alleen functioneren als management en uitvoerenden samenwerken. Deze samenwerking krijgt vorm als het management uitvoerenden betreft bij het opstellen van bijvoorbeeld zorgvisie, kwaliteitsbeleid en kwaliteitsplan, terwijl uitvoerenden het management informeren over de manieren waarop de kwaliteit van zorg op de afdeling wordt gewaarborgd en welke factoren de kwaliteitsbewaking belemmeren. Uit de praktijk is bekend dat management en uitvoerenden niet altijd van elkaars activiteiten op de hoogte zijn. In hoeverre dit het geval is in de door ons onderzochte instellingen staat beschreven in paragraaf 6.1.

In paragraaf 6.2 gaan wij nader in op de mogelijkheden van uitvoerenden om invloed uit te kunnen oefenen op het beleid van de instelling. Als uitvoerenden in de ontwikkeling van beleid participeren kan dit de onderlinge afstemming en uitvoering van het beleid bevorderen.

In paragraaf 6.3 worden de door uitvoerenden ervaren belemmerende en bevorderende factoren voor het werken aan kwaliteit beschreven.

Ten slotte wordt in paragraaf 6.4 gezocht naar verklaringen voor de eerder

gevonden verschillen tussen uitvoerenden in het toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering.

6.1

Het perspectief van het management en activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden

Het management en uitvoerenden hebben bij het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem ieder hun eigen taken en verantwoordelijkheden. Het systeem ontstaat als de afzonderlijke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering op elkaar worden afgestemd. Voor het bereiken van afstemming is het van belang elkaar te informeren over de resultaten van activiteiten en waar mogelijk de ander te betrekken bij de ontwikkeling ervan. Bij het management rust de taak de kwaliteit van zorg van de instelling als geheel te waarborgen. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben de taak de kwaliteit van de zelf verleende zorg en de aansluiting naar andere hulpverleners in de keten te bewaken en verbeteren. In deze paragraaf wordt het perspectief van het management op bestaande activiteiten in de instelling vergeleken met het perspectief van uitvoerenden. Tevens wordt hierbij een onderscheid gemaakt in instellingen die net zijn begonnen met het invoeren van kwaliteitssystemen (fase 0/1) en instellingen die hiermee al ver zijn gevorderd (fase 3).

Voor het maken van een vergelijking tussen de groepen is een selectie gemaakt van (sterk overeenkomende) vragen die zowel aan het management als aan uitvoerenden zijn gesteld. Vragen waarvan verondersteld kan worden dat zij uitsluitend worden uitgevoerd door het management dan wel door uitvoerenden zijn geselecteerd. Tabel 6.1 geeft de verschillen en overeenkomsten weer tussen de onderscheiden groepen. Bij de eerste zes activiteiten gaat het om managementactiviteiten, de volgende zes activiteiten worden door uitvoerenden in de praktijk toegepast.

Tabel 6.1

Overzicht van het percentage directies en uitvoerenden dat aangeeft dat onderstaande activiteiten in de onderzochte instellingen aanwezig zijn dan wel worden toegepast

	Fase 0/1 (N = 582)		Fase 3 (N = 457)	
	mana- gement	uitvoe- renden	mana- gement	uitvoe- renden
<i>Activiteiten van het management</i>				
Kwaliteitsbeleid op schrift	18	65	54	79
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	14	52	26	63
Directie geeft aan wat verwacht wordt/is actief betrokken	48	42	88	43
Directie toetst afspraken/weet wat op de afd. wordt gedaan	34	50	76	63
Directie geeft feedback	17	26	87	38
Directie bewaakt werkplannen/betrekt medew. bij het bewaken	21	38	52	43
<i>Activiteiten van uitvoerenden</i>				
Richtlijn voor specifieke behandelingen/gedragsproblemen	80	75	83	82
Richtlijn voor specifieke doelgroepen	51	62	55	69
Richtlijn voor de routing van de patiënt	22	57	76	64
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	68	11	86	21
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	39	2	85	7
Zorgplannen	100	85	100	88

Tabel 6.1 moet als volgt worden gelezen: 18% van de managers uit instellingen die net zijn begonnen met het systematisch werken aan kwaliteitsverbetering geeft aan een kwaliteitsbeleid op schrift te hebben. Van de uitvoerenden uit deze instellingen geeft 65% aan bekend te zijn met het kwaliteitsbeleid van de instelling. Van de managers uit vergevorderde instellingen geeft 54% aan een kwaliteitsbeleid te hebben

ontwikkeld. 79% van de uitvoerenden uit deze instellingen geven aan op de hoogte te zijn van het kwaliteitsbeleid.

Een vergelijkbaar beeld is te zien ten aanzien van het kwaliteitsplan.

Relatief weinig managers geven aan een kwaliteitsplan te hebben ontwikkeld, terwijl dubbel zoveel uitvoerenden aangeven bekend te zijn met het kwaliteitsplan.

Antwoorden op de vraag over de wijze waarop het management de betrokkenheid van medewerkers bij het kwaliteitsbeleid stuurt en stimuleert variëren. Uitvoerenden uit fase 0/1 instellingen geven vaker aan dat de directie de afspraken toets, werkplannen bewaakt en feedback geeft dan dat directies dit zelf aangeven. In fase 3 instellingen liggen de verhoudingen anders. Gemiddeld drie kwart van de directies zegt aan te geven wat van medewerkers wordt verwacht, en afspraken en werkplannen te toetsen. Van de uitvoerenden heeft minder dan de helft deze mening.

Verschillen tussen directie en uitvoerenden zijn eveneens te zien als het gaat om de activiteiten van uitvoerenden. Bij vier van de zes activiteiten heeft het management een positiever beeld van het toepassen van bestaande richtlijnen en activiteiten door uitvoerenden. Het verschil in perspectief is het grootst bij intercollegiale toetsing. Van de directies uit fase 0/1 instellingen denkt 68% en van de directies uit fase 3 instellingen denkt 86% dat in de instelling mono-disciplinaire toetsing door uitvoerenden wordt toegepast. Van de uitvoerenden geeft 11% respectievelijk 21% aan hieraan deel te nemen. Een vergelijkbaar beeld is te zien bij multi-disciplinaire intercollegiale toetsing.

Samengevat blijkt dat het perspectief van management en uitvoerenden op een aantal punten duidelijk van elkaar verschilt. De gemaakte uitspraken hebben betrekking op het management en uitvoerenden uit fase 0/1 en fase 3 instellingen. Er is niet per instelling nagegaan in hoeverre uitvoerenden het eens zijn met de uitspraak van het management. Mogelijke redenen voor de gevonden verschillen tussen management en uitvoerenden kunnen te maken hebben met de participatie van verpleegkundigen en verzorgenden bij beleidsontwikkelingen en op de werkvloer bestaande belemmerende en bevorderende factoren. In de volgende paragrafen zullen wij hier nader op ingaan.

6.2

De invloed van verpleegkundigen en verzorgenden op het beleid van de instelling

In de voorgaande paragraaf zagen we dat veel uitvoerenden op de hoogte zijn van de activiteiten van het management op het gebied van kwaliteitsbeleid. In hoeverre uitvoerenden invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de instelling is onderwerp van deze paragraaf.

Van de uitvoerenden geeft 14% aan geen mogelijkheden te zien invloed uit te oefenen op het kwaliteitsbeleid, het werkplan of het zorgaanbod.

82% Van de uitvoerenden zegt wel invloed uit te kunnen oefenen (4% van de uitvoerenden heeft hierover geen mening). Ruim de helft (55%) van de uitvoerenden oefent invloed uit via het afdelingshoofd of de rayonmanager. De helft van de uitvoerenden (46%) doet dit via de ondernemingsraad. Minder vaak noemen uitvoerenden stafmedewerkers verpleging/verzorging, de verpleegkundige adviesraad of de kwaliteitsfunctionaris als een weg om zelf invloed op het beleid uit te oefenen. Hierna volgt een overzicht van het percentage uitvoerenden dat dergelijke mogelijkheden heeft genoemd in volgorde van frequentie:

Invloed uitoefenen via:

. afdelingshoofd/rayonmanager	55%
. ondernemingsraad	46%
. stafmedewerker verpleging/verzorging	17%
. beleidscommissie waarin verpleegkundigen/verzorgenden zitting hebben (bijvoorbeeld verpleegkundig stafconvent)	17%
. kwaliteitsfunctionaris/manager	10%

De mogelijkheid om invloed uit te oefenen verschilt per beroepsgroep.

Verpleegkundigen geven vaker aan geen invloed uit te kunnen oefenen dan verzorgenden en helpenden (respectievelijk 16%, 14% en 11%).

Verschillen bestaan er ook tussen sectoren. Uit de gehandicaptenzorg geeft 94% van de uitvoerenden aan invloed uit te kunnen oefenen op het beleid van de instelling. In ziekenhuizen bedraagt dit percentage 78%. In de overige sectoren ligt het percentage rond de 85%. Een overzicht is te zien in tabel 6.2.

Tabel 6.2
Overzicht van het percentage uitvoerenden dat via onderstaande
methoden invloed uitoefent op het beleid van de instelling

	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg- huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i>
	<i>N = 173</i>	<i>N = 163</i>	<i>N = 201</i>	<i>N = 183</i>	<i>N = 182</i>	<i>N = 137</i>
Afdelingshoofd/rayonmanager	38	56	65	56	56	57
Ondernemingsraad	53	31	39	42	46	68
Stafmedewerker verpleging/ verzorging	15	32	11	16	12	17
Beleidscommissie met verpleegkundigen en verzorgenden	13	6	10	20	35	15
Kwaliteitsfunctionaris/manager	10	15	6	9	14	4

Als uitvoerenden invloed willen uitoefenen op bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid van de instelling is het van belang kennis te hebben van methoden voor kwaliteitsverbetering en de recente wetgeving op dit terrein. In hoofdstuk vier zagen we reeds dat een op de vijf uitvoerenden het afgelopen jaar een cursus heeft gevolgd over kwaliteitsbegrippen en methoden. In tabel 6.3 is te zien in hoeverre uitvoerenden globaal of inhoudelijk bekend zijn met de nieuwe kwaliteitswetgeving.

Tabel 6.3

Overzicht van het percentage uitvoerenden dat bekend is met recente kwaliteitswetgeving (N = 1.039)

Wetgeving	onbekend	ja, globaal bekend	ja, inhoudelijk bekend
Wet BIG (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg)	15	57	28
Kwaliteitswet Zorginstellingen	51	42	7
WGBO (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst)	57	29	14
Wet Klachtrecht Zorgsector	51	41	8
Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector	59	35	6
Wet BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen)	37	38	26
Wet Voorzieningen Gehandicapten	58	34	8
Wet op de Persoonsregistratie	25	55	20

Uit de tabel blijkt dat de meeste uitvoerenden (85%) bekend zijn met de Wet BIG; 28% van de uitvoerenden is bekend met de inhoud van deze wet. Dit is begrijpelijk aangezien de registratie van verpleegkundigen in het kader van de Wet BIG volop bezig is en ook de komende jaren nog aandacht zal vragen. Sommige verzorgenden zullen naar verwachting binnenkort eveneens (gedeeltelijk) onder de Wet BIG vallen. Bijna de helft van de uitvoerenden is globaal op de hoogte van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de klachtwet; een op de tien uitvoerenden kent de inhoud van deze wetten. Minder bekend zijn uitvoerenden met de WGBO en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector. Hulpverleners, waaronder verpleegkundigen en verzorgenden, worden in de WGBO verplicht aan de cliënt informatie te verstrekken die de cliënt nodig heeft voor het zelf kunnen nemen van beslissingen. Voorbeelden van dergelijke informatie zijn de doelen en de inhoud van de zorgverlening.

De verschillen tussen sectoren zijn te zien in tabel 6.4.

Tabel 6.4
Overzicht van het percentage uitvoerenden dat inhoudelijk bekend is met
recente wetgeving op het terrein van kwaliteit en cliëntenrecht

<i>Wetgeving</i>	<i>thuiszorg</i>	<i>verzorgings- huizen</i>	<i>verpleeg huizen</i>	<i>zieken- huizen</i>	<i>APZ's</i>	<i>inst.gehan- dicapten</i>
	<i>N = 173</i>	<i>N = 163</i>	<i>N = 201</i>	<i>N = 183</i>	<i>N = 182</i>	<i>N = 137</i>
Wet BIG	14	21	22	39	37	34
Kwaliteitswet Zorginstellingen	3	11	9	7	6	8
WGBO	4	8	6	28	25	11
Wet Klachtrecht Zorgsector	4	10	6	9	11	5
Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector	3	8	7	3	6	7
Wet BOPZ	-	-	16	5	45	40
Wet Voorzieningen Gehan- dicapten	19	9	2	2	1	16
Wet op de Persoonsregistratie	16	20	17	20	23	23

Uit tabel 6.4 blijkt dat uitvoerenden in ziekenhuizen en APZ's vaker inhoudelijk bekend zijn met de Wet BIG en de WGBO dan uitvoerenden uit andere sectoren. De Wet BOPZ is vooral bekend bij uitvoerenden werkzaam in APZ's en instellingen in de gehandicaptenzorg; de Wet Voorzieningen Gehandicapten vooral bij uitvoerenden in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Relatief weinig verschil in bekendheid is te zien bij de overige wetten.

Geconcludeerd kan worden dat de meerderheid van de uitvoerenden via het hoofd van de afdeling of de ondernemingsraad invloed kan uitoefenen op het beleid van de instelling. Inhoudelijke kennis over methoden voor kwaliteitsverbetering en recente wetgeving heeft minder dan de helft van de uitvoerenden.

6.3

Belemmerende en bevorderende factoren bij het werken aan kwaliteit

Het opnemen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de dagelijkse routine van hulpverleners is wellicht het moeilijkste gedeelte

bij systematische kwaliteitsverbetering. Uit de literatuur zijn enkele succesfactoren voor een effectieve implementatie bekend. Het meest belangrijke is een brede benadering waarbij uitvoerenden worden geattendeerd op het bestaan van de procedures, richtlijnen of activiteiten gecombineerd met ondersteunende activiteiten en sturende maatregelen (Lombarts e.a. 1996; Appelman e.a. 1996; De Bakker e.a. 1994). De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat voor verpleegkundigen en verzorgenden meerdere factoren een rol spelen bij de keuze om wel of niet aan kwaliteitsbewaking en -bevordering te werken.

In deze paragraaf geven wij een overzicht van de omgevingsfactoren en de persoonlijke factoren die bij helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen belemmerend respectievelijk bevorderend werken bij het toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Van de uitvoerenden noemt 88% bevorderende factoren en 89% belemmerende factoren. Welke factoren dit zijn, is te zien in tabel 6.5 en 6.6.

Tabel 6.5

Overzicht van het percentage uitvoerenden dat onderstaande stimulerende factoren heeft genoemd (N = 1.039)

<i>Stimulerende factoren</i>	<i>totale groep N = 1039</i>	<i>helpenden N = 105</i>	<i>verzorgenden N = 390</i>	<i>verpleegkundigen N = 526</i>
<i>Omgevingsfactoren</i>				
Ondersteuning door leidinggevende	63	74	68	58
Ondersteuning door staf-/kwaliteitsfunctionaris	18	16	15	20
Extra tijd	11	13	10	11
Ondersteuning door externen (bijv. CBO, adviesbureau)	6	4	5	7
<i>Persoonlijke factoren</i>				
Opmerkingen worden serieus genomen	40	31	40	41
Beschikbaar stellen van literatuur	26	19	20	31
Mogelijkheden om vakinhoudelijk te ontwikkelen	17	17	16	18
Ruimere bevoegdheden	7	3	8	8

In tabel 6.5 is te zien dat tweederde van de uitvoerenden door de leidinggevende gestimuleerd wordt om aan kwaliteitsbewaking en -bevordering te werken. Andere belangrijke stimulerende factoren liggen vooral op het persoonlijke vlak. Eenderde van de uitvoerenden vindt het stimulerend als kritische opmerkingen over de zorgverlening serieus worden genomen en voor een kwart van de uitvoerenden is het ter beschikking hebben van literatuur van belang. Bij minder uitvoerenden spelen factoren als extra tijd voor kwaliteitsactiviteiten, ondersteuning door derden of het krijgen van ruimere bevoegdheden een rol.

Uit de tabel blijkt tevens dat helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen op verschillende wijze worden gestimuleerd om aan kwaliteitsbewaking en -bevordering te werken. Bij helpenden ligt meer dan bij verzorgenden en verpleegkundigen de nadruk op ondersteuning door de leidinggevende. Verpleegkundigen daarentegen hebben relatief vaker aangegeven gestimuleerd te worden door de kwaliteitsfunctionaris of door externen. Een tweede verschil is te zien bij de persoonlijke factoren. Meer verpleegkundigen en verzorgenden dan helpenden worden gestimuleerd door de kritische opmerkingen over de zorgverlening serieus te nemen en hen ruime bevoegdheden toe te wijzen.

De door uitvoerenden genoemde belemmerende factoren hangen vooral samen met de werkomgeving, zoals blijkt uit tabel 6.6.

Tabel 6.6

Overzicht van het percentage uitvoerenden dat onderstaande belemmerende factoren heeft genoemd (N = 1.039)

<i>Belemmerende factoren</i>	<i>totale groep N = 1039</i>	<i>helpenden N = 105</i>	<i>verzorgenden N = 390</i>	<i>verpleegkundigen N = 526</i>
<i>Omgevingsfactoren</i>				
Werkdruk	64	49	69	63
Onduidelijke afspraken	30	16	33	32
Draagvlak op de afdeling	20	13	17	24
Gebrek aan ondersteuning door de leidinggevende	17	7	12	22
Slechte samenwerking met andere disciplines	15	6	16	17

(Vervolg tabel 6.6)

Persoonlijke factoren

Onbekendheid	17	15	15	19
Moeten werken volgens gemaakte afspraken/ richtlijnen	10	7	13	8
Geen (zichtbaar) effect	9	3	9	10

De meest belemmerende factor voor het systematisch werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering is de werkdruk (64%). Voor 38% (niet in tabel) van de uitvoerenden is kwaliteitsbevordering alleen mogelijk als er meer personeel komt. Een kwart van de uitvoerenden heeft een andere mening; zij denken dat kwaliteitsbevordering binnen de huidige kaders mogelijk is.

Andere veel genoemde belemmerende factoren zijn de onduidelijk afspraken en het soms geringe draagvlak op de afdeling.

In mindere mate spelen persoonlijke factoren een belemmerende rol.

Ongeveer een op de vijf uitvoerenden noemt onbekendheid met systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering als een belemmerende factor. Een op de tien uitvoerenden ziet het werken volgens gemaakte afspraken en richtlijnen eerder als beperking dan als mogelijkheid om goede kwaliteit van zorg te bieden. Tot slot, roept het ontbreken van (zichtbare) effecten bij een op de tien uitvoerenden twijfels op die belemmerend werken.

Ook ten aanzien van de belemmerende factoren kunnen enkele verschillen tussen uitvoerenden worden genoemd. Uit de tabel blijkt dat meer verzorgenden en verpleegkundigen aangeven belemmerende factoren te ervaren bij het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Dit geldt vooral voor de omgevingsfactoren en in mindere mate om de persoonlijke factoren onbekendheid en moeten werken volgens afspraken.

Samengevat blijkt uit de resultaten dat verschillende omgevingsfactoren en persoonlijke factoren een positieve invloed kunnen hebben op het werken aan kwaliteitsbevordering. De ondersteuning door de leidinggevende speelt bij veel uitvoerenden een belangrijke rol.

Aan de andere kant worden ook factoren genoemd die belemmerend werken. Naast de werkdruk gaat het om factoren als onduidelijk afspraken, het draagvlak op de afdeling en onbekendheid met systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering.

6.4

De relatie tussen persoons- en instellingsgebonden kenmerken en het toepassen van afspraken en procedures

Tot slot willen wij in deze paragraaf nagaan in hoeverre verschillen tussen uitvoerenden in het toepassen van afspraken en procedures die van belang zijn voor kwaliteitsbewaking en -bevordering (kortweg 'doen aan kwaliteit') het gevolg zijn van verschillen in instellings- en persoonsgebonden factoren. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre de activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden zijn afgestemd op het kwaliteitssysteem van de instelling (vraagstelling vier van dit deel). Als er afstemming is, verwacht je dat uitvoerenden in instellingen met een kwaliteitssysteem de bestaande afspraken en procedures meer toepassen dan uitvoerenden in instellingen zonder kwaliteitssysteem. Om dat na te gaan, moet wel rekening worden gehouden met het feit dat instellingen met een kwaliteitssysteem een ander personeelsbestand (bijvoorbeeld veel helpenden of veel ouderen) kunnen hebben.

Tevens wordt gekeken of de verschillen in het toepassen van kwaliteitsbewakende en -bevorderende factoren (zie hoofdstuk 4 van deel II) vooral zijn gelegen op het niveau van de uitvoerenden dan wel op het niveau van de instelling. Met andere woorden verschillen de uitvoerenden in het 'doen aan kwaliteit' onderling of zijn de verschillen toe te schrijven aan het feit dat de uitvoerenden uit verschillende instellingen afkomstig zijn.

Voor het beantwoorden van deze vragen zijn de volgende twee stappen doorlopen: 1) het selecteren van relevante variabelen; 2) multi-niveau-analyse om te bepalen op welk niveau de meeste variatie bestaat en welke persoons- en instellingsgebonden kenmerken van invloed zijn op het toepassen van afspraken en procedures door uitvoerenden. Tabel 6.7 laat zien welke variabelen voor de analyses zijn geselecteerd en hoe deze in het onderzoek zijn geoperationaliseerd.

Tabel 6.7
Overzicht en uitwerking van de variabelen die in de multi-niveau-analyse zijn gebruikt

<i>Naam variabele</i>	<i>Operationalisatie</i>
<i>Afhankelijke variabele</i>	
1 toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-bevordering ($\alpha = .70$)	schaal van 1 (niet toepassen) tot 4 (altijd toepassen) van de mate waarin uitvoerenden gemiddeld de activiteiten toepassen: gebruik zorgplan, registratie cliëntgegevens, evaluatie zorgplan, gebruik zorgcoördinator, afspraken omtrent coördinatie van zorg, melden fouten, behandelen klachten, afsluiten hulpverlening, rapportage cliëntgegevens
<i>Beïnvloedende variabelen op het niveau van uitvoerenden</i>	
2 functieniveau	1 = helpende 2 = verzorgende 3 = verpleegkundige
3 leeftijd	leeftijd van de respondent lopend van 18 tot 59
4 geslacht	1 = man 2 = vrouw
<i>Beïnvloedende factoren op het niveau van de instelling</i>	
5 grootte instelling	aantal FTE's lopend van 16 tot 3.256
6 ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem	0/1 = oriëntatie en voorbereidende fase 3 = systematisering en verankering in de bedrijfsvoering
7 sector	aan het onderzoek hebben de volgende sectoren deelgenomen: thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuizen en instellingen voor gehandicapten. Van de sectorvariabele zijn vijf dummy-variabelen (0/1) gemaakt met de thuiszorg als referentiegroep

De afhankelijke variabele is geconstrueerd uit een negental afzonderlijke variabelen zoals bijvoorbeeld afspraken over het gebruiken en evalueren van een zorgplan, de registratie van cliëntgegevens, het behandelen van klachten en de rapportage van cliëntgegevens na afsluiten van de hulpverlening (tabel 6.7). Deze stap is noodzakelijk omdat van kwaliteitsbewaking en -bevordering pas sprake is als verschillende afspraken, procedures en richtlijnen in de dagelijkse praktijk worden toegepast. Uit het onderzoek is ook gebleken dat niet alle uitvoerenden de onderzochte activiteiten tot de eigen taak rekenen; een voorbeeld hiervan is het opname gesprek en het opstellen van zorgovereenkomsten. Bij het construeren van de afhankelijke variabele zijn deze variabelen buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de onderzochte richtlijnen waar de taakopvatting van uitvoerenden eveneens verschilt.

De beïnvloedende variabelen zoals functieniveau, leeftijd, geslacht en grootte van de instelling zijn voor de analyse niet veranderd. De ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem is overgenomen uit een eerder onderzoek (zie hoofdstuk 2 van deel II).

Ons is het primair te doen om de vraag of uitvoerenden in instellingen met een vergevorderd kwaliteitssysteem meer aan kwaliteit doen (zoals dat tot uiting komt in de in tabel 6.7 toegelichte score) dan in instellingen die nog aan het begin staan. Dan moeten we wel rekening houden met versturende variabelen. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat uitvoerenden in grote instellingen sowieso meer aan kwaliteit doen. Van de variabelen die in tabel 6.7 staan beschreven, veronderstellen wij dat zij van invloed zijn op het toepassen van de onderzochte afspraken en procedures. Tevens kan worden verwacht dat de beschreven variabelen ook onderling met elkaar samenhangen. Zo kan bijvoorbeeld het functieniveau samenhangen met de leeftijd van de uitvoerende. In een multi-niveau-analyse kan met deze samenhangen rekening worden gehouden en kunnen tegelijkertijd kenmerken van de uitvoerenden en van de instelling bij de analyse worden betrokken. In tabel 6.8 worden de resultaten van de analyse weergegeven.

Tabel 6.8

De invloed van individuele en instellingsgebonden factoren op het toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-bevordering door verpleegkundigen en verzorgenden: regressiecoëfficiënten en variantiecoëfficiënten met hun standaardfout (tussen haakjes)

Variabelen	Model							
	A		B		C		D	
<i>Regressiecoëfficiënten</i>								
Constate	2,88	(0,03)	2,80	(0,11)	2,96	(0,17)	2,92	(0,19)
Functioniveau			0,26	(0,03)	0,26	(0,03)	0,23	(0,03)
Leeftijd			-0,01	(0,00)	-0,01	(0,00)	-0,01	(0,00)
Geslacht			-0,05	(0,05)NS	-0,05	(0,05)NS	-0,03	(0,05)NS
Grootte van de instelling			-0,00	(0,00)NS	-0,00	(0,00)NS	-0,00	(0,00)NS
Ontwikkelingsfase kwaliteitssysteem					-0,13	(0,14)NS	-0,07	(0,14)NS
Sector (referentiegroep = thuiszorg):								
Verzorgingshuizen							-0,05	(0,09)NS
Verpleeghuizen							-0,06	(0,09)NS
Ziekenhuizen							0,10	(0,10)NS
Psychiatrisch ziekenhuizen							0,10	(0,09)NS
Instellingen voor gehandicapten							0,06	(0,10)NS
<i>Variancecoëfficiënten</i>								
Instellingen	0,05	(0,01)	0,02	(0,01)	0,02	(0,01)	0,02	(0,01)
Uitvoerenden	0,34	(0,02)	0,32	(0,02)	0,32	(0,02)	0,32	(0,02)

De analyse is in vier stappen uitgevoerd. In de eerste stap, het basismodel A, is onderzocht in hoeverre de verschillen tussen uitvoerenden in het 'doen aan kwaliteit' toe te schrijven zijn aan verschillen tussen instellingen dan wel verschillen tussen uitvoerenden binnen instellingen. De constante van 2,88 geeft het overall-gemiddelde op de schaalscore aan. De variantie hierin op instellingsniveau is 0,05, er zijn dus verschillen tussen instellingen in de mate waarin uitvoerenden aan kwaliteit doen. De verschillen binnen instellingen zijn echter veel groter (0,34 ofwel 87% van de totale variantie). Vervolgens worden in de tweede stap (model B) individuele kenmerken van

uitvoerenden in de analyse opgenomen alsmede de omvang van de instelling (gemeten in aantal FTE's). We zien dan de variantie op instellingsniveau afnemen van 0,05 naar 0,02. Dat betekent dat ruim de helft van de verschillen tussen instellingen worden verklaard door het toevoegen van deze kenmerken. Als we dan kijken om welke kenmerken het gaat dan zien we dat de variabelen functieniveau en leeftijd statistisch significant bijdragen aan de variantie. De regressiecoëfficiënt van 0,26 op functieniveau betekent dat de gemiddelde score 0,26 op 'doen aan kwaliteit' stijgt met het stijgen van één functieniveau, dus verzorgenden hebben gemiddeld een 0,26 hogere score dan helpenden en verpleegkundigen een 0,26 hogere score dan verzorgenden. Op leeftijd is de regressiecoëfficiënt negatief. Dat wil zeggen dat de gemiddelde score op het doen aan kwaliteit 0,01 afneemt bij een toename van de leeftijd van één jaar. Geslacht van de uitvoerende en grootte van de instelling blijken er niet toe te doen als het gaat om 'doen aan kwaliteit' door uitvoerenden. De (toch al geringe) verschillen tussen instellingen in activiteiten van uitvoerenden op het terrein van kwaliteit worden voor meer dan de helft verklaard door verschillen in personeelsopbouw qua leeftijd en functieniveau.

In de derde stap (model C) wordt de variabele waar het ons primair om gaat, de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem, toegevoegd. We zien dat er dan niets in de variantie verandert en dat de variabele dan ook niet statistisch significant is. De overblijvende verschillen tussen instellingen worden dus niet verklaard door het aan-dan wel afwezig zijn van een kwaliteitssysteem.

Voor de zekerheid is in de vierde stap (model D) nog nagegaan of de situatie verandert als het al dan niet horen tot een bepaalde sector wordt toegevoegd. Ook dit blijkt niet van belang te zijn. Er zijn geen verschillen tussen sectoren in de mate waarin uitvoerenden aan kwaliteit doen.

Uit deze analyse kan een aantal conclusies worden getrokken. Ten eerste zijn er verschillen tussen instellingen als het gaat om het toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. Deze verschillen worden voor de helft bepaald door het functieniveau en de leeftijd van de uitvoerenden die in de instelling werkzaam zijn en niet door de kenmerken van de instelling. In instellingen waarin meer aan kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt gewerkt, werken relatief meer verpleegkundigen en is de leeftijd jonger. Ten tweede wordt in instellingen met kwaliteitssysteem niet meer aan kwaliteitsbewaking en -bevordering gewerkt dan in de andere instellingen. Dit betekent dat niet de instelling bepaalt of

systematisch aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt maar vooral de beroepsbeoefenaar zelf. Ten derde blijken er geen verschillen te bestaan tussen de sectoren. Ten slotte blijken er wel verschillen te bestaan tussen uitvoerenden. Verpleegkundigen werken meer aan kwaliteitsbewaking en -bevordering dan verzorgenden en helpenden, en jongeren doen meer dan ouderen.

De uitkomsten van de analyse kunnen door meerdere factoren worden vertekend. Het management kan bijvoorbeeld een te positief beeld hebben geschetst van het kwaliteitssysteem in de instelling, er kan sprake zijn van meetfouten, en de verschillen in taakopvatting tussen helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen kan de afhankelijke variabele enigszins hebben vertekend.

6.5

Conclusie

In de voorgaande paragrafen is op verschillende wijzen gekeken naar de relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden. Ten eerste is het perspectief van het management over activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering vergeleken met het perspectief van uitvoerenden. Ten tweede is gekeken in hoeverre uitvoerenden invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de instelling en in hoeverre zij op de hoogte zijn van de recente kwaliteitswetgeving. Een derde punt dat de relatie tussen management en uitvoerenden kan beïnvloeden, zijn belemmerende en stimulerende factoren op de afdeling of bij de uitvoerende zelf. Tot slot is nagegaan welke factoren van invloed zijn op het al dan niet opvolgen van afspraken, procedures en richtlijnen in de praktijk.

Uit de resultaten blijkt dat uitvoerenden in het algemeen vaker van mening zijn dat het management activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg heeft ontwikkeld dan dat managers dit zelf aangeven. Alleen de actieve betrokkenheid van het management wordt door minder uitvoerenden onderkent dan door managers aangegeven. Andersom blijkt dat uitvoerenden een aantal van de onderzochte activiteiten minder vaak toepassen dan het management denkt. Dit geldt in het bijzonder voor het toepassen van intercollegiale toetsing. De richtlijn voor specifieke doelgroepen en de routing van de cliënt wordt daarentegen door uitvoerenden vaker toegepast dan door het management ingeschat. Van de uitvoerenden zegt 82% invloed uit te kunnen oefenen op het beleid van de instelling. In de meeste instellingen is dit mogelijk via het

afdelingshoofd/ rayonmanager of de ondernemingsraad. Een minderheid van de uitvoerenden is inhoudelijk op de hoogte van de recente kwaliteitswetgeving. Een uitzondering vormt de Wet BIG en de BOPZ die bij ruim een kwart van de uitvoerenden inhoudelijk bekend is. Bij belemmerende en bevorderende factoren worden zowel instellings- als persoonsgebonden factoren genoemd. Ondersteuning door de leidinggevenden werkt bij tweederde van de uitvoerenden stimulerend, terwijl de werkdruk bij eveneens tweederde van de uitvoerenden belemmerend werkt bij het werken aan kwaliteitsverbetering. Ten slotte blijkt de leeftijd en het functieniveau van invloed te zijn op het altijd toepassen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. De genoemde factoren verklaren vooral verschillen in het toepassen van afspraken en procedures tussen instellingen en in mindere mate tussen uitvoerenden onderling. De aanwezigheid van een kwaliteitssysteem in de ogen van het management blijkt daarentegen niet van invloed te zijn op de activiteiten van uitvoerenden. Dit beeld wordt ondersteund door de resultaten in tabel 6.1 waaruit blijkt dat bijna evenveel uitvoerenden uit instellingen in de voorbereidende fase activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering toepassen als uitvoerenden uit instellingen met een gevorderd kwaliteitssysteem. Dit doet vermoeden dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen vooral op managementniveau plaatsvindt. Verschillen tussen sectoren zijn niet gevonden.

7

Samenvatting

In dit tweede deel van het onderzoek hebben we laten zien hoe in de verpleging en verzorging wordt gewerkt aan kwaliteitsbewaking en -bevordering en welke factoren het werken aan kwaliteit kunnen belemmeren of bevorderen. De gegevens voor het onderzoek zijn verzameld in 58 instellingen verspreid over zes sectoren, te weten: instellingen voor thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, ziekenhuizen, psychiatrisch ziekenhuizen (APZ's) en instellingen voor gehandicapten. Van elke instelling hebben gemiddeld twintig uitvoerenden, vijf direct leidinggevenden en de directie aan het onderzoek deelgenomen. De uitvoerenden en leidinggevenden zijn via contactpersonen geselecteerd, waarbij erop is gelet dat de respondenten afkomstig zijn van verschillende afdelingen en deskundigheidsniveaus. Uitgesloten zijn alfahulpen en groepsleiders in de gehandicaptenzorg als deze uitsluitend begeleidende taken vervullen.

De instellingen die aan het onderzoek hebben deelgenomen zijn aselekt gekozen uit het bestand van een eerder onderzoek naar kwaliteitssystemen in instellingen (Wagner e.a. 1995). De selectie is gemaakt uit de groep instellingen die vergevorderd is met de invoering van kwaliteitssystemen en uit de groep instellingen die nog helemaal aan het begin van de ontwikkeling staat. Een dergelijke selectie maakt het mogelijk om te kijken in hoeverre het werken aan kwaliteit op de werkvloer verschilt tussen vergevorderde instelling en minder ver gevorderde instellingen.

Kenmerken van de respondenten

Aan het onderzoek hebben 1.039 (74%) uitvoerenden en 234 (83%) leidinggevenden geparticipeerd. De gemiddelde leeftijd van uitvoerenden bedraagt 34,5 jaar en van leidinggevenden 39 jaar. Bij de uitvoerenden hebben meer vrouwen dan mannen deelgenomen, terwijl de verdeling bij de leidinggevenden evenwichtig is. Op grond van de functie die de

respondent heeft in de instelling, is een indeling gemaakt in drie functieniveaus: helpende, verzorgende en verpleegkundige. In totaal hebben 105 (10%) helpenden, 390 (38%) verzorgenden en 526 (52%) verpleegkundigen aan het onderzoek deelgenomen. Het aantal respondenten per sector varieert van 137 uit de gehandicaptenzorg tot 201 respondenten uit de verpleeghuissector.

Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering

In het onderzoek is nagegaan welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in instellingen worden toegepast en in hoeverre er verschillen zijn tussen uitvoerenden en zorgsectoren. De onderzochte afspraken, procedures en richtlijnen zijn ingedeeld in activiteiten met betrekking tot het primaire proces waaronder de organisatie van het zorgproces, het technisch handelen en de beroepshouding, én in een aantal cliëntenoverstijgende activiteiten zoals de coördinatie van zorg, de informatieverstrekking aan cliënten, deskundigheidsbevordering en verbeterteams.

De resultaten laten zien dat niet alle uitvoerenden de onderzochte activiteiten tot de eigen taak rekenen. Vooral helpenden en in mindere mate verzorgenden en verpleegkundigen geven aan het toepassen van een deel van de activiteiten niet tot de eigen taak te rekenen. De meningen binnen de verschillende groepen uitvoerenden lopen hierbij eveneens uiteen. Binnen de verpleging bestaat meer overeenstemming over het takenpakket dan binnen de verzorging.

Desondanks blijkt dat op veel afdelingen afspraken, procedures en richtlijnen bestaan die gevolgd moeten worden gedurende het zorgproces. In de praktijk blijkt dat een deel van de uitvoerenden de afspraken, procedures en richtlijnen altijd toepast. De overige respondenten geven aan dit soms of vaak te doen. Het aantal uitvoerenden dat de kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten altijd toepast verschilt per activiteit. Tevens zijn er op het niveau van de afzonderlijke activiteiten verschillen gevonden tussen de sectoren.

Systematische kwaliteitszorg

Bij leidinggevendenden is nagegaan in hoeverre de op de afdeling bestaande afspraken, procedures en richtlijnen worden getoetst en geëvalueerd. Hierbij kan de toetsing ad hoc naar aanleiding van problemen of periodiek als onderdeel van het kwaliteitsplan plaatsvinden. De documenten die in het kader van kwaliteitszorg in instellingen zijn

ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld een kwaliteitsbeleid, een kwaliteitsplan, handboek of jaarverslag worden volgens een kwart tot de helft van de leidinggevendenden periodiek in de instelling getoetst en bijgesteld. De afspraken en procedures rondom het zorgproces worden volgens de helft tot tweederde van de leidinggevendenden periodiek op de afdeling getoetst. Het toetsen van richtlijnen voor zorginhoud en -coördinatie vindt volgens leidinggevendenden minder vaak plaats dan het toetsen van afspraken en procedures.

Een andere manier om te werken aan kwaliteit is het toetsen van de kwaliteit van zorg op de afdeling. Gekeken is naar afdelingsgebonden toetsing, visitatie en intercollegiale toetsing.

Net als in het vorige hoofdstuk zijn er verschillen gevonden tussen sectoren. In alle sectoren worden activiteiten getoetst en geëvalueerd. De mate waarin dit op afdelingen plaatsvindt verschilt per activiteit en sector.

In de praktijk heeft het middenkader een dubbelrol bij het systematisch werken aan kwaliteitszorg. Aan de ene kant hebben leidinggevendenden de taak het beleid op instellingsniveau te vertalen naar de afdeling en aan de andere kant moeten zij de behoeften en mogelijkheden van uitvoerenden communiceren naar het management. Het management kan leidinggevendenden in dit proces ondersteunen door goede randvoorwaarden voor kwaliteitszorg te creëren. Uit de gegevens blijkt dat directies extra voorzieningen hebben getroffen op bijvoorbeeld het gebied van scholing, het aanstellen van kwaliteitsfunctionarissen of het instellen van kwaliteitscommissies.

Eenderde tot de helft van de directies is volgens leidinggevendenden betrokken bij het proces van kwaliteitsbewaking en -bevordering. Dit kan bijvoorbeeld door medewerkers te betrekken bij het opzetten van verbeterprojecten, door kwaliteitsproblemen te bespreken en feedback te geven over bereikte resultaten.

De relatie tussen instellingsmanagement en uitvoerenden

De mate waarin de activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden afgestemd zijn op het kwaliteitssysteem van de instelling is op verschillende manieren onderzocht. Ten eerste is gekeken in hoeverre het management en de uitvoerenden op de hoogte zijn van elkaars activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg. Met andere woorden weten uitvoerenden wat het beleid van de instelling is ten aanzien van kwaliteitsbewaking en -bevordering, zijn zij op de hoogte van het kwaliteitsplan en worden zij

door het management ondersteunt bij het werken aan kwaliteit. Aan de andere kant is het belangrijk dat het management op de hoogte is van de activiteiten die op de werkvloer zijn ontplooid om de kwaliteit van het zorgproces te beheersen en te verbeteren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen instellingen die volgens het management aan het begin staan van de invoering van kwaliteitssystemen en instellingen die hiermee vergevorderd zijn.

Uit de resultaten blijkt dat in beide groepen instellingen verschillen bestaan tussen management en uitvoerenden. In het algemeen denken uitvoerenden positiever over de activiteiten van het management, en denken managers dat meer uitvoerenden de activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering uitvoeren dan dat uitvoerenden dit zelf aangeven.

Verder blijkt dat veel uitvoerenden (82%) via het afdelingshoofd of de ondernemingsraad invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de instelling maar dat de meerderheid van de uitvoerenden niet op de hoogte is van de inhoud van recente wetgeving op het gebied van kwaliteit.

Een derde punt dat van invloed op het wel of niet ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsverbetering is, zijn belemmerende en bevorderende factoren. Uitvoerenden noemen in dit kader omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Stimulerend werkt bij tweederde van de uitvoerenden de ondersteuning van de leidinggevende en eenderde van de uitvoerenden vindt het stimulerend als kritische opmerkingen over de zorgverlening serieus worden genomen. Belemmerend werkt vooral de werkdruk, maar ook onduidelijk afspraken en het geringe draagvlak op de afdeling.

Ten slotte is gekeken in hoeverre instellings- en persoonsgebonden kenmerken bepalend zijn bij het toepassen van afspraken en procedures voor kwaliteitsbewaking. De resultaten laten zien dat in instellingen met een kwaliteitssysteem uitvoerenden niet meer aan systematische kwaliteitsverbetering werken dan uitvoerenden in instellingen zonder kwaliteitssysteem. In het algemeen zijn er geen verschillen tussen sectoren gevonden, wel verschillen tussen instellingen en uitvoerenden. Jongeren en verpleegkundigen passen de afspraken en procedures voor kwaliteitsbewaking en -bevordering vaker toe.

Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie

De conclusies en aanbevelingen die in dit slothoofdstuk worden gepresenteerd, hebben betrekking op deel I en II van dit rapport. Bij de conclusies wordt achtereenvolgens gerefereerd aan de onderzoeksvraagstellingen die ten grondslag liggen aan dit rapport. De aanbevelingen zijn door de leden van de begeleidingscommissie aangedragen en kunnen worden gezien als een aanzet tot een discussie over een actiever kwaliteitsbeleid voor de komende jaren.

De conclusies zijn relevant voor de beroeps- en vakorganisaties op het terrein van de verpleging en verzorging, voor beleidmakers en voor verpleegkundigen en verzorgenden in zorginstellingen. Uitvoerenden kunnen aan de hand van de resultaten, ondersteund door een adviesraad, de ondernemingsraad of via de eigen leidinggevende, aan het management laten zien hoe zij aan kwaliteitsbewaking en -bevordering werken en welke middelen en instrumenten zij nog nodig hebben om de eigen taken uit te kunnen voeren.

Conclusies

Welke activiteiten, met als doel het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening binnen de verpleging en verzorging, worden door beroeps- en vakorganisaties ondernomen en welke onderzoeksprojecten met dit doel zijn opgenomen in registratiesystemen?

In deel I van het rapport komt naar voren dat voor beroeps- en vakorganisaties in de verpleging en verzorging het verbeteren van de kwaliteit van zorg een grote rol speelt, maar dat men er veelal nog niet in is

geslaagd een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen en in te voeren; men heeft behoefte aan ondersteuning door het LCVV en de AVVV. Dit houdt in dat veel beroeps- en vakorganisaties geen uitgewerkt plan hebben voor het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Hierdoor is het onduidelijk in hoeverre de beroeps- en vakorganisaties met elkaar op één lijn zitten. Vergeleken met andere beroepsgroepen zoals bijvoorbeeld (para)medici of alternatieve beroepsbeoefenaars zijn de beroeps- en vakorganisaties in de sector verpleging en verzorging minder ver gevorderd met het kwaliteitsbeleid. Een verklaring hiervoor kan de lage organisatiegraad zijn van verpleegkundigen en verzorgenden. Slechts 29% is lid van een beroepsvereniging. Tevens zijn verpleegkundigen en verzorgenden minder vrij in het toepassen van richtlijnen en procedures die door de eigen beroeps- en vakorganisaties zijn ontwikkeld omdat zij in loondienst zijn dit in tegenstelling tot medici/paramedici die voor een belangrijk deel een vrij beroep hebben. Immers zorginstellingen ontwikkelen een eigen beleid met betrekking tot kwaliteitszorg en verpleegkundigen en verzorgenden verkeren binnen de instelling veelal niet in de positie om de maatstaven van de eigen beroepsgroep in te voeren. Hier is sprake van een spanningsveld tussen de taken en doelstellingen van beroeps- en vakorganisaties en de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op het beleid van instellingen.

De invoering van de Wet BIG heeft bij de deelnemende vakorganisaties voornamelijk niet geleid tot het ondernemen van acties voor het registreren van beroepsbeoefenaars of het stellen van normen die voor tuchtrecht gebruikt kunnen worden. Eén van de documenten die bijvoorbeeld bij zowel wettelijk tuchtrecht als verenigingstuchtrecht gehanteerd kunnen worden, is een beroepscode. Er bestaat echter nog onenigheid over het ontwikkelen van één algemene code voor de verpleging en een aparte code voor de verzorging.

Sommige beroeps- en vakorganisaties geven aan betrokken te zijn bij het formuleren van de beroepsopleidingsprofielen van de initiële opleidingen. De inbreng van beroeps- en vakorganisaties bij de inhoud van de initiële opleiding bijvoorbeeld via het inbrengen van algemene richtlijnen is daarentegen beperkt. Dit is jammer gezien het belang van een goede afstemming tussen praktijk en opleiding.

Bij de verzorging is de situatie nog basaler. Niet alle verzorgenden hebben een beroepsopleiding gevolgd. Het streven van de beroepsorganisatie Sting

is dan ook in eerste instantie gericht op een beroepsopleiding voor alle verzorgenden.

Op het gebied van bij- en nascholing hebben de beroeps- en vakorganisaties de meeste activiteiten ontwikkeld. Vrijwel alle beroeps- en vakorganisaties verzorgen scholing voor de leden in de vorm van symposia, congressen of themadagen. Een minderheid van de beroeps- en vakorganisaties stelt criteria aan bij- en nascholing of stelt deze verplicht. Meer dan de helft van de organisaties heeft geen overzicht van bij- en nascholingsactiviteiten. Uit deze gegevens kan geconcludeerd worden dat, hoewel scholing een belangrijke plaats inneemt, nog weinig inzicht bestaat in de hiaten en doublures die in het scholingsaanbod bestaan en de kwaliteit ervan. De meeste beroeps- en vakorganisaties zien hierin een taak voor het LCVV.

Het beeld ten aanzien van de beroepsontwikkeling is wisselend. Weinig beroeps- en vakorganisaties beschikken over normen voor de beroepsuitoefening en minder dan de helft ondersteunt beroepsbeoefenaren bijvoorbeeld bij toetsing. Over een beroeps- of gedragscode en over een beroeps- en functieprofiel beschikt daarentegen de helft van de beroeps- en vakorganisaties.

In het algemeen blijkt uit de resultaten van deel I dat de grote beroeps- en vakorganisaties (meer dan honderd leden) meer activiteiten hebben ontplooid ten aanzien van scholing inclusief bij- en nascholing en de beroepsuitoefening dan kleine of net opgerichte beroepsorganisaties. Dit was te verwachten gezien de mogelijkheden (financiële middelen, medewerkers) die de grotere organisaties hebben. De activiteiten gerelateerd aan de wettelijke eisen zijn daarentegen meer ontwikkeld bij de kleinere specifieke beroepsorganisaties. De oprichtingsdatum en het wel of niet hebben van medewerkers in dienstverband blijken weinig tot geen invloed uit te oefenen op de hoeveelheid ondernomen activiteiten bij specifieke beroepsverenigingen.

Het beeld ten aanzien van de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid is wisselend. Onder de beroeps- en vakorganisaties die een kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld, zitten zowel grote als kleine beroepsorganisaties, organisaties met en zonder medewerkers in dienstverband en jonge en 'oude' organisaties.

Tenslotte geeft een groot deel van de deelnemende beroeps- en vakorganisaties aan samen te werken met het LCVV en gebruik te maken

van de door het LCVV aangeboden diensten. Een groot deel van de specifieke beroepsorganisaties is aangesloten bij de AVVV; de vakorganisatie voor basisberoepsbeoefenaren in de verzorging echter niet. De AVVV heeft hierdoor de mogelijkheid de samenhang ten aanzien van kwaliteitsbeleid binnen de verpleegkundige beroepsgroep te vergroten en meer onderlinge afstemming te bewerkstelligen. Voor het bereiken van de eigen doelstellingen en het ingaan op de behoeften en knelpunten van de leden hebben de meeste beroeps- en vakorganisaties structurele ondersteuning nodig in de vorm van expertise en financiën.

Welke afspraken, procedures en activiteiten gericht op kwaliteitsbewaking en -bevordering worden door helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen in instellingen uitgevoerd?

En in hoeverre zijn er verschillen tussen uitvoerenden en zorgsectoren naar type activiteit?

Deel II van het rapport geeft inzicht in de positie van verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen. Uit de resultaten blijkt dat uitvoerenden alle onderdelen van het zorgproces van opname-/eerste gesprek tot het afsluiten van de zorgverlening tot de eigen taak rekenen, maar dat gemiddeld minder dan de helft van de uitvoerenden de bestaande afspraken, procedures en richtlijnen altijd toepast. Dit betekent dat er een discrepantie bestaat tussen wens en werkelijkheid, tussen willen en doen/kunnen. Uit de resultaten kunnen een aantal mogelijke verklaringen worden afgeleid. Ten eerste noemen uitvoerenden een aantal belemmerende factoren bij het werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering zoals bijvoorbeeld de hoge werkdruk, onduidelijke afspraken of een gering draagvlak op de afdeling. Daarnaast ontbreken in sommige instellingen afspraken voor de verschillende aspecten van het zorgverleningsproces of zijn specifieke taken toegewezen aan andere hulpverleners. Zo is bijvoorbeeld in de thuiszorg voor het intakegesprek veelal een aparte functionaris aangesteld. Tenslotte laten de resultaten zien dat het zorgproces wordt beheerst met behulp van afspraken, procedures en richtlijnen. Voor het beheersen van de zorgverlening wordt in de praktijk

tegelijk gebruikgemaakt van zowel procedures, overlegvormen als richtlijnen. Dit roept de vraag op of er niet te veel is geregeld, dat wil zeggen dingen dubbel zijn geregeld. Voor uitvoerenden kan het onduidelijk zijn wanneer welke afspraak van toepassing is, met als gevolg het min of meer willekeurig toepassen van de ene of de andere afspraak. Beroeps- en vakorganisaties kunnen in samenwerking met de beroepsgroep een taak hebben in het op elkaar afstemmen van de verschillende methoden. Een centrale richtlijn opgesteld door de beroepsgroep of zelf ontwikkelde toetsingsmethoden kan de positie van verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen versterken en meer duidelijkheid aan uitvoerenden bieden. Hierin ligt tevens een spanningsveld aangezien instellingen zelf richtlijnen en procedures ontwikkelen en beroeps- en vakorganisaties maar beperkt invloed kunnen uitoefenen op de gang van zaken in instellingen.

De deelname van zowel helpenden, verzorgenden als verpleegkundigen aan het onderzoek maakt het mogelijk inzicht te krijgen in verschillen in taakopvatting tussen typen beroepsbeoefenaren. Uitvoerenden verschillen van mening over de taken die zij moeten uitvoeren. Helpenden geven vaker dan verzorgenden en verpleegkundigen aan dat de onderzochte activiteiten niet tot hun taak behoren. Maar niet alleen tussen de beroepsgroepen zijn verschillen gevonden, binnen dezelfde groep beroepsbeoefenaren verschilt men van mening over de uit te voeren taken. Een eenduidige functie-omschrijving binnen de instelling of een actueel beroepsprofiel en functieprofielen kunnen uitvoerenden ondersteunen bij het afbakenen van het eigen werkterrein en tegelijkertijd de beroepsinhoud aan derden verduidelijken. Uit deel I bleek dat beroepsorganisatie het tot hun taak rekenen functieprofielen te ontwikkelen.

Afspraken, procedures en richtlijnen bestaan in alle zorgsectoren. Aanvullend bestaan er enkele sectorspecifieke activiteiten zoals bijvoorbeeld richtlijnen voor het gebruik van huishoudelijke materialen of richtlijnen voor het omgaan met seksueel misbruik. Verschillen bestaan vooral op het niveau van de activiteiten en worden bepaald door de beroepsgroep die in de sector werkzaam is. Geen van de onderzochte sectoren is in absolute zin voorloper. Dit betekent dat beroeps- en vakorganisaties hun krachten kunnen bundelen om gezamenlijk centrale richtlijnen of toetsingsprocedures te ontwikkelen die in verschillende sectoren kunnen worden gebruikt. Ongeacht de activiteiten die de beroepsgroep kiest om de kwaliteit systematisch te bewaken en

bevorderen, is het van belang dat de beroepsgroep zich ervan bewust is dat zij zelf de kwaliteitsbewaking en -bevordering ter hand moet nemen.

Uit de antwoorden van uitvoerenden ten aanzien van deskundigheidsbevordering blijkt dat verpleegkundigen vaker deelnemen aan deskundigheidsbevordering dan verzorgenden en helpenden. Tevens is de deskundigheidsbevordering vooral gericht op vakinhoudelijke onderwerpen. Om invloed uit te kunnen oefenen op het beleid van de instelling is het van belang ook op de hoogte te zijn van zorgoverstijgende thema's en recente veranderingen in de wetgeving.

In hoeverre worden bestaande afspraken, procedures en activiteiten periodiek geëvalueerd door leidinggevenden?

In het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering heeft het middenkader de taak zorgprocessen te beheersen door bijvoorbeeld de werking van bestaande afspraken, procedures en richtlijnen periodiek te toetsen en zo nodig bij te stellen. Uit de gegevens blijkt dat het toepassen van richtlijnen relatief weinig periodiek wordt getoetst en dat het beoordelen van de kwaliteit van zorg op de afdeling met behulp van afdelingsgebonden toetsing of visitatie nog vrij ongebruikelijk is. Het middenkader geeft aan hierbij ondersteuning nodig te hebben. Naast het instellingsmanagement kunnen ook beroeps- en vakorganisaties deze ondersteuning bieden.

In hoeverre zijn de activiteiten van verpleegkundigen en verzorgenden afgestemd op het kwaliteitssysteem van de instelling waarin men werkt en welke factoren bevorderen/belemmeren de onderlinge afstemming?

Via het middenkader ontvangen uitvoerenden veelal de informatie over het beleid van de instelling en omgedraaid kunnen uitvoerenden via het middenkader invloed uitoefenen op het instellingsbeleid. De afstemming

tussen management en uitvoerenden op het gebied van kwaliteitszorg blijkt beperkt. Beide groepen hebben een vertekend beeld van elkaar. Het positieve beeld dat het management heeft van de activiteiten op de werkvloer kan van invloed zijn op de middelen die men gaat uittrekken voor het ondersteunen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering door uitvoerenden. Tevens blijken uitvoerenden niet goed op de hoogte te zijn van de nieuwe kwaliteits- en patiëntenwetgeving waardoor zij weinig inbreng kunnen hebben op het te ontwikkelen kwaliteitsbeleid.

In de meeste instellingen worden uitvoerenden door de leidinggevende gestimuleerd om aan kwaliteitsbewaking en -bevordering te werken. Het beschikbaar stellen van literatuur en het serieus nemen van kritische opmerkingen speelt bij relatief veel uitvoerenden een stimulerende rol. De werkdruk en onduidelijke afspraken blijken de meest belemmerende factoren te zijn bij het werken aan systematische kwaliteitsverbetering. Volgens de uitvoerenden zelf kan vooral het middenkader het invoeren van kwaliteitsactiviteiten bevorderen. Het handelen van het middenkader lijkt meer bepalend voor het gedrag van uitvoerenden dan het handelen van het management.

Tenslotte blijkt uit het onderzoek dat de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem in de instelling niet bepalend is voor het wel of niet werken aan kwaliteitsbewaking en -bevordering. Ook blijken er in het algemeen geen verschillen te zijn tussen de sectoren, terwijl deze wel zijn gevonden tussen instellingen en tussen uitvoerenden onderling. In sommige instellingen werken meer jongere en meer verpleegkundigen en zij zijn diegenen die vaker de afspraken en procedures voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit toepassen.

Het in dit rapport gegeven overzicht kan stimulerend werken voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Doordat duidelijk wordt welke initiatieven de verschillende beroeps- en vakorganisaties hebben ontplooid op het gebied van kwaliteit kan het onderzoeksrapport de basis vormen voor een toekomstig op elkaar afgestemd kwaliteitsbeleid. Inzicht in de voor verpleegkundigen en verzorgenden bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten maakt het mogelijk hierin concrete verbeteringen aan te brengen. De resultaten kunnen ook aanleiding geven om via het middenkader of een

adviesraad in overleg met het instellingsmanagement verbeteringen aan te brengen in de onderlinge afstemming.

Aanbevelingen van de begeleidingscommissie

Aanbevelingen op het niveau van de beroeps- en vakorganisaties

- 1 Uit het rapport komt naar voren dat de beroeps- en vakorganisaties nog geen samenhangend kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld en ingevoerd. Veel specifieke beroepsorganisaties zijn met onderdelen van het kwaliteitsbeleid bezig zonder dat hieraan een uitgewerkt plan ten grondslag ligt. Men geeft aan behoefte te hebben aan ondersteuning door het LCVV. De verpleegkundige beroepsorganisaties noemen in dit kader ook de AVVV. De beroepsbeoefenaren in instellingen schetsen een vergelijkbaar beeld. Er bestaan op afdelingen, soms voor dezelfde onderwerpen, afspraken, procedures, richtlijnen en overlegvormen om de kwaliteit te bewaken en bevorderen. De meeste activiteiten worden maar door een deel van de uitvoerenden altijd toegepast. Onduidelijk is welke taken bij specifieke beroepsbeoefenaren behoren en in het verlengde hiervan wat van verpleegkundigen en verzorgenden verwacht mag worden. Verpleegkundigen en verzorgenden werken in dienstverband in instellingen waardoor zij voor het invoeren van een kwaliteitsbeleid van de eigen beroepsgroep afhankelijk zijn van het kwaliteitsbeleid dat binnen instellingen wordt gevoerd.

Een centraal orgaan, gedragen door de beroepsgroep, dat inhoudelijk vorm geeft aan een op elkaar afgestemd kwaliteitsbeleid voor de beroepsgroepen verpleging en verzorging en dat gedragen wordt door een representatieve groep (basis)beroepsbeoefenaren, kan de positie van verpleegkundigen en verzorgenden op landelijk niveau en instellingsniveau versterken. Samenwerking tussen AVVV, Sting en LCVV is hiervoor noodzakelijk. Het centraal orgaan zou de volgende taken kunnen krijgen:

- werken aan een op elkaar afgestemde visie van verpleging en verzorging, waarbij de relatie tussen richtlijnontwikkeling en het nemen van de eigen verantwoordelijkheid expliciet aan de orde komt;
- opzetten databank van alle bestaande protocollen, standaarden en richtlijnen, beoordelen van de kwaliteit ervan en adviseren over het gebruik ervan;
- ontwikkelen van een regeling voor het wettelijk beschermen van een specialistentitel;

- harmoniseren van procedures voor (her)registratie door specifieke beroepsorganisaties;
 - ontwikkelen van criteria waaraan de verschillende vormen van bij- en nascholing moeten voldoen.
- Nader onderzoek zou meer inzicht kunnen verschaffen in de redenen die uitvoerenden hebben om bestaande afspraken, procedures en richtlijnen niet op te volgen. Hierin moet de kwaliteit van de bestaande afspraken, procedures en richtlijnen expliciet worden betrokken.
-

Ten aanzien van de eerste aanbeveling (oprichting van een centraal orgaan) moet worden opgemerkt dat voor de intramuraal werkende verpleegkundige een deel van de genoemde taken reeds worden uitgevoerd door de verpleegkundige divisie van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg (CBO). Voor de verzorgenden en de extramuraal werkende verpleegkundige bestaat een dergelijke divisie niet.

- 2 De gegevens van uitvoerenden laten zien dat er grote verschillen zijn in de taakopvatting binnen een beroepsgroep. Deze verschillen zijn groter binnen de groep helpenden dan binnen de groep verzorgenden of verpleegkundigen. Een deel van deze verschillen is terug te voeren op de afspraken en de taakverdeling binnen specifieke instellingen, een ander deel heeft te maken met de persoonlijke opvatting van elke uitvoerende, de ontwikkelingsfase waarin het beroep verkeert en de socialisatie die tijdens de opleiding plaatsvindt.
-

Onafhankelijk of er gekozen wordt voor het ontwikkelen van een gezamenlijk kwaliteitsbeleid voor de verpleging en verzorging is het zowel voor uitvoerenden als voor derden van belang meer duidelijkheid te hebben over de taakafbakening tussen helpenden, verzorgenden en verpleegkundigen. Tevens is het nodig consensus te bereiken over de bekwaamheden die vereist zijn voor het uitvoeren van de verschillende taken. Hierbij gaat het niet alleen om de voorbehouden handelingen maar ook over het aanleren van relevante beroepsvaardigheden, ook voor helpenden (via een opleiding).

- 3 Op dit moment zijn een aantal beroeps- en vakorganisaties betrokken bij de initiële opleiding via het formuleren van de beroepsopleidingsprofielen. De inbreng van inhoudelijke kennis of richtlijnen vindt weinig plaats.

In structureel opgezette contacten tussen beroepsorganisaties, zorgaanbieder en opleiders kan de specifieke kennis uit de praktijk en binnen specifieke beroepsorganisaties toegankelijk worden gemaakt voor de initiële opleidingen.

- 4 In juni 1995 zijn op de vierde Leidschendamconferentie nieuwe afspraken gemaakt voor de periode 1995-2000 (NRV e.a. 1995). Een van de centrale afspraken is het verder ontwikkelen van kwaliteitssystemen met de nadruk op de afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement, de inbreng van de patiënt/consument en de financier, de externe oriëntatie en de organisatiebrede opbouw van een kwaliteitssysteem. Tevens zijn er drie ondersteunende en coördinerende instanties opgericht, te weten het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ), de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeleid Zorgsector (HKZ) en het Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector (CSIZ). Deze drie coördinerende organen vormen het referentiekader van de kwaliteitsactiviteiten van de gezondheidszorgactoren.

Beroeps- en vakorganisaties kunnen in samenwerking met het LCVV de positie van de beroepsgroepen verstevigen als zij zich de komende jaren actiever aansluiten bij de algemene ontwikkelingen in de gezondheidszorg; dat wil zeggen met eigen activiteiten anticiperen op de activiteiten van het LCKZ, de stichting HKZ en het CSIZ.

Het LCVV kan dit proces ondersteunen door een aantal projecten uit te laten voeren die zich specifiek richten op de nieuwe Leidschendamafspraken. De LCVV wordt aanbevolen zo snel mogelijk uitvoering te geven aan het voornemen een 'kwaliteitsplatform in te stellen' zoals dat is geformuleerd in het activiteitenplan 1997, teneinde de resultaten van projecten en ontwikkelingen te kunnen bundelen.

Dit platform kan dan tevens een belangrijk rol spelen bij het verder ontwikkelen, bewaken en legitimeren van standaarden en procedures.

Aanbeveling op instellingsniveau

- 5 Bij het invoeren van kwaliteitssystemen in instellingen neemt het middenkader een cruciale positie in. Zij vertalen het beleid van de instelling naar de eigen afdeling en geven signalen van de werkvloer door aan hoger management/de directie. Uit het onderzoek blijkt dat de communicatie tussen directie en uitvoerenden niet optimaal is, beiden hebben een vertekent beeld van de activiteiten van de ander.
-

Voor de invoering van kwaliteitssystemen is het nodig dat instellingen meer investeren in scholing en ondersteuning van het middenkader; zij vergroten hiermee de kans op een integrale aanpak voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. De beroepsorganisaties die zich specifiek richten op middenkaderfunctionarissen in de verpleging en verzorging kunnen hierbij een stimulerende rol vervullen.

Aanbevelingen voor de verzorgende beroepsgroep

- 6 Bovengenoemde aanbevelingen gelden zowel voor de verpleegkundige als de verzorgenden beroepsgroep. Gezien de huidige positie van verzorgenden zijn een aantal specifieke aanbevelingen voor deze groep gerechtvaardigd. Uit het onderzoek blijkt dat vooral binnen de groep helpenden en verzorgenden verschillen in opvatting bestaan over het eigen taakgebied. Tevens blijkt dat helpenden vaker geen beroepsopleiding hebben gehad, relatief minder vaak deelnemen aan bij- en nascholing en ook relatief minder vaak deelnemen aan cliëntgebonden en niet-cliantgebonden overlegvormen.
-

Een eenduidige taakafbakening en functie-omschrijving kan de positie van

helpenden en verzorgenden versterken. Het basisdocument van Sting kan als basis daarvoor dienen.

In het kader van maatschappelijke profilering moet naar de cliënt duidelijkheid bestaan over de taken en verantwoordelijkheden van verzorgenden.

De nadruk moet meer gelegd worden op de informatieverstrekking aan de cliënt. De sterke kant van de verzorging ligt in de samenwerking met de cliënt die meer betrokken wordt bij het zorgaanbod.

Tot slot

Gezien de stand van zaken dient de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid binnen de verpleging en verzorging blijvend door externe partijen gestimuleerd te worden. Het LCVV heeft in de korte tijd van zijn bestaan een vaste positie verworven binnen de beroepsgroep verpleging en verzorging. Door de invloed verder te bundelen zal de kracht van de beroepsgroep ook op landelijk niveau verder toenemen.

Literatuur

- Amelsvoort, F. van, G. Goudriaan & B. Albers, *Een dringend beroep. Vereisten voor een goede beroepsuitoefening in de thuisverpleging*. NIZW & Sting, Utrecht 1996.
- Appelman, A., F. van der Made, H. Mokkink, A. Jacobs, L. Hollands & L. Hendriks, *Het gebruik van professionele standaarden, richtlijnen en protocollen binnen de extramurale verpleging. Eindrapport van een pilotstudie*. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen & Rijksuniversiteit Limburg, Nijmegen/Maastricht 1996.
- Bakker, D.H. de, P. Peters, E.M. Sluijs & H. Philipsen, *Onderzoekprogramma Kwaliteit van zorg. Overzichtstudie Kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing*. NWO, Nederlands Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, Gebied Medische Wetenschappen, Den Haag 1994.
- Bersee, A.T.M. & W.H.M.A. Pluimakers, *De wet BIG. De betekenis van de nieuwe wetgeving voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg*. Koninklijke Vermande, Lelystad 1993.
- Bekker, J.M.A. de, *Kwaliteit in zicht. Een praktische handleiding voor kwaliteitsverbetering in de verpleging*. LEMMA, Utrecht 1995.
- Bergen, B. van, L. Hollands & H. Nijhuis, *De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel*. De Tijdstroom, Lochem 1980.
- Boeije, H.R., 'Verpleging en verzorging: een kwestie van domeinen'. In: *Medisch Contact* 51 (1996) 10, pp. 323-325.
- Boeije, H.R., A.W.L. van den Dungen, A. Pool, M.H.F. Grypdonck & P.A.H.

van Lieshout, *Een verzorgde toekomst: Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. NIZW en Vakgroep Verplegingswetenschap, Utrecht 1997.

Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst; kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging*. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer/Rijswijk 1996.

Commissie Verzorging, *Zorg voor Zorg*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995a.

Commissie Verzorging, *Zorg voor Zorg in het kort*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995b.

Commissie-Werner (Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende), *In hoger beroep: Een perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Ministerie van WVC, Rijswijk 1991.

Driessen, M.J., E.M. Sluijs & J. Dekker, *Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Evaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, eerste interimrapport*. NIVEL, Utrecht 1995.

Frederiks, B.J.M., *Kwaliteitszorg in verpleeghuizen, een taak van elke verplegende en verzorgende. Een onderzoek naar de kwaliteitszorg door verpleging en verzorging in verpleeghuizen*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Rijswijk 1996.

Giebing, H., *Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen: een methode om de verpleegkundige beroepsuitoefening te toetsen*. Spruyt, Van Mantgem & De Does, Leiden 1995.

Grol, R., 'Kwaliteitssystemen in de huisartsgeneeskunde: Wat betekent dit voor de huisarts?' Oratie. In: *Huisarts en Wetenschap* 36 (1993), 3, pp. 106-112.

Grol, R., J. van Everdingen & A. Casparie, *Invoering van richtlijnen en veranderingen*. De Tijdstroom, Utrecht 1994.

Hazelzet-Crans, B., *Positie en kwaliteitszorg verpleging in beeld. Verslag van een inspectieronde langs de Noordhollandse ziekenhuizen*. Haarlem 1995.

Hollands, L., B. van Bergen, A.L. Degenaar, M.J. Smits & G. de Veen, *Het meten van verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg*. De Tijdstroom, Lochem 1990:1.

Inspectie voor de Gezondheidszorg voor Limburg, *Kwaliteitszorg binnen de verplegingsdiensten ziekenhuizen in Limburg: stand van zaken anno 1994*. Inspectie voor de Gezondheidszorg voor Limburg, Maastricht 1995.

Inspectie voor de Gezondheidszorg Noord-Holland, *Positie en kwaliteitszorg verpleging in beeld*. Haarlem 1995.

Jongerden, I., L. Hollands & B. van Bergen, *Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie*, LEMMA, Utrecht 1994.

Klazinga, N., *Quality management of medical specialist care in the Netherlands. An explorative study of its nature and development*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1996.

Klazinga, N. & T. Casparie, 'Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsbeoefenaren'. In: *Gezondheid* 1 (1993) 2, pp. 211-222.

LCKZ, *Wetgeving, afspraken en kwaliteitsbeleid zorsector*. Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector, Zeist 1996.

LCVV, *Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995a.

LCVV, *Jaarverslag*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995b.

LCVV, *Beleidsplan LCVV 1995-1998*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1995c.

LCVV, *Samenvatting Meerjarenprogramma Verzorging LCVV*. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1996.

Lombarts, M.J.M.H., J.J.E. van Everdingen, P.J. Theuvenet & A.F. Casparie, 'Transparantie richtlijnen voor het medisch-specialistisch handelen, ontwikkeling, implementatie en evaluatie'. In: *Kwaliteit & Zorg*, 4 (1996), 4, pp. 169-177.

LVT, *Inventarisatie Onderzoeks & Ontwikkelingsprojecten Thuiszorg*. Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik 1996.

NRV, *Verpleegkundig beroepsprofiel*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1988.

NRV, *Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1990.

NRV, *Advies bij- en nascholing beroepsbeoefenaars in de zorgsector*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1991.

NRV, *Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Kwaliteitsconferentie 7 juni 1995*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1995.

NRV & CvZ, *Transmurale somatische zorg: Advies van de Nationale Raad voor de volksgezondheid en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid & College voor Ziekenhuisvoorzieningen, Zoetermeer 1995.

NRV, KNMG, NIVEL, NIZW & VWS, *Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid. Leidschendamafspraken 1995-2000*. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst, Nederlands instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Leidschendam 1995.

Persoon, A., A. Francke, D. Temmink & A. Kerkstra, *Transmurale zorg in Nederland: een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden*. NIVEL, Utrecht 1996.

Schafrat, C., *Deskundige kwaliteit. Literatuuronderzoek naar deskundigheidsbevordering in relatie tot kwaliteit van zorg in de sector*

verpleging en verzorging. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht 1996.

Schrijnemaekers, V.J.J., M.J.M. te Wierik, C.M.A. Frederiks, L.J.M. Hollands & E. van Rossum, *Zorgkwaliteit in verzorgingshuizen. Standaarden en een meetinstrument voor de verzorging en verpleging*. De Tijdstroom & Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1996.

Sluijs, E.M. & D.H. de Bakker, *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van de kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg*. NIVEL/NRV, Utrecht 1992.

Sluijs, E.M., D.H. de Bakker & J. Dronkers, *Kwaliteitssystemen in uitvoering*. NIVEL/NRV, Utrecht/Zoetermeer 1994.

Sluijs, E.M. & H. Dekker, *Voortgang van het programma OKPZ (Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg)*. NIVEL, Utrecht 1996.

Theuvenet, P.J., A.P.P.M. Driessen, J.M.W.M. Merkus, A.F. Casparie, J. van de Wiel-Maas & W.L.R. Kuipers (red.), *Kwaliteitsbeleid medische specialisten*. Utrecht 1995.

Timmermans, J.E., E.M. Sluijs, J. Dekker & W.H.M. den Hartog, *Kwaliteitsbeleid paramedische beroepsgroepen*. CBO & NIVEL, Utrecht 1994.

Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Verplegende en verzorgende beroepen. Kabinetsstandpunt*. Sdu Uitgeverij, Den Haag 1991-1992.

Visser, G., J. Bongers & E. Massen, 'KWIEK: kwaliteitsverbetering in verzorgingshuizen'. In: *Verpleegkundig Management* 3 (1996) juni.

Visser, G.J., I.A. Miltenburg, E.M. Sluijs & D.H. de Bakker, *Concept rapport Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen*. NIVEL, Utrecht 1997 (in druk).

VWS, Ministerie van, *Nieuwsbrief Wet BIG 5* (1996), mei.

Wagner C., E.M. Sluijs & D.H. de Bakker, *Kwaliteitssystemen in instellingen: De stand van zaken in 1995*. NIVEL/NRV, Utrecht/Zoetermeer 1995.

Werkgroep Werkveld SOGW, *Beroepsprofiel verzorgende/helpende*. Centrum Innovatie Beroepsonderwijs Bedrijfsleven, 's-Hertogenbosch 1990.

Wierik, M.J.M. te, P. van Dijk, E.C.A. Stomph, C.M.A. Frederiks & L. Hollands, *Substitutieprojecten verpleeghuiszorg: een onderzoek naar zorgwaarde en kwaliteitsaspecten van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen*, Kavanah, Dwingeloo 1994.

Wijnen, Th.J., *Jaarboek Verpleegkunde 1994*. Kavanah, Dwingeloo 1993.

BIJLAGE 1

LIJST VAN GEHANTEERDE BEGRIPPEN

Behoeftonderzoek	Het (periodiek) in kaart brengen van behoeften die patiënten en/of zorgverleners hebben ten aanzien van de zorgverlening en (mogelijke) vernieuwde vormen van zorg (NRV 1990).
Beroepsprofielen	Een omschrijving van de beroepsactiviteiten zoals die plaatsvinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder van de beroepsvereisten waaraan men moet voldoen om het verpleegkundig en verzorgend beroep te kunnen uitoefenen (NRV 1988).
Bij- en nascholing	Een opleidingsactiviteit die gericht is zowel op de in standhouding van de deskundigheid die tijdens de beroepsopleiding is verworven als op aanvulling, vergroting, verdieping of aanpassing van de deskundigheid die voor de feitelijke beroepsuitoefening dan wel de vervulling van daarmee samenhangende functies noodzakelijk is, gelet op relevant te achten maatschappelijke en beroepsinhoudelijke ontwikkelingen (NRV 1991).
Criterium (criteria voor scholing)	Kenmerk of maatstaf op grond waarvan beoordeling (van de scholing) plaatvindt (NRV 1990).
Deskundigheid	De mate waarin de beroepsbeoefenaar beschikt over de voor de uitoefening van zijn beroep noodzakelijke kennis en vaardigheden (NRV 1990).
Deskundigheidsbevordering	Een totaal aan activiteiten dat zich richt op de bevordering van de deskundigheid van een individuele beroepsbeoefenaar betrekking hebbend op alle aspecten van de beroepsuitoefening en zowel het bijhouden van theoretische kennis en praktische vaardigheden, als het aanleren van nieuwe theoretische kennis en praktische vaardigheden omvat (Schafrath 1996).

Doelmatigheid	De mate waarin de inspanningen (geld, middelen, tijd) zich verhouden tot de opbrengsten (baat van zorg) (NRV 1990).
Doeltreffendheid	De mate waarin datgene dat onder optimale omstandigheden als bereikbaar is vastgesteld, onder dagelijkse condities daadwerkelijke wordt bereikt (NRV 1990).
Functieprofielen	Omschrijvingen van beroepsactiviteiten per werkveld. Deze omschrijvingen zijn afgeleid van het beroepsprofiel. De ontwikkeling van functieprofielen is de verantwoordelijkheid van de desbetreffende sector (NRV 1988).
Kwaliteit	Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften (NRV 1990).
Kwaliteitsbeleid	De doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, alsmede de wegen en de middelen daartoe, zoals deze formeel tot uitdrukking komen in een verklaring (NRV 1990).
Kwaliteitsbevordering	Het complex van activiteiten, gericht op het verbeteren van de kwaliteit. Deze activiteiten omvatten: <ul style="list-style-type: none"> . het definiëren van het gewenste niveau van kwaliteit (kwaliteitsaspecten); . het scheppen van voorwaarden om de beoogde kwaliteit te realiseren; . het beoordelen of de beoogde kwaliteit gerealiseerd is; . de stappen die worden ondernomen om de kwaliteit te verbeteren. (NRV 1990)
Kwaliteitsbewaking (ook wel kwaliteitstoezicht genoemd)	De permanente activiteiten die enerzijds gericht zijn op het toezien of een bepaald kwaliteitsniveau gehaald wordt en behouden blijft en anderzijds op het corrigeren van de eventuele afwijkingen van dat niveau (NRV 1990).
Kwaliteitsborging	Het geheel van alle geplande en systematische acties nodig om in voldoende mate het vertrouwen te kunnen geven dat een product of dienst voldoet aan de gestelde kwaliteitseisen (NRV 1990).
Kwaliteitskringloop	Theoretisch model van de wisselwerking tussen de activiteiten die de kwaliteit van een product of een dienst beïnvloeden in de verschillende stadia vanaf de vaststelling van de behoeften tot en met de beoordeling of aan deze behoeften is voldaan (NRV 1990).

Kwaliteitsplan	De voorgenomen specifieke maatregelen, voorzieningen en volgorde van activiteiten met betrekking tot de kwaliteit, van toepassing op een bepaald product, dienst, contact of project (NRV 1990).
Kwaliteitssysteem	De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg (NRV 1990).
Kwaliteitstoetsing	Vaststellen of de resultaten van een kwaliteitsbeleid voldoen aan de vastgelegde eisen (NRV 1990).
Kwaliteitsverbetering	De activiteiten die erop zijn gericht om het verschil tussen behaalde en beoogde kwaliteit weg te nemen (NRV 1990).
Normering	Toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten; toestand die voor een categorie van zaken vereist is (NRV 1990).
Patiëntgerichtheid	Patiëntgerichtheid is de mate waarin patiënten en hun behoeften centraal staan in de zorgverlening door de instelling (NRV 1990).
Standaard	Onderling overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor de aangesproken populatie (NRV 1990).
Tevredenheids- onderzoek	Onderzoek naar tevredenheid onder patiënten en medewerkers, met het oogmerk om (on)tevredenheid te signaleren en – terechte – ontevredenheid te vertalen in veranderingen (NRV 1990).

BIJLAGE 2

LIJST VAN DEELNEMENDE BEROEPS- EN VAKORGANISATIES

Specifieke beroepsorganisaties

- AVVV
Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (Koepelorganisatie van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging)
- B.O.G.
Beroepsvereniging voor Obstetrische en Gynaecologische Verpleegkundigen
- EADE
European Association of Diabetes Educators
- Febe
Vereniging van werkers in de gezondheidszorg op gereformeerde grondslag
- LOVZ^[1]
Landelijk Overleg Verpleegkundigen bij Zorgverzekeraars
- LWWOC^[2]
Landelijke Werkgroep Verpleegkundig Oncologisch Consulenten Niveau-Nederland
- Niveau-Nederland
Netwerk Integreernde Verpleegkunde Ontwikkeling Nederland
- NVAV
Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen
- NVCV
Nederlandse Vereniging van CARA Verpleegkundigen
- NVDC
Netwerk Verpleegkundig Decubitus Consulenten
- NVDVV
Nederlandse Vereniging van Dermatologisch Verpleegkundigen en Verzorgenden

[1]

De LOVZ heeft aangegeven geen beroepsorganisatie te zijn. Echter, omdat de LOVZ de belangen van verpleegkundigen indirect behartigt, is zij toch meegenomen in het onderzoek.

[2]

Het LWWOC maakt onderdeel uit van de Vereniging van Integrale Kankercentra en werkt hiernaast nauw samen met de VvOV.

- NVGE
Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie, sectie endoscopie assistenten
- NVHP
Nederlandse Vereniging van Hoofden Polikliniek
- NVHV
Nederlandse Vereniging van Hart- en Vaatverpleegkundigen
- NVIC
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, sectie Verpleegkundigen
- NVNV
Nederlandse Vereniging Neuro Verpleegkundigen en Verzorgenden
- NVPV
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde
- NVRM
Nederlandse Vereniging van Recovery Medewerkers
- NVSHV
Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen
- NVvVB
Nederlandse Vereniging van Verplegenden in de Brandwondenzorg
- NVVVR
Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in de Reumatologie
- PEB-Z
Platform eenduidig begrippenkader in de Z-verpleging
- STIP
Landelijke Vereniging Stafffunctionarissen in de Intra- en semimurale Psychiatrie
- VCHV
Vereniging van Chef/Hoofdverpleegkundigen in de ambulancehulpverlening
- VCPV
Vereniging voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde
- VDV
Vereniging Docenten Verpleegkunde
- VGN
Verenigde Gipsverbandmeesters Nederland
- VMG
Vereniging Managers Gehandicaptenzorg

- VPM
Vereniging voor PAAZ Managers
- VVIV
Vereniging voor Voedings- en Infusie Verpleegkundigen
- VVKV
Vereniging Van KinderVerpleegkundigen
- VvOV
Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen
- VVSN
Vereniging Verpleegkundigen Stomazorg Nederland
- VVVG
Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Geriatrie
- VVVM
Vereniging Verpleegkundig Beroepsbeoefenaren in de MGZ
- Werkgroep STIV
Werkgroep Stafverpleegkundigen in Instellingen voor mensen met een Verstandelijke handicap
- WVI
Werkgroep Verpleegkunde en Informatica
- Zorg Zaken, Nationale Vereniging voor Vrijgevestigde Verplegenden en Verzorgenden^[3]

Beroepsorganisaties van basisberoepsbeoefenaren

- NU'91
Nieuwe Unie '91, beroepsorganisatie voor beroepsbeoefenaren in de verpleging
- Sting
Beroepsvereniging voor werkneemsters (m/v) in de gezinsverzorging & thuisverzorging

Vakbonden

- AbvaKabo
- CFO
CNV-Bond voor Overheid, Zorgsector en Verzelfstandigde Overheidsinstellingen

[3]
In dit rapport wordt
ZorgZaken afgekort tot
ZoZa.

