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

Kwaliteitssystemen in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap

Dr.D.H. de Bakker
Drs.C.Wagner
Dr.E.M.Sluijs

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, telefoon 030-2319946, telefax 030-2319290.

In opdracht van en gefinancierd door de Programma Commissies Kwaliteit van Zorg Onderzoek KWAZO van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, NWO, Gebied Medische Wetenschappen.

Inhoudsopgave

Voorwoord 5
Samenvatting 7
1. Kwaliteitssystemen 15
    1.1 Inleiding 15
    1.2 Kwaliteitssystemen 16
2. Kwaliteitszorg per aandachtsgebied 19
    2.1 Methode 19
    2.2 Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg 20
        2.2.1 Beleid en strategie 20
        2.2.2 Personeelsbeleid 22
        2.2.3 Procesbeheersing door normering 24
        2.2.4 Procesbeheersing door deelsystemen 25
        2.2.5 Participatie van patiënten, cliënten of familie 28
        2.2.6 Samenwerking tussen instellingen 29
    2.3 Conclusies 30
3. Ontwikkelingsfasen van de kwaliteitssystemen 32
    3.1 Inleiding 32
    3.2 De ontwikkelingsfasen van de kwaliteitssystemen 32
    3.3 Verschillen in ontwikkeling per aandachtsgebied 36
    3.4 Conclusies 39
Literatuur 41
Bijlage 1 43
Bijlage 2: Toelichting op de kwaliteitsenquête 53
Bijlage 3: Methodologische verantwoording van het gehanteerde fasemodel 57

Voorwoord

In opdracht van de Programma Commissie Kwaliteit van Zorg Onderzoek (KWAZO) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk onderzoek (NWO) wordt in deze nota een overzicht gegeven van de kwaliteitssystemen in verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en instellingen die zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke handicap. Deze drie sectoren worden vergeleken met de stand van zaken in de rest van Nederland.

De reden voor een vergelijking van juist deze drie sectoren ligt in de specifieke aandacht die de KWAZO Commissie sinds haar oprichting in 1991 besteedt aan het onderzoek naar de kwaliteitsbewaking in de sectoren thuiszorg, zwakzinnigenzorg en chronisch zieken. De kwaliteitsbewaking komt onder andere tot uiting in de kwaliteitssystemen die in deze sectoren worden ontwikkeld.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op de landelijke inventarisatie van kwaliteitssystemen die in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) werd verricht ten behoeve van de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) en mede werd gefinancierd door KWAZO-NWO. Het eindrapport van deze inventarisatie 'Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995' geeft een representatief overzicht van de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen in de Nederlandse zorginstellingen zich anno 1995 bevinden. De gegevens vormden de basis voor de derde Leidschendam conferentie op 8 juni j.l. waarin nieuwe landelijke afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid werden gemaakt.

Het voorliggende rapport beschrijft in welke fase van ontwikkeling de kwaliteitssystemen zich bevinden in instellingen voor thuiszorg, zorg aan mensen met een verstandelijke handicap en zorg aan chronisch zieken. Een vergelijking van de stand van zaken in deze sectoren met de rest van Nederland verschaft gegevens die van belang kunnen zijn voor programmering van het toekomstige onderzoek naar de kwaliteitsbewaking in deze sectoren.

Het rapport heeft het karakter van een samenvattend overzicht. Voor nadere details wordt verwezen naar 'Kwaliteitssystemen in instellingen'. Wij hopen dat de gegevens van nut kunnen zijn voor het onderzoek op het gebied van kwaliteit van zorg en een referentiekader bieden aan diegenen die in de betrokken sectoren zich bezighouden met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen.

Utrecht, 10 april 1996

Samenvatting

Op de volgende pagina's geven wij een samenvatting van de stand van zaken van de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitssystemen in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. De gegevens zijn verzameld in het kader van een groter onderzoek naar de stand van zaken in alle zorginstellingen in Nederland. Hierdoor is het mogelijk een overzicht te geven van de verschillen c.q. overeenkomsten in de drie genoemde sectoren en tevens een vergelijk te maken met de resterende zorgsectoren.
In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat de zorginstellingen bijna zonder uitzondering de kwaliteitsbewaking en verbetering expliciet ter hand hebben genomen. Eveneens is duidelijk geworden dat instellingen een aantal ontwikkelingsfasen moeten doorlopen voordat er sprake is van een functionerend kwaliteitssysteem. In grote lijnen bleek deze ontwikkeling voor alle sectoren identiek te verlopen; dat wil zeggen elke sector kent voorlopers, maar ook een achterhoede. De verschillen tussen de sectoren zijn vooral te vinden in specifieke activiteiten die in sommige sectoren meer aandacht krijgen en de verdeling van de instellingen over de ontwikkelingsfasen.
In de volgende paragrafen zullen wij eerst de wijze beschrijven waarop instellingen werken aan kwaliteitsbewaking en verbetering en ten tweede de manier waarop het kwaliteitssysteem wordt opgebouwd.

De gegevens zijn gebaseerd op 1182 vragenlijsten; 114 van thuiszorginstellingen (LVT), 120 van verpleeghuizen (NVVz) en 226 van instellingen die zorg verlenen aan mensen met een verstandelijke handicap. Tot de laatstgenoemde instellingen worden in dit onderzoek gerekend de lidinstellingen van de FIAD-Wdt (dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten), de NVGz (instellingen voor gehandicapten) en de SOMMA (sociaal-pedagogische diensten). De overige 722 vragenlijsten zijn afkomstig van de andere 10 zorgsectoren die aan het onderzoek hebben deelgenomen. De vragenlijst is ingevuld door directies van instellingen. De responspercentages liggen tussen 68% en 90%. Door de goede respons kan aangenomen worden dat de gegevens een representatief beeld geven, echter uitsluitend vanuit het perspectief van het management. De medewerkers zijn niet geënquêteerd.

Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering
Systematisch werken aan kwaliteitszorg betekent dat activiteiten worden ondernomen op een aantal aandachtsgebieden: beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering, procesbeheersing door deelsystemen, patiëntparticipatie en samenwerking met andere zorgaanbieders. We gaan bij elk punt in op de stand van zaken en de sectorspecifieke ontwikkelingen.

Beleid en strategie
Systematisch werken aan beleid en strategie betekent dat er een omschrijving is van de missie van de instellingen, van de geleverde produkten, dat het kwaliteitsbeleid op papier staat en is uitgewerkt in regelmatig geëvalueerde werkplannen en dat jaarlijks verantwoording wordt uitgebracht in een (kwaliteits)jaarverslag.
Stand: Bijna alle instellingen in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap hebben in een missie de uitgangspunten voor de zorgverlening geformuleerd. Twee derde van de instellingen is deze visie aan het vertalen of heeft deze reeds vertaald in een expliciet kwaliteitsbeleid en geconcretiseerd in kwaliteitswerkplannen. Wellicht mede doordat de instellingen zich middenin deze ontwikkelingen bevinden is nog maar een kwart tot een derde van de instellingen zover dat zij eraan werken verant-

woording af te leggen over de activiteiten in een kwaliteitsjaarverslag. Hoewel het maken van een dergelijk jaarverslag verplicht wordt bij het in werking treden van de kwaliteitswet was de meerderheid daar eind 1994 nog niet aan toe.
Sectoren: De thuiszorginstellingen zijn iets verder en de sociaal-pedagogische diensten iets minder ver met het op schrift zetten van het kwaliteitsbeleid en het concretiseren in werkplannen.

Personeelsbeleid
Het kwaliteitsbeleid zou tot uiting moeten komen in het personeelsbeleid: het management stimuleert de medewerkers tot zorg voor kwaliteit en vervult in dit opzicht een voorbeeldrol, creëert randvoorwaarden in de vorm van tijd en geld voor deskundigheidsbevordering en geeft ook sturing, bijvoorbeeld door bewaking van kwaliteitswerkplannen.
Stand: Inmiddels komt het kwaliteitsbeleid bij veel instellingen tot uiting in het personeelsbeleid, bijvoorbeeld bij de selectie of nascholing van het personeel.
Tweederde van de instellingen meldt dat zowel medewerkers als leidinggevenden inmiddels zijn geschoold in kwaliteitszorg. Het management stimuleert de medewerkers tot kwaliteitszorg, maar oefent minder vaak expliciete sturing uit door gemaakte afspraken te bewaken en te toetsen.
Sectoren: Op een aantal punten zijn er verschillen te melden tussen de vijf in dit rapport beschreven sectoren en de rest van Nederland. In de thuiszorg kunnen de medewerkers over het algemeen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten, waarbij de directie expliciet aangeeft wat van de medewerkers wordt verwacht. Stimulansen aan medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen en scholing in kwaliteitszorg vinden echter minder vaak plaats. In de verpleeghuiszorg en de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap is het omgekeerde het geval, de directie stimuleert via scholing en stuurt minder door aan te geven wat er wordt verwacht.

Normering
Om te zorgen dat de primaire processen van constante kwaliteit zijn worden normen, protocollen en richtlijnen gemaakt. Het gaat daarbij niet alleen om monodisciplinaire standaarden voor specifieke verrichtingen, maar ook om protocollen die over de grenzen van afdelingen heen de hele routing van de patiënt beschrijven, om geprotocolleerde patiëntvoorlichting en protocollen voor kritische momenten in het zorgproces.
Stand: Protocollen voor specifieke verrichtingen/behandelingen worden in de meest instellingen gehanteerd. Bijna de helft van de instellingen hanteert protocollen die de hele routing van opname naar ontslag beslaan. Ongeveer even veel instellingen gebruikt patiëntenvoorlichtingsprotocollen. Ruim een derde van de instellingen heeft protocollen voor voorbehouden handelingen of kritische momenten in het zorg- of dienstverleningsproces.
Sectoren: Er zijn duidelijke verschillen tussen de sectoren in de gehanteerde protocollen die samenhangen met de specifieke aard van de sector. Veel protocollen zien we bij de verpleeghuizen, met name gericht op specifieke behandelingen, voorbehouden handelingen en medische hulpmiddelen. In de thuiszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten zien we minder protocollen dan gemiddeld. Bij de sociaal-pedagogische diensten met name zien we op vrijwel alle terreinen heel weinig protocollen, met uitzondering van de routing van de

cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting van de dienstverlening. De dag- en woonvormen, en de instellingen voor gehandicapten en de thuiszorg wijken in het gebruik van protocollen minder sterk af van de overige sectoren.

Deelsystemen

In toenemende mate worden onderdelen van het zorgproces systematisch bewaakt en verbeterd via deelsystemen c.q. feedbackprocedures. De essentie hiervan is dat systematisch gemeten wordt of de zorg aan de gestelde eisen voldoet op basis waarvan zonodig bijstelling plaatsvindt. Dit is ook de kerngedachte in het begrip 'kwaliteitssysteem'.

Stand: Procedures die in veel instellingen worden gehanteerd zijn onder andere vormen van intercollegiale toetsing, zorg- of behandelplannen, klachtenregistraties, functioneringsgesprekken en tevredenheidsonderzoek onder patiënten of cliënten. Wat minder vaak voorkomt is behoefte-onderzoek onder gebruikers of verwijzers. Weinig instellingen beschikken over een (management)informatie systeem waarin de resultaten van de zorgverlening worden vastgelegd.

In veel instellingen is een groot deel van genoemde activiteiten voorhanden maar functioneren deze nog niet als deelsysteem (c.q. feedbackprocedure), in de zin dat de procedures periodiek worden herhaald en dat de gegevens systematisch worden gebruikt voor bijstelling van beleidsmaatregelen en zorgprocessen. Ruim de helft van de instellingen geeft de komende jaren prioriteit aan de verdere ontwikkeling van deelsystemen, zodat op dit vlak in de nabije toekomst vooruitgang is te verwachten.

Sectoren: Ook hier zijn weer verschillen tussen de sectoren te constateren, met name in de mate waarin de gehanteerde deelsystemen de kwaliteitskringloop weerspiegelen en gebruikt worden in het instellingsbeleid. In veel dag- en woonvormen, instellingen voor gehandicaptenzorg en verpleeghuizen worden zorgplannen volgens de kringloop gebruikt en wordt de informatie uit de zorgplannen gebruikt in het instellingsbeleid. In de thuiszorg is dit vaker het geval met de meningspeiling onder gebruikers. De sociaal-pedagogische diensten zijn wat het systematisch gebruiken van deelsystemen aangaat minder ver dan de overige sectoren.

Patiëntparticipatie

In de zorgsector wordt veel belang gehecht aan de participatie van cliënten in het kwaliteitsbeleid. Deze participatie kan bestaan uit het gezamenlijk ontwikkelen van normen of criteria en bespreken uitkomsten van klachtregistratie of meningspeiling tot actieve participatie in commissies of verbeterprojecten.

Stand: In ruim twee derde van de verpleeghuizen en de zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke handicap worden patiënten/cliënten bij de kwaliteitsbewaking en verbetering betrokken, bijvoorbeeld door klachtenregistraties of uitkomsten van satisfactie-onderzoek met hen of hun vertegenwoordigers te bespreken. Participatie van gebruikers als het gezamenlijk formuleren van kwaliteitseisen, het ontwikkelen van protocollen of richtlijnen, of het zitting hebben in een kwaliteitscommissie c.q. projectgroep komt iets minder voor. Als dit gebeurt is dat afhankelijk van het onderwerp dat aan de orde is, zo melden de directies.

Sectoren: Participatie van patiënten vindt relatief vaak plaats in verpleeghuizen en in de drie sectoren van instellingen voor gehandicaptenzorg en relatief weinig bij thuiszorginstellingen. Over het algemeen worden in de ambulante hulpverlening patiënten minder bij de kwaliteitsactiviteiten betrokken dan in de langdurige zorgverlening aan inwonende patiënten of cliënten.

Samenwerking
Niet alleen de zorg voor kwaliteit binnen een instelling moet goed geregeld zijn, ook de afstemming met 'toeleveranciers' en 'afnemers' is van belang. Deze zogenoemde 'ketenkwaliteit' speelt met name bij overdracht van patiënten, aansluiting van taakgebieden e.d.
Stand: Bijna de helft van de instellingen heeft schriftelijke afspraken met andere instellingen over overdracht en verwijzing van patiënten.
Sectoren: Met name veel thuiszorginstellingen hebben afspraken met andere instellingen vastgelegd. Sociaal-pedagogische diensten hebben dit minder vaak dan gemiddeld gedaan. De andere verstandelijk gehandicaptensectoren en de verpleeghuizen verschillen niet veel van het beeld in de 10 overige sectoren in de zorgsector.

De ontwikkeling van de kwaliteitssystemen
Bij het invoeren van een kwaliteitssysteem gaat het om het ontplooien van activiteiten op alle voornoemde aandachtsgebieden. Er is een fasering te onderkennen in het ontwikkelen en invoeren van een systeem. In de eerste fase worden voorwaarden gecreëerd voor kwaliteitsbewaking en verbetering (bijvoorbeeld scholing) en in de tweede fase volgt de invoering daarvan, doorgaans op experimentele wijze of in de vorm van projecten. In de derde fase ontstaat het kwaliteitssysteem doordat de kwaliteitsbewaking en verbetering regulier onderdeel wordt van de bedrijfsvoering, alle gebieden in de organisatie omvat en een samenhangend geheel vormt. Op basis van deze driedeling is de stand van zaken in de thuiszorg, de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap en de verpleeghuiszorg als volgt te typeren:

Stand van zaken
Bijna een kwart van de instellingen bevindt de kwaliteitszorg zich in de voorbereidende fase (fase 1);
De ruime meerderheid is bezig met de invoering van kwaliteitsbewaking via experimenten of projecten (fase 2);
Ruim 10% van de instellingen heeft fase 3 bereikt. Bij hen omvat de kwaliteitszorg alle gebieden van de organisatie en is onderdeel van de bedrijfsvoering.
Welke concrete activiteiten de instellingen in fase 1, 2 of 3 verrichten wordt hierna toegelicht.

Instellingen in de voorbereidende fase (fase 1) zijn doorgaans bezig met de volgende activiteiten. Zowel de medewerkers als het management worden geschoold in kwaliteitszorg. Het kwaliteitsbeleid is geformuleerd en schriftelijk vastgelegd (maar nog niet ingevoerd). Er wordt een begin gemaakt met kwaliteitsbewaking over de grenzen van afdelingen of disciplines heen en de mono-disciplinaire protocollen van professionals worden aangevuld met multidisciplinaire protocollen of richtlijnen. Getracht wordt de al aanwezige instrumenten zoals de klachtenregistratie op cyclische wijze te gebruiken voor kwaliteitsbewaking.

De meerderheid van de instellingen die bezig is met de projectgewijze invoering van kwaliteitsbewaking en -verbetering verricht onder andere een aantal van de volgende activiteiten. Op diverse (maar niet op alle) afdelingen worden kwaliteitsprojecten uitgevoerd en wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Afdelingen beschikken over eigen kwaliteitsplannen en de uitvoering

daarvan wordt (mede) door de directie bewaakt. Getracht wordt de zorgprocessen te beheersen door bijvoorbeeld ook overdracht, nazorg of kritische momenten in het zorgproces in protocollen vast te leggen. Het oordeel van patiënten en cliënten wordt via satisfactie-onderzoek of meningspeilingen gemeten.

Instellingen in fase 3 kenmerken zich door de systematische aanpak van de kwaliteitsbewaking en de onderlinge samenhang. Deskundigheidsbevordering vindt bijvoorbeeld plaats op basis van de prioriteiten in het kwaliteitsbeleid. De kwaliteitsbewaking beslaat het gehele zorgproces van aanmelding tot ontslag. Gegevens over de resultaten van de zorgverlening zijn beschikbaar in een (management)informatiesysteem en de medewerkers krijgen structurele feedback over de resultaten. Patiënten of cliënten worden regulier bij de kwaliteitsbewaking en verbetering betrokken. Alle kwaliteitsactiviteiten worden periodiek op hun effectiviteit beoordeeld (interne audit) en de instelling legt hierover verantwoording af in een kwaliteitsjaarverslag.

Kenmerkend voor de instellingen in fase 3 is dat de kwaliteitszorg op alle gebieden in de organisatie ver ontwikkeld is. De kwaliteitsbewaking betreft zowel het beleid inclusief het personeelsbeleid, het betreft de processen die via protocollering en via deelsystemen worden bewaakt alsook de participatie van patiënten. In zijn algemeenheid blijkt dat bij veel instellingen het personeelsbeleid wel ver ontwikkeld is en ook wel de protocollering, maar dat met name de participatie van patiënten daarbij achter blijft. Het is dus niet zo dat de kwaliteitsbewaking en verbetering per definitie in de gehele organisatie gelijk opgaat.

Verschillen tussen sectoren

De verschillen tussen de sectoren in de mate waarin de kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn, zijn niet opvallend groot. De dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en in mindere mate de verpleeghuizen zijn gemiddeld verder met het invoeren van een kwaliteitssysteem dan het landelijke gemiddelde. De thuiszorginstellingen en de sociaal-pedagogische diensten bevinden zich nog vaker in de voorbereidingsfase, terwijl ook daar een kleine groep reeds fase drie heeft bereikt. Relatief veel instellingen voor gehandicapten zijn projectgewijs bezig met het systematiseren van kwaliteitsbewakende activiteiten.

De verschillen tussen sectoren zijn groter als de afzonderlijke aandachtsgebieden apart worden beschouwd. We zagen dat al bij de samenvatting van activiteiten per aandachtsgebied. Deels heeft dit te maken met de specifieke kenmerken van de sector. Daarnaast wordt duidelijk dat de sectoren vanuit verschillende invalshoeken werken aan de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem beginnen.
We sluiten deze samenvatting af met een korte schets van de stand voor elk van de beschouwde sectoren.

Dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten (FIAD-Wdt)

Bij de dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten hebben iets meer instellingen de derde fase bereikt van systematische kwaliteitszorg op alle aandachtsgebieden. Dat komt vooral doordat in deze instellingen de participatie van (ouders van) bewoners meer ingeburgerd is dan in de andere sectoren. Op dit aandachtsgebied scoort men in deze sector op alle indicatoren aanzienlijk hoger dan gemiddeld.

Op de aandachtsgebieden personeelsbeleid en deelsystemen is men gemiddeld ongeveer even ver als in de 10 overige sectoren. Op sommige indicatoren scoort men hoger dan gemiddeld. Zo wordt aanzienlijk vaker gebruik gemaakt van zorgplannen, functioneringsgesprekken en familieraden als deelsysteem, maar zijn er aan de andere kant minder commissies en vindt intercollegiale toetsing minder plaats.
Op de aandachtsgebieden beleid en strategie en normering scoren de dag- en woonvoorzieningen iets minder ver dan gemiddeld. Vooral bij beleid en strategie is het verschil klein, wat veroorzaakt wordt doordat het beleid minder vaak is geconcretiseerd in werkplannen en er minder kwaliteitshandboeken zijn. Ten aanzien van de normering zien we minder protocollen voor specifieke behandelingen, voor de hele routing en over patiëntenvoorlichting. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat men in deze sector meer met zorgplannen werkt.

Instellingen voor gehandicapten (NVGz)
Over het geheel genomen zijn de instellingen voor gehandicapten niet verder of minder ver met de invoering van kwaliteitssystemen dan gemiddeld. Als we meer in detail naar het patroon kijken vallen parallellen met de dag- en woonvoorzieningen te trekken. Ook gehandicapteninstellingen zijn ver met het betrekken van cliënten, al is het verschil minder groot dan bij de dag- en woonvoorzieningen. Zij zijn eveneens minder ver met protocollering, bijvoorbeeld met protocollen voor patiëntenvoorlichting. Op de andere aandachtsgebieden verschilt de ontwikkelingsfase niet significant van het gemiddelde. Op individuele indicatoren zijn er wel verschillen. Zo hebben bijna alle instellingen hun visie op de zorgverlening schriftelijk vastgelegd. Ook wordt veel gebruik gemaakt van zorgplannen en functioneringsgesprekken en zijn er veel familieraden. Dat laatste zal verklaren dat er weinig tevredenheidsonderzoek onder gebruikers plaatsvindt.

Thuiszorginstellingen (LVT)
De thuiszorginstellingen zijn over het geheel genomen iets minder ver met het invoeren van kwaliteitssystemen dan gemiddeld: relatief minder instellingen hebben de derde fase bereikt. Dat komt in de eerste plaats doordat cliëntparticipatie minder voorkomt in de thuiszorg. Dat zal te maken hebben met het feit dat men van doen heeft met een ambulante populatie die minder langdurig in zorg is dan bijvoorbeeld cliënten van de gehandicaptenzorg. Daarnaast wordt in de thuiszorg ook minder gebruik gemaakt van protocollen, zowel voor specifieke verrichtingen als voor de gehele routing, patiëntenvoorlichting en kritische momenten. Op de andere aandachtsgebieden zijn de verschillen klein. Zo zijn relatief veel instellingen bezig het aanbod te omschrijven en procedures vast te leggen in een kwaliteitshandboek, maar vindt er weer minder scholing plaats in kwaliteitszorg en functioneren er minder commissies.

Verpleeghuizen (NVVz)
De verpleeghuizen lijken over het geheel genomen iets verder dan gemiddeld met de invoering van kwaliteitssystemen. De verschillen komen tot uiting op de aandachtsgebieden normering, deelsystemen en patiëntparticipatie. We zien veel protocollen voor specifieke verrichtingen en medische hulpmiddelen en veel voor kritische momenten c.q. voorbehouden handelingen. Daarnaast zien we ook veel zorgplannen, veel commissies en meer dan gemiddeld beschikt men over klachtregistratie. Ook worden in een relatief groot deel van de instellingen patiënten betrokken bij projecten en worden de uitkomsten van de klachtenregistratie besproken. Aan de andere kant zien we nog weinig management-informatiesystemen en interinstitutionele toetsing.

Sociaal-Pedagogische diensten (SOMMA)
De kwaliteitssystemen bij sociaal-pedagogische diensten zijn gemiddeld niet verder of minder ver ontwikkeld dan in de overige sectoren. Er zijn wel duidelijke verschillen per aandachtsgebied. Zo is men verder met patiëntparticipatie maar minder ver met normering en beleid en strategie en iets minder ver met deelsystemen. Met betrekking tot patiëntparticipatie scoort men op bijna alle indicatoren hoger dan gemiddeld. Het kwaliteitsbeleid is nog maar weinig in werkplannen omgezet en kwaliteitsjaarverslagen zien we ook relatief weinig. Logischerwijs zien we weinig protocollen voor specifieke of voorbehouden handelingen.

1. Kwaliteitssystemen

1.1 Inleiding

In opdracht van de Programma Commissie Kwaliteit van Zorg Onderzoek (KWAZO-NWO) wordt in deze nota een samenvattend overzicht gegeven van de derde inventarisatie van kwaliteitssystemen voor wat betreft de zorg aan chronisch zieken, thuiszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten.
Deze drie sectoren staan centraal staan in het onderzoekprogramma van KWAZO-NWO onder andere omdat verwacht werd dat wetenschappelijke ondersteuning van het kwaliteitsproces het meest profijtelijk is voor deze drie sectoren (RGO, 1990).
Voor deze sectoren heeft de programmacommissie inmiddels een aantal overzichtstudies en onderzoeksprojecten laten uitvoeren met als doel een beeld te krijgen van het kwaliteitsbeleid in deze sectoren en van de indicatoren die beschikbaar zijn om de kwaliteit van het zorgproces en de uitkomsten te meten. Deze informatie is nodig om uiteindelijk, net als in het bedrijfsleven te komen tot een kwaliteitssysteem, waarbinnen tussen onderdelen als input, process en outcome terugkoppeling kan plaatsvinden op basis van betrouwbare indicatoren of meetpunten (Van der Maas, 1994).
Dergelijke (kwaliteits)systemen zijn in de zorgsector nog volop in ontwikkeling. Een representatief beeld van de huidige stand van zaken is zojuist beschreven in de derde inventarisatie van kwaliteitssystemen (Wagner, de Bakker, Sluijs, 1995). Op basis van deze inventarisatie worden in deze nota instellingen uit de drie onderscheiden sectoren vergeleken met de overige zorgsectoren in Nederland. Deze gegevens kunnen zichtbaar maken op welke gebieden extra stimulering van het kwaliteitsbeleid gewenst lijkt.
De vragen die in deze nota beantwoord worden luiden als volgt:

1 Welke kwaliteitsactiviteiten worden ondernomen in de instellingen voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap? Zijn er in dit opzicht verschillen met de overige zorginstellingen in Nederland?

2 In welke ontwikkelingsfase verkeren de kwaliteitssystemen in instellingen voor thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap? Zijn er in dit opzicht verschillen met de overige zorginstellingen in Nederland?

Historische achtergrond
In 1990 werden in Leidschendam landelijke afspraken gemaakt over het kwaliteitsbeleid tussen aanbieders, overheid, financiers en patiënten- /consumentenorganisaties. Eén van de afspraken was dat de aanbieders van zorg binnen vijf jaar kwaliteitssystemen zouden ontwikkelen en in voeren. Net als in het bedrijfsleven zouden kwaliteitssystemen een garantie voor kwaliteit moeten bieden door de systematische bewaking en verbetering die binnen zo'n systeem plaatsvindt. Over het kwaliteitssysteem moet verantwoording worden afgelegd in het kwaliteitsjaarverslag, terwijl de systemen ook toegankelijk moeten zijn voor externe beoordeling. Hierdoor zouden financiers in staat worden gesteld op basis van prijs èn kwaliteit te contracteren, zoals werd afgesproken.

Hoe die systemen er in de zorgsector uit zouden moeten zien was in 1990 niet bekend. Dit werd aan het veld zelf overgelaten. Uit de 3 opeenvolgende inventarisaties van kwaliteitssystemen, die het NIVEL in opdracht van de NRV uitvoerde, bleek dat de zorgsector niet zonder meer de kwaliteitssystemen uit het bedrijfsleven overnam (bijvoorbeeld de ISO-systematiek). Al experimenterend ontwikkelden zij een eigen aanpak. De aanpak die koepels, beroepsbeoefenaren en instellingen sinds 1990 volgden valt globaal als volgt te typeren.

In bijna alle zorgsectoren begonnen de koepelorganisaties met het vaststellen van kwaliteitseisen waaraan de instellingen in hun sector zouden moeten voldoen. Ook voor verpleeghuizen, instellingen voor thuiszorg en voor de gehandicaptenzorg werden dergelijke kwaliteitseisen ontwikkeld. Aan de hand hiervan kon een instelling het eigen kwaliteitssysteem stapsgewijze invullen, onder andere door gebruik te maken van de door de koepel ontwikkelde instrumenten zoals satisfactiemetingen, klachtenregelingen en informatie- systemen (Sluijs, de Bakker, 1992). De koepels gaven geen blauwdruk voor het kwaliteitssysteem maar benadrukten dat instellingen hiervoor zelf verantwoordelijk waren.

De meerderheid van de instellingen (twee derde) blijkt in 1995 inderdaad stapsgewijze bezig te zijn met de opbouw van het kwaliteitssysteem (Wagner, de Bakker, Sluijs, 1995). In experimenten en vooral in 'verbeterprojecten' wordt gewerkt aan protocollering en aan systematisering van de kwaliteitsbewaking. Een minderheid van de instellingen ontwikkelt eerst een totaal kwaliteitssysteem om dat vervolgens in de gehele instelling te implementeren. Onder hen zijn de ziekenhuislaboratoria en apotheken die de ISO-systematiek volgen (Sluijs, de Bakker, Dronkers, 1994).

Beroepsbeoefenaren ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbewakende systemen: veel beroepsgroepen streven ernaar om bijvoorbeeld het volgen van geaccrediteerde nascholing, deelname aan intercollegiale toetsing, visitatie, enzovoorts te zijner tijd verplicht te stellen bij (te ontwikkelen) herregistratiesystemen, zodat ook voor beroepsbeoefenaren een geïntegreerd kwaliteitssysteem ontstaat (Klazinga, 1992; Wensing en Grol, 1993; Driessen e.a., 1995; Theuvenet e.a., 1995).

Hoewel ook beroepsbeoefenaren en koepelorganisaties veel activiteiten ontplooien is deze nota beperkt tot de instellingen omdat de inventarisatie van kwaliteitssystemen alleen in instellingen heeft plaatsgevonden. De instellingen zijn schriftelijk geënquêteerd met een vragenlijst die was gebaseerd op de European Quality Award en afgeleid daarvan de nota's van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit (Hardjono, Hes, 1993). De wijze waarop de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit het kwaliteitssysteem definieert wordt hierna kort verduidelijkt.

1.2 Kwaliteitssystemen

Men spreekt van een kwaliteitssysteem wanneer er ten eerste, een aantoonbare wisselwerking bestaat tussen drie onderdelen: de organisatie, de processen en de resultaten. Deze onderdelen weerspiegelen de in de gezondheidszorg bekende driedeling in structuur, proces en outcome (Donabedian, 1980).

Een wisselwerking wil zeggen dat outcome gegevens de basis vormen voor bijstelling en verbetering van de organisatie en van de zorgprocessen. In het ideale geval kan de instelling aantonen dat beleidsmaatregelen gebaseerd zijn op bijvoorbeeld gegevens over de uitkomst van de zorg, tevredenheid van patiënten, tevredenheid van medewerkers, klachten- of incidentenregistraties enzovoorts. Gegevens over resultaten - en dus betrouwbare indicatoren - zijn in elk kwaliteitssysteem onontbeerlijk.

Kenmerkend voor een kwaliteitssysteem is ten tweede, dat de zorg voor kwaliteit is doorgedrongen tot alle gebieden in de organisatie, inclusief het personeelsbeleid, de ondersteunende diensten en de toeleverende bedrijven. De Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit maakt daarom onderscheid in negen aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg. Drie daarvan zijn niet in de kwaliteitsenquête opgenomen namelijk: Worden middelen doelmatig ingezet? Wat is de positie van de instelling in de maatschappij? Wat zijn de ondernemingsresultaten? De overige zes aandachtsgebieden zijn wel in de enquête opgenomen, hieronder schematisch weergegeven.

	Aandachtsgebieden	**Opgenomen in enquête**
Beleid	Beleid	Beleid (documenten)
	Leiderschap	Leiderschap (beperkt)
	Personeelsmanagement	Personeelsmanagement
	Middelenmanagement	*(niet opgenomen)*
Processen	Processen	Procesbeheersing via:
		- normering en protocollering
		- deelsystemen
Resultaten	Tevredenheid van klanten	Tevredenheid patiënten (beperkt)
		Participatie van patiënten
	Tevredenheid van personeel	Tevredenheid van personeel (beperkt)
	Positie in de maatschappij	*(niet opgenomen)*
	Ondernemingsresultaten	*(niet opgenomen)*

Ten derde maakt de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit onderscheid in de ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem. Kenmerkend voor elke volgende fase is dat de zorg voor kwaliteit zich steeds verbreedt. In de eerste fase is de zorg voor kwaliteit beperkt tot de controle van afzonderlijke produkten (produktkwaliteit). Vertaald naar de gezondheidszorg zou dat betekenen dat de professional zorg draagt voor de eigen behandelingen en verrichtingen.
In de tweede fase worden de produktieprocessen beheerst (proceskwaliteit) om zodoende fouten in het eindprodukt te voorkómen. In de gezondheidszorg betekent dit dat de gehele routing van de patiënt van aanmelding tot ontslag bewaakt wordt, dus ook de overgangen tussen afdelingen en disciplines.
In de derde fase wordt de gehele organisatie bij de kwaliteitsbewaking betrokken en ontstaat het kwaliteitssysteem. Activiteiten van management en professionals worden met elkaar in samenhang gebracht. De wisselwerking tussen structuur, proces en outcome is dan gerealiseerd.

Als vierde fase, tenslotte, ontstaat de ketenkwaliteit wanneer de kwaliteitsbewaking zich uitstrekt tot aanpalende voorzieningen. Kort gezegd, als trein- en busverbindingen op elkaar aansluiten.

Op basis van deze uitgangspunten zijn in dit onderzoek algemene ontwikkelingsfasen voor de zorgsector getypeerd, zoals in de bijlage wordt uitgelegd. Hoofdstuk 3 beschrijft in welke fase van ontwikkeling de kwaliteitssystemen zich bevinden; daaraan vooraf beschrijft hoofdstuk 2 de concrete kwaliteitsactiviteiten die in het kader van het kwaliteitssysteem worden ondernomen.

2. Kwaliteitszorg per aandachtsgebied

2.1 Methode

respondenten
Aan het onderzoek hebben de lidinstellingen van 16 koepelorganisaties deelgenomen. De adressen zijn verkregen via de koepelorganisaties. In het kort zijn dit de koepels in de verstandelijke en lichamelijke gehandicapten sector, de verpleeghuissector, de ziekenhuissector, de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg, gezondheidscentra, thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen/bejaardenoorden en het algemeen maatschappelijk werk. Van de 1594 instellingen die voor het onderzoek zijn benaderd heeft 74% gereageerd. Voor de sectoren die in dit rapport nader worden beschreven is in tabel 2.1 een overzicht gegeven van het percentage instellingen dat de vragenlijst heeft geretourneerd. Om een representatief beeld van de ontwikkelingen te krijgen zijn alle instellingen in de thuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap geënquêteerd. Bij de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg is een steekproef van 50% getrokken (159 instellingen).

Tabel 2.1 Het responspercentage van instellingen in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap

Sector	verstuurd	gereageerd	respons %
FIAD-Wdt, Dag- en woonvoorzieningen	135	102	75
LVT, Thuiszorginstellingen	140	114	81
NVGz, Instellingen v. Gehandicapten	128	87	68
NVVz, Verpleeghuizen	159	120	75
SOMMA, Sociaal Pedagogische Diensten	41	37	90
Overige sectoren	991	722	73
Totaal	1594	1182	74

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de respons bij alle sectoren goed (>65%) genoemd mag worden. Ondanks de goede respons is het van belang te weten in hoeverre instellingen die niet hebben gereageerd verschillen van instellingen dit wel hebben gedaan. Daarom is een beperkt non-respons onderzoek uitgevoerd onder verpleeghuizen en instellingen voor gehandicapten. Uit de gegevens kunnen we concluderen dat minder instellingen uit de non-respons groep kwaliteitsactiviteiten hebben ontplooid vergeleken met de respondenten. Dit kan betekenen dat de resultaten in dit rapport licht vertekend zijn in positieve richting. Meer dan een lichte vertekening kan dit niet zijn, gezien de goede respons.

validiteit
Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met het feit dat de vragenlijsten waren gericht aan het management. De medewerkers zijn niet ondervraagd. In dit rapport wordt dus de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert beschreven vanuit het perspectief van het instellingsmanagement.

Om validiteitsproblemen te voorkomen is in de zoveel mogelijk gevraagd naar het aanwezig zijn van concrete activiteiten, procedures, documenten etc. Niettemin kunnen interpretatieproblemen optreden, met name bij vragen als 'wordt de kwaliteitskringloop doorlopen?' en 'is deze procedure verankerd in de bedrijfsvoering'. Daarom is bij 60 instellingen een valideringsonderzoek uitgevoerd door middel van telefonische interviews (Miltenburg, 1995). In deze interviews is bij 15 procedures doorgevraagd in hoeverre de kwaliteitskringloop werd doorlopen en in hoeverre de procedure was verankerd in de bedrijfsvoering. Bij 12 van de 15 procedures lag het overeenstemmingspercentage boven de 50%. De afwijking was relatief groot bij de procedures managementinformatiesysteem, interne audit en deelname aan interinstitutionele toetsing. Opvallend was dat de afwijking in positieve en in negatieve richting elkaar in evenwicht hielden. De resultaten zullen daarom niet in positieve of in negatieve richting zijn gekleurd als gevolg van validiteitsproblemen.

2.2 Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsactiviteiten die door instellingen van de thuiszorg, zorg aan mensen met een verstandelijke handicap en verpleeghuiszorg worden uitgevoerd. Deze activiteiten kunnen worden beschouwd als de bouwstenen van het kwaliteitssysteem. Bij de beschrijving maken we onderscheid in de vijf aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg, die op basis van statistische analyses (zie bijlage 3) te onderscheiden zijn, namelijk:
- Beleid en strategie;
- Personeelsbeleid;
- Procesbeheersing via normering;
- Procesbeheersing via deelsystemen;
- Participatie van gebruikers c.q. patiënten, cliënten of bewoners.

In de paragrafen 2.2.1 tot en met 2.2.5 wordt achtereenvolgens ingegaan op deze aandachtsgebieden. Tenslotte wordt in paragraaf 2.2.6 kort beschreven hoeveel instellingen samenwerken met andere sectoren om afstemming en continuïteit te bewerkstelligen.
In elke paragraaf wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken in instellingen in de thuiszorg, zorg aan mensen met een verstandelijke handicap en verpleeghuiszorg, dit afgezet tegen de overige sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg.

2.2.1 Beleid en strategie

De mate waarin de instelling expliciet aandacht aan kwaliteitszorg besteedt komt tot uiting in het kwaliteitsbeleid van de instelling. De eerste vraag is dan ook hoeveel instellingen een kwaliteitsbeleid hebben geformuleerd en schriftelijk hebben vastgelegd. Bij het formuleren van het kwaliteitsbeleid dient zich altijd de vraag aan: "Wat willen we als instelling bereiken; wat zijn eigenlijk onze 'produkten' en welke eisen worden daaraan gesteld, kortom, wat is onze visie op zorg?". De beantwoording van dergelijke vragen geeft richting aan het kwaliteitsbeleid.

Een volgende stap is de uitvoering van dit beleid. Het kwaliteitsbeleid wordt vertaald in concrete maatregelen die in werkplannen worden vastgelegd. Aan de hand van dergelijke werkplannen wordt het beleid uitgevoerd en geëvalueerd.
Tenslotte zal de instelling de aandacht voor kwaliteit zichtbaar willen maken, enerzijds om het vertrouwen in en het imago van de instelling te vergroten, anderzijds om verantwoording aan derden af te leggen. Via een kwaliteitshandboek maakt men zichtbaar dat de instelling het overzicht heeft over alle gangbare procedures, en via een kwaliteitsjaarverslag kan men aantonen op welke wijze men het afgelopen jaar aan kwaliteitsverbetering heeft gewerkt.
In tabel 2.2 is te zien hoeveel zorginstellingen, uitgesplitst naar de vijf relevante sectoren, dergelijke documenten aan het ontwikkelen zijn of in sommige gevallen er reeds over beschikken. De aantallen zijn uitgedrukt in percentages waarbij het belangrijk is eraan te denken dat het aantal instellingen dat documenten ontwikkelt is opgeteld bij de groep waar deze documenten al aanwezig zijn.

Tabel 2.2 Percentage instellingen dat onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid ontwikkelt of heeft ontwikkeld (N=1182)

	FIAD-Wdt	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Missie of visie op schrift	95	98 (+)	96	96	92	91
Produktomschrijvingen	78	81	95 (+)	80	94 (+)	75
Kwaliteitsprofielen	56	54	67	62	53	59
Kwaliteitsbeleid op schrift	62	67	81 (+)	69	54	65
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	53	54	72 (+)	62	40 (-)	59
Kwaliteitswerkplan voor sommige afdelingen	32 (-)	41 (-)	55	50	24 (-)	53
Kwaliteitswerkplan voor alle afdelingen	37	24 (-)	36	36	13 (-)	36
Kwaliteitsjaarverslag	35	25	25 (-)	34	11 (-)	34
Kwaliteitshandboek	23 (-)	29	52 (+)	46	29	37

(+)/(-) meer/minder dan bij 10 overige sectoren, $p<.05$

De tabel moet als volgt gelezen worden: 95% van de instellingen aangesloten bij de FIAD-Wdt, dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, heeft een missie op schrift of is deze aan het ontwikkelen. Dit is eveneens het geval bij 98% van de instellingen voor gehandicaptenzorg, bij 96% van de instellingen in de thuiszorg (LVT) en de verpleeghuiszorg (NVVz), en 92% van de sociaal-pedagogische diensten. In de resterende sectoren van de gezondheidszorg heeft 91% van de instellingen een missie op schrift. Deze hoge percentages geven aan dat het opstellen van een missie in alle sectoren als een belangrijk begin wordt gezien van kwaliteitszorg.
De verschillen tussen de sectoren worden groter bij de andere kwaliteitsdocumenten. Meer dan drie kwart van de instellingen is bezig met het expliciteren van de zorg of diensten die geleverd worden (produktomschrijvingen). Vergeleken met de andere sectoren in Nederland beschikken meer instellingen uit de thuiszorg en meer SPD'en over een produktomschrijving. Het vaststellen van de eisen die aan de zorg kan worden gesteld (kwaliteitsprofielen), is door de helft van de instellingen ter hand genomen. Opvallend is dat vooral thuiszorginstellingen melding maken van de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid en de vertaling daarvan in kwaliteitswerkplannen op instellingsniveau (81% en 72% tegenover 65% en 59%).

Slechts een klein deel van de instellingen (een kwart tot eenderde) is begonnen bij de volgende stap, het afleggen van verantwoording via een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitshandboek. Een uitzondering hierop vormen de instellingen van de thuiszorg en de gehandicaptenzorg waarvan bijna de helft een kwaliteitshandboek ontwikkelt of inmiddels heeft ontwikkeld.
In het algemeen zijn meer instellingen van de thuiszorg en relatief minder sociaal-pedagogische diensten kwaliteitsdocumenten op schrift aan het stellen. De verpleeghuizen zitten op het gemiddelde en instellingen voor gehandicaptenzorg en de dienstverlening voor verstandelijk gehandicapten iets daaronder.

Concluderend kunnen we stellen dat de meerderheid van de instellingen een kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd dan wel daarmee bezig is. Ongeveer de helft van de instellingen heeft het kwaliteitsbeleid in concrete werkplannen vertaald of is daarmee bezig. Verantwoording van het kwaliteitsbeleid via kwaliteitsjaarverslagen of een kwaliteitshandboek komt bij een minderheid van de instellingen voor. De instellingen in de thuiszorg zijn iets verder met het op schrift stellen van het kwaliteitsbeleid en de sociaal-pedagogische diensten iets minder ver.

2.2.2 *Personeelsbeleid*

Het zijn de medewerkers en de professionals in een instelling die kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de hulp of zorg die zij verlenen als in de samenwerking met elkaar. Dat is de reden dat in kwaliteitstheorieën veel nadruk wordt gelegd op personeelsbeleid en leiderschap. Uitgangspunt is daarbij de vraag: wat doen directie en management om medewerkers en professionals te stimuleren tot zorg voor kwaliteit? Vervullen zij een voorbeeldrol en waarderen zij de inspanningen die medewerkers zich getroosten?
Het belang dat de leiding aan kwaliteit hecht komt tot uiting in de wijze waarop de leiding het werk van medewerkers en professionals ondersteunt en de voorwaarden daarvoor creëert. In het personeelsbeleid kan dat zichtbaar worden in bijvoorbeeld (het budget voor) deskundigheidsbevordering en scholing, of het inruimen van extra tijd voor kwaliteitsactiviteiten. Wanneer directie en management de zorg voor kwaliteit serieus nemen zal dat ook tot uiting komen in de leiding en sturing die daaraan wordt gegeven. Maatregelen die zorginstellingen nemen om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid zijn in tabel 2.3 te zien.

In ruim tweederde van de instellingen melden de directies dat zij de medewerkers en professionals stimuleren om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Minder vaak komt dit voor binnen thuiszorginstellingen. De kwaliteitsactiviteiten mogen bij meer dan de helft van de instellingen binnen werktijd geschieden. Iets minder vaak is dit het geval bij dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten. In het algemeen krijgen de medewerkers minder vaak systematisch feedback over resultaten van de kwaliteitsactiviteiten; het minst vaak gebeurt dit in instellingen voor gehandicaptenzorg. In hoeverre medewerkers dit ook zelf zo ervaren is niet in dit onderzoek gemeten.
Behalve bij de thuiszorg worden in eveneens tweederde van de instellingen zowel medewerkers als leiding geschoold in kwaliteitszorg. Scholing in kwaliteitszorg betekent doorgaans dat methoden geleerd worden om de kwaliteitsbewaking en -verbetering op een systematische wijze aan te pakken, en dat de mentaliteit wordt bijgebracht om kritisch naar eigen werk te kijken. Weinig instellingen (rond de 16%) melden dat ook nieuwe medewerkers systematisch worden geschoold. (Door personeelsverloop dreigen ingezette veranderingen te verwateren, zo hebben de voorlopers ervaren, Sluijs e.a., 1994).

Tabel 2.3 Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=1182)

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Stimulering						
Medewerkers*) worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	66	71	58 (-)	77	78	71
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	45 (-)	55	61	63	51	62
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	26 (-)	21 (-)	32	34	43	39
Selectie en scholing						
Scholing van medewerkers en professionals	62	66	53 (-)	68	62	69
Scholing van management en leidinggevenden	60	61	52 (-)	72	57	64
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	43	41	46	42	43	45
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	40	43	28 (-)	53	41	45
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	19	20	16	14	14	16
Sturing						
Directie**) geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	55	61	66	60	51	59
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	52	35	26 (-)	36	35	40
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	42 (+)	37	33	44	30	38

*) Medewerkers staat ook voor professionals
**) Directie staat ook voor leiding en management
(+)/(-) meer/minder dan bij 10 overige sectoren, $p<.05$

Directies sturen hun medewerkers vooral door aan te geven wat van hen wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid, en minder door het bewaken van werkplannen of het toetsen van gemaakte afspraken. Verschillen met de 10 overige sectoren zijn te zien bij de dag- en woonvoorzieningen waar de directies relatief vaak toetst of men zich aan de afspraken houdt en de thuiszorg waar dit maar bij een kwart van de instellingen de werkplannen worden bewaakt. In hoeverre directie en management zelf een stimulerende voorbeeldrol vervullen is niet gevraagd (het is moeilijk voorstelbaar dat directies zelf zo'n vraag met 'nee' zouden beantwoorden).

Ook bij dit aandachtsgebied zijn er op enkele punten statistisch significante verschillen tussen de vijf sectoren onderling en met de rest van de Nederlandse zorginstellingen. Er zijn echter minder verschillen dan bij de kwaliteitsdocumenten. Alleen de thuiszorg wijkt op een aantal indicatoren af van de 10 overige sectoren. In de thuiszorg geven de directies minder vaak aan dat zij medwerkers stimuleren zich vakinhoudelijk te ontwikkelen, er vindt ook minder scholing in kwaliteitszorg plaats zowel van het management als van de medewerkers.

Verder wordt van nieuw personeel minder vaak een positieve attitude ten aanzien van het kwaliteitsbeleid gevraagd en bewaakt de directie de afdelingsplannen minder vaak. De verbinding tussen kwaliteitsbeleid en personeelsbeleid lijkt dus in de thuiszorg minder vaak te zijn gelegd ondanks het feit dat het kwaliteitsbeleid vaker op schrift is gesteld (zoals we in de vorige paragraaf zagen).
Verondersteld wordt dat dergelijke verschillen - naast de cultuur in de sector - mede verklaard kunnen worden door de ontwikkelingsfase waarin een kwaliteitssysteem verkeert: indien men net gestart is met het systeem valt er nog weinig feedback te geven; indien nog geen kwaliteitswerkplannen aanwezig zijn valt er weinig te bewaken.

2.2.3 *Procesbeheersing door normering*

Veel zorginstellingen zijn bezig met het beschrijven van de zorg of diensten die zij leveren (produktomschrijvingen) en de kwaliteitseisen die daaraan worden gesteld (kwaliteitsprofielen), zoals paragraaf 2.4 liet zien. In het verlengde daarvan ligt het beschrijven van de zorgverleningsprocessen op zich, dat wil zeggen de wijze waarop en de volgorde waarin de zorg- of dienstverlening tot stand komt. Om te zorgen dat deze processen van constante kwaliteit zijn worden protocollen, richtlijnen of standaarden gemaakt waarin het ideale verloop van het proces wordt vastgelegd. Aan de hand daarvan kunnen processen bewaakt en dus beheerst worden. De afgelopen 10 jaar is met name door de medische professies hard gewerkt aan de totstandkoming van richtlijnen, protocollen of standaarden. Bijvoorbeeld de consensusrichtlijnen bij medisch specialisten en de NHG-standaarden in de huisartsgeneeskunde. In zorginstellingen, waar doorgaans meerdere hulpverleners bij de zorgverlening betrokken zijn, wordt in toenemende mate getracht om ook de overgangen en de onderlinge afstemming van de deelprocessen te beheersen. De mate waarin zorginstellingen op één of meerdere afdelingen protocollen, richtlijnen of standaarden hanteren, voor onderdelen van het zorgproces of voor het gehele proces is in tabel 2.4 te zien.

Tabel 2.4 Percentage instellingen dat onderstaande protocollen of standaarden hanteert (N=1182)

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Protocollen/standaarden m.b.t.						
Specifieke behandeling/verrichting/begeleiding	53 (-)	59	53 (-)	80 (+)	43 (-)	69
Routing van de patiënt/cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting	28 (-)	35	32 (-)	47	60	45
Voorbehouden handelingen	43	39	45	65 (+)	0 (-)	36
Voorlichting aan patiënt/cliënt/bewoner	19 (-)	22 (-)	34 (-)	43	38	45
Kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	34	33	23 (-)	48 (+)	35	37
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	14 (-)	25 (-)	30 (-)	33 (-)	5 (-)	44
Medische hulpmiddelen	21	31	25	52 (+)	3 (-)	30
Samenwerking met andere instellingen	28 (-)	28 (-)	42	44	32	44

(+)/(-) meer/minder dan bij 10 overige sectoren, $p<.05$

Uit tabel 2.4 blijkt dat bij een aantal protocollen grote verschillen bestaan tussen de sectoren. Dit is begrijpelijk op grond van de aard van het protocol en de zorg die in de instelling wordt verleend. Zo hebben bijvoorbeeld sociaal-pedagogische diensten geen of nauwelijks protocollen voor voorbehouden handelingen, medische

hulpmiddelen en specifieke doel- en diagnosegroepen, maar vaak wel de routing van de cliënt vastgelegd in een protocol. Verpleeghuizen hebben daarentegen vaak protocollen voor specifieke en voorbehouden (be)handelingen, medische hulpmiddelen, en kritische momenten in het zorgverleningsproces. Behalve het protocol voor voorbehouden handelingen, worden in dag- en woonvoorzieningen en instellingen voor gehandicaptenzorg relatief minder protocollen gebruikt dan in de andere sectoren. Opvallend is hierbij het relatief geringe gebruik van protocollen voor voorlichting aan de cliënten/bewoners. Vergeleken met de andere sectoren worden in de thuiszorg minder protocollen gebruikt, een voorbeeld hiervoor is het protocol voor kritische momenten in het dienstverleningsproces (23% van de instellingen vergeleken met 37% in andere sectoren).
Bovenstaande cijfers moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd: een kwart van de instellingen meldt dat in de gehele instelling volgens dergelijke protocollen of standaarden wordt gewerkt; bij driekwart van de instellingen is dit beperkt tot een of meerdere afdelingen in de instelling.

2.2.4 *Procesbeheersing door deelsystemen*

In de inleiding is betoogd dat bewaking, beheersing en verbetering van processen centraal staat in een kwaliteitssysteem. Zodra dat op een cyclische wijze, volgens de kwaliteitskringloop gebeurt spreekt men van een 'deelsysteem'. Dit komt erop neer dat gemeten wordt of het (zorg)proces aan de gestelde eisen voldoet en dat op basis van deze gegevens verbeteringen worden aangebracht, die na verloop van tijd weer worden geëvalueerd. Kortom het is geen eenmalige activiteit, maar een steeds terugkerende cyclus. Intercollegiale toetsing is wellicht het meest bekende voorbeeld maar ook kunnen registraties van infecties, calamiteiten en klachten of tevredenheidsmetingen systematisch worden gebruikt voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit. Niet alleen zorgverleningsprocessen maar ook ondersteunende en organisatorische processen kunnen op deze wijze systematisch worden bewaakt, zowel door professionals als door management en leiding. Wat voor het kwaliteitssysteem als geheel geldt, namelijk verbeteringen aanbrengen op basis van (gegevens over) resultaten, geldt ook voor de deelsystemen.
In tabel 2.5 is te zien bij hoeveel procent van de instellingen deelsystemen inmiddels cyclisch en dus volgens de kwaliteitskringloop, dus volgens een vast zichzelf herhalend patroon verlopen.

Tabel 2.5 Percentage instellingen waarin onderstaande deelsystemen volgens de kwaliteitskringloop functioneren (N=1182)

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
a. zorgverlening						
Zorgplannen of begeleidingsplannen	76 (+)	84 (+)	36	70 (+)	42	41
Commissies (infecties, FONA, enz.)	7 (-)	52 (+)	7 (-)	76 (+)	17	24
Intercollegiale toetsing monodisc.	8 (-)	13	17	25	27	21
Intercollegiale toetsing multidisc.	12	14	5 (-)	15	13	18

- vervolg tabel 2.5 -

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
b. organisatie						
Functionerings/beoordelingsgespr.	65 (+)	69 (+)	41 (-)	56	44	51
Klachtenregistratie/behandeling	19	29	27	50 (+)	19	28
Management informatiesysteem	19	14	19	7 (-)	12	14
Interne audits	18 (+)	7	6	7	9	10
Interinstitutionele toetsing/visi.	4	3	4	2 (-)	0 (-)	9
c. patiënten en gebruikers						
Cliëntenraad / familieraad	35 (+)	46 (+)	8 (-)	50 (+)	8	18
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	18	7 (-)	22	20	8	18
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	13	20	11	11	14	16
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	0 (-)	5	3	2 (-)	0 (-)	7
Behoefteonderzoek gebruikers	3	5	3	4	0 (-)	5
Behoefteonderzoek verwijzers	1	4	3	3	0 (-)	5

(+)/(-) meer/minder dan bij 10 overige sectoren, $p<.05$

ad. a. Zorgverlening

Zorgplannen worden gebruikt voor bewaking van de individuele zorg- of dienstverlening: de zorgdoelen en de daadwerkelijk verleende zorg worden in een dergelijk plan vastgelegd en er wordt geëvalueerd in hoeverre de zorgdoelen zijn bereikt.

Ruim tweederde van de instellingen voor gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg en dag- en woonvoorzieningen gebruiken zorg- en begeleidingsplannen op cyclische wijze. Relatief vaak worden zorgplannen gebruikt in de dienstverlening voor verstandelijk gehandicapten, de instellingen voor gehandicaptenzorg en de verpleeghuiszorg. De thuiszorg en de sociaal-pedagogische diensten zitten op het gemiddelde van de overige sectoren.

Eveneens een sectorspecifieke activiteit is het instellen van speciale commissies om bijvoorbeeld infecties, hygiëne, calamiteiten te bewaken (verplicht binnen het erkenningensysteem). De mate waarin dergelijke commissies een 'slapend' bestaan leiden dan wel systematisch werken aan verbeteringen op basis van registratiegegevens valt af te leiden uit de volgende cijfers: meer dan tweederde van de verpleeghuizen en de helft van de instellingen voor gehandicaptenzorg meldt dat de commissies een cyclisch proces doorlopen. In dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en in de thuiszorg bestaan nauwelijks dergelijke commissies.

Ten aanzien van intercollegiale toetsing valt op dat thuiszorginstellingen, sociaal-pedagogische diensten en verpleeghuizen toetsing vaker discipline- of afdelingsgebonden uitvoeren dan multidisciplinair. Alleen bij de dag- en woonvoorzieningen wordt vaker gebruik gemaakt van toetsing waarbij verschillende disciplines betrokken zijn. Binnen deze vaak kleinschalige voorzieningen bestaan geen afdelingen van aparte disciplines en is multidisciplinaire samenwerking eerder een gewoonte. Mono- en multidisciplinaire toetsing zijn per definitie activiteiten van professionals. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze vormen van toetsing min-

der dan gemiddeld vaak zijn ingebed in het kwaliteitssysteem van de instelling (Wagner et al, 1995). In zijn algemeenheid lijkt de verbinding tussen professionele toetsingsactiviteiten en het kwaliteitsbeleid van de instelling vooralsnog afwezig.

ad. b. Organisatie
Beoordelings- en functioneringsgesprekken vinden volgens de kwaliteitskringloop plaats indien zij volgens een vast patroon periodiek worden herhaald, zodat de afspraken uit het vorige gesprek kunnen worden geëvalueerd en zonodig bijgesteld. Zij maken onderdeel uit van het kwaliteitssysteem van de instelling als de informatie die uit deze gesprekken naar voren komt wordt gebruikt om het kwaliteitsbeleid of het personeelsbeleid van de instelling als geheel.
Bij de dag- en woonvoorzieningen en de instellingen voor gehandicapten worden bij een ruime meerderheid van de instellingen volgens de kwaliteitskringloop functionerings- of beoordelingsgesprekken met de medewerkers gehouden. Dat is vaker dan gemiddeld bij de tien overige sectoren. In thuiszorginstellingen vinden functioneringsgesprekken minder vaak dan gemiddeld volgens een vast systeem functioneringsgesprekken plaats.

Een klachtenregistratie kan als 'deelsysteem' functioneren indien de klachten periodiek en systematisch worden geanalyseerd en indien op basis van deze gegevens structurele verbeteringen worden aangebracht. De helft van de verpleeghuizen analyseert de geregistreerde klachten op deze wijze, dat is statistisch significant vaker dan in de andere sectoren. In deze andere sectoren is dit bij ongeveer eenderde van de instellingen het geval.
Kwaliteitsbewaking met behulp van een management-informatiesysteem is nog niet de gewoonte in de zorgsector. Een managementinformatiesysteem is in de vragenlijst omschreven als: een systeem dat gegevens bevat over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan, zodat evaluatie en bijsturing van de kwaliteit van zorg op basis van gegevens kan geschieden. Het kleine aantal instellingen dat de beschikking heeft over een dergelijk informatiesysteem doet vermoeden dat bijsturing veelal ad hoc en op microniveau plaatsvindt.

Kwaliteitsbewaking kan ook op een hoger niveau plaatsvinden door middel van interne audits of door visitatie of interinstitutionele toetsing. Met interne audit wordt bedoeld dat het management onderzoekt of de kwaliteitsbewaking resultaat heeft: het management beoordeelt de kwaliteitsbewakende activiteiten of deelsystemen op hun effectiviteit en op basis van deze gegevens worden procedures of deelsystemen aangepast en verbeterd. Bij visitatie of interinstitutionele toetsing gebeurt in feite hetzelfde, maar dan niet door het management zelf maar door externen, tot nu toe meestal door beroepsgenoten. Ook bij visitatie of interinstitutionele toetsing worden suggesties voor verbetering gedaan.
Interne audits of interinstitutionele toetsing vinden volgens de kwaliteitskringloop plaats indien het niet beperkt blijft tot een eenmalige activiteit, maar de exercitie periodiek wordt herhaald zodat wordt nagegaan of de in de voorgaande ronde voorgestelde verbeteringen inderdaad zijn gerealiseerd.
Bij een minderheid van de instellingen vinden deze activiteiten op een dergelijke wijze plaats. Opvallend is dat interne audits het vaakst voorkomen bij de dag- en woonvoorzieningen. Geen van de sociaal-pedagogische diensten gebruikt daarentegen interinstitutionele toetsing volgens een vast systeem.

ad. c. Patiënten en gebruikers
De meningen van patiënten of gebruikers kunnen worden gebruikt voor systematische kwaliteitsverbetering, onder meer via het overleg met de cliënten- of familieraad, via tevredenheidsonderzoek en via behoeftepeilingen.
Systematisch overleg met cliënten-, familie- of bewonersraad is bij eenderde tot de helft van de instellingen in de verpleeghuiszorg, de gehandicaptenzorg en de dag- en woonvoorzieningen gangbaar. Dit betekent dat deze activiteit in de genoemde sectoren duidelijk vaker voorkomt dan bij de rest van de zorginstellingen in Nederland. Minder vaak functioneren de cliënten- of familieraad in de thuiszorg en bij de sociaal-pedagogische diensten.

In kwaliteitstheorieën wordt de tevredenheid van zowel de klanten als het personeel beschouwd als een belangrijke richtinggevende factor in het kwaliteitsbeleid. Ook in de zorgsector komen tevredenheidsmetingen regelmatig als vaste procedure voor, zoals uit tabel 2.5 blijkt. Bij de tevredenheidsmeting wordt meer aandacht geschonken aan de mening van de gebruiker en de medewerkers dan aan de verwijzer. De verschillen tussen de sectoren zijn niet zeer groot. Opvallend is wel dat in de gehandicaptenzorg en de sociaal-pedagogische diensten de nadruk wordt gelegd bij de tevredenheid van de medewerkers. Bij de thuiszorg wordt vaker gebruik gemaakt van tevredenheidsmetingen onder gebruikers. De verschillen zijn echter niet significant. Behoefte- of marktonderzoek onder gebruikers en verwijzers komt bij alle sectoren het minst frequent voor, zoals tabel 2.5 laat zien.

Overzien we de verschillen tussen de sectoren ten aanzien van het hebben van deelsystemen dan kan het volgende worden geconstateerd. De intramurale gehandicaptenzorg heeft meer deelsystemen dan gemiddeld (met name zorgplannen, commissies, functioneringsgesprekken en cliëntenraden). De thuiszorg en de sociaal-pedagogische diensten hebben minder deelsystemen gericht op sysmatische bewaking, beheersing en verbetering van processen. De thuiszorg heeft minder vaak commissies, multidisciplinaire intercollegiale toetsing, functioneringsgesprekken en cliëntenraden. De sociaal-pedagosche diensten hebben vooral minder deelsystemen waar de andere sectoren ook al weinig deelsystemen hebben, zoals behoefteonderzoek. Bij de dag- en woonvoorzieningen en de instellingen voor gehandicaptenzorg is het beeld meer wisselend, al tenderen ze boven het gemiddelde te liggen. Beide hebben meer zorgplannen, functioneringsgesprekken en cliënten-/familieraden. De dag- en woonvoorzieningen hebben echter weer minder vaak commissies en de gehandicapteninstellingen doen minder behoefteonderzoek.

2.2.5 *Participatie van patiënten, cliënten of familie*

In de vorige paragraaf ging het o.a. om systematische raadpleging van patiënten, in deze paragraaf wordt gekeken of patiënten ook op andere wijzen bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken.
Patiënten nemen in de gezondheidszorg een andere plaats in dan klanten in het bedrijfsleven. In het bedrijfsleven wordt meestal een produkt los van de klant gemaakt, in de gezondheidszorg is de patiënt direct persoonlijk betrokken bij, en object van de zorg- of hulpverlening. Om die reden wordt binnen de kwaliteitssystemen in de zorgsector de participatie van patiënten of cliënten als apart aandachtsgebied opgenomen. Deze partici-

patie kan eruit bestaan dat de uitkomsten van klachtenregistraties of satisfactie-onderzoek met patiënten worden besproken, dat patiënten worden betrokken bij het beoordelen of de doelen van de kwaliteits-activiteiten zijn gehaald of door participatie in kwaliteitscommissies en verbeterprojecten.
In tabel 2.6 is te zien hoeveel instellingen de patiënt, cliënt of bewoner betrekken bij activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.

Tabel 2.6 Percentage instellingen waar patiënten*) bij de kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=1182)

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	76 (+)	75 (+)	46 (-)	84 (+)	72	58
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	75 (+)	69 (+)	60 (+)	69 (+)	66	50
Ontwikkelen van normen of criteria	71 (+)	66 (+)	36	64 (+)	69 (+)	45
Opstellen van protocollen of standaarden	68 (+)	64 (+)	19 (-)	51 (+)	69 (+)	39
Participatie in (kwaliteits)commissies	65 (+)	61 (+)	21 (-)	61 (+)	52 (+)	36
Participatie in verbeterprojecten	73 (+)	63 (+)	21 (-)	66 (+)	56 (+)	37

*) Met patiënten worden ook bedoeld cliënten en bewoners of hun familie en belangenorganisaties.
(+)/(-) meer/minder dan bij 10 overige sectoren, $p<.05$

Uit de tabel blijkt dat patiënten, cliënten of bewoners in de gehandicapten- en verpleeghuiszorg vaker worden betrokken bij kwaliteitsactiviteiten dan in de 10 overige sectoren. Bij de gehandicaptenzorg geldt dit zowel voor de dag- en woonvoorzieningen als voor de intramurale instellingen en de sociaal-pedagogische diensten. In het algemeen worden de gebruikers in ongeveer de helft van de instellingen betrokken, terwijl dit in verpleeghuizen en gehandicaptenvoorzieningen in ruim tweederde van de instellingen het geval is. De verklaring hiervoor is waarschijnlijk dat deze instellingen nauw omschreven, vaste gebruikerspopulaties hebben, waardoor participatie eenvoudiger te organiseren is. In de thuiszorg worden gebruikers vooral betrokken bij het beoordelen of de kwaliteitsdoelen zijn gehaald. Voor de andere activiteiten verschilt de thuiszorg niet van andere instellingen met snel wisselende gebruikerspopulaties bijvoorbeeld ziekenhuizen, GGD'en of het algemeen maatschappelijk werk (zie Wagner et al, 1995).

2.2.6 *Samenwerking tussen instellingen*

In het bedrijfsleven blijkt men zich in eerste instantie bezig te houden met de ontwikkeling van het (interne) kwaliteitssysteem, om de kwaliteitsbewaking pas daarna uit te breiden tot buiten de muren van de instelling, bijvoorbeeld de overdrachtsituatie van de ene naar de andere zorgaanbieder. Deze zogenaamde 'keten-kwaliteit' wordt beschouwd als een fase in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, die volgt op de fase waarin het kwaliteitssysteem is opgebouwd. Deze volgorde lijkt minder van toepassing op de gezondheids-zorg omdat zorg voor afstemming en continuïteit als min of meer vanzelfsprekend wordt beschouwd. Uit de enquête blijkt ook dat ruim tweederde van alle instellingen regelmatig overleg heeft met andere instellingen of zorgsectoren en dat meer dan de helft van alle instellingen participeert in gezamenlijke verbeterprojecten. De talloze zorgvernieuwingsprojecten zijn daar een voorbeeld van.

Als besluit van dit hoofdstuk kijken we daarom naar de mate waarin deze samenwerking geformaliseerd is, dat wil zeggen de mate waarin afspraken met andere instellingen of sectoren schriftelijk zijn vastgelegd. In de enquête is specifiek gevraagd naar schriftelijke afspraken met betrekking tot overdracht en verwijzing van patiënten. We geven hierna het percentage instellingen in de thuiszorg-, verpleeghuis- en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, en het gemiddelde van de overige sectoren dat dergelijke schriftelijke afspraken heeft:

Instellingen voor thuiszorg	66%
Verpleeghuizen	46%
Instellingen voor gehandicaptenzorg	41%
Dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	40%
Sociaal-pedagogische diensten	30%
Gemiddelde van de overige sectoren	46%

In zijn algemeenheid blijkt 30% tot 66% van de instellingen afspraken rond overdracht en verwijzing schriftelijk te hebben vastgelegd. Het meest frequent is hiervan sprake in de thuiszorg en het minst frequent bij de sociaal-pedagogische diensten.

2.3 Conclusies

De meerderheid van de instellingen in de zorgsector heeft een kwaliteitsbeleid op papier gezet of is daar mee bezig, ongeveer de helft en binnen de thuiszorg ruim tweederde heeft ook vorderingen gemaakt met het vertalen van het kwaliteitsbeleid naar concrete activiteiten. Verantwoording naar buiten bijvoorbeeld in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag komt bij een minderheid van de instellingen voor. Een uitzondering zijn de thuiszorginstellingen waarvan al meer dan de helft beschikt over een kwaliteitshandboek.

Bij de meeste instellingen bestaat er wel een of andere verbinding tussen het kwaliteitsbeleid en het personeelsbeleid. Meestal neemt dit de vorm aan van positieve stimuli om aan de gang te gaan zoals medewerkers stimuleren zich vakinhoudelijk te ontwikkelen en zich met kwaliteit bezig te houden, scholing van medewerkers en leidinggevenden, e.d. Maatregelen gericht op het blijvend bezig zijn met kwaliteit zoals systematische feedback over de bereikte resultaten, bewaking door de directie van de werkplannen cq van de in het kader van het kwaliteitsbeleid gemaakte afspraken, scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid komen minder voor.

Protocollen en standaarden worden hoe langer hoe meer gemeengoed in de zorgsector. De meest voorkomende vorm is protocollen gericht op specifieke behandelingen of verrichtingen. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen de sectoren. Zo komen protocollen voor voorbehouden handelingen en medische hulpmiddelen veelvuldig voor in verpleeghuizen en bijna niet in sociaal-pedagogische diensten. Deze lopen daarentegen voorop in het gebruiken van protocollen waarin de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg wordt geregeld.

Aangetekend moet worden dat als protocollen in een bepaalde instelling voorkomen dat niet wil zeggen dat zij in de hele instelling voorkomen. Vaak zijn zij alleen op bepaalde afdelingen ingevoerd.

Bij de meeste instellingen in de verpleeghuiszorg en de dag- en woonvormen komen deelsystemen voor als bijvoorbeeld zorgplannen, klachtenregistratie of cliëntenraden. Bij de thuiszorg komen deze deelsystemen in mindere mate voor, maar besteed men relatief meer aandacht aan het achterhalen van de mening van de gebruiker via tevredenheidsonderzoek. Eigenlijk is het beter te spreken van onderdelen van deelsystemen omdat in de meeste gevallen de kwaliteitskringloop niet in zijn geheel wordt doorlopen.

In ruim tweederde van de instellingen in de verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap worden patiënten/cliënten of hun organisaties betrokken bij activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg. Dit komt in deze sectoren duidelijk vaker voor dan in de resterende sectoren. Patiënten, cliënten en bewoners worden vooral betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistraties, satisfactieonderzoek en dergelijke, maar ook bij de normontwikkeling en bij verbeterprojecten. Participatie is in het algemeen afhankelijk van het onderwerp en niet standaardonderdeel van de procedure.
In de meeste instellingen houdt kwaliteitszorg niet op bij de deur van de instelling, maar vindt overleg plaats met andere organisaties die bij de patiëntenzorg zijn betrokken. Het percentage met schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen varieert afhankelijk van de sector tussen de 30% en de 66%.

Het is moeilijk een duiding te geven van de resultaten in termen van veel of weinig. De een zal er de nadruk op leggen dat het glas half vol is en de ander vindt het vooral half leeg. Beoordeeld vanuit het perspectief dat destijds in Leidschendam is afgesproken dat binnen vijf jaar kwaliteitssystemen zullen worden ontwikkeld en ingevoerd kan worden geconcludeerd dat we er nog lang niet zijn. Vanuit het perspectief dat toen de afspraken vijf jaar geleden werden gemaakt de terminologie rond kwaliteitszorg nog goeddeels onbekend was kan worden vastgesteld dat de massa van de instellingen op dit vlak activiteiten ontplooit. Zeker als daarbij nog eens in aanmerking wordt genomen dat al in de vorige fases van de inventarisatie van kwaliteitssystemen bleek dat invoering aanzienlijk meer tijd vraagt dan aanvankelijk voorzien.

3. Ontwikkelingsfasen van de kwaliteitssystemen

3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven wat instellingen concreet aan kwaliteitsbewaking en -bevordering doen. Een kwaliteitssysteem ontstaat pas als afzonderlijke activiteiten op elkaar worden afgestemd. Totdat deze afstemming bereikt is, doorlopen instellingen een aantal ontwikkelingsfasen. In dit hoofdstuk worden deze fasen beschreven en wordt aangegeven in welke fase van ontwikkeling de systemen zich bevinden in de thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. De ontwikkeling in deze sectoren wordt afgezet tegen het gemiddelde van de overige tien zorgsectoren in Nederland.
In paragraaf 3.2 beschrijven we in welke fase van ontwikkeling zich gemiddeld de kwaliteitsactiviteiten in de instelling bevinden. Hiervoor is een gemiddelde score over alle aandachtsgebieden berekend. Omdat uit het onderzoek blijkt dat de ontwikkelingen niet per definitie op alle aandachtsgebieden gelijk opgaan, wordt het beeld in paragraaf 3.3 verder aangescherpt. Bij een instelling kan bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid wel ver ontwikkeld zijn, terwijl men nog maar net begonnen is met voorbereidingen voor protocollering. Om die reden bekijken we in paragraaf 3.3 de ontwikkelingen per aandachtsgebied en de verschillen tussen de sectoren. Het hoofdstuk besluit met de conclusies.

3.2 De ontwikkelingsfasen van de kwaliteitssystemen

Globaal verloopt de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in vier opeenvolgende fasen (zie voor de verantwoording bijlage 3):
0. Oriëntering en bewustwording,
1. Voorbereiding,
2. Uitvoering via projecten en experimenten,
3. Systematisering en verankering in de bedrijfsvoering.

Deze ontwikkelingsfases kunnen worden doorlopen voor de aandachtsgebieden beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering, procesbeheersing door deelsystemen en de participatie van cliënten/bewoners. Door te kijken naar de activiteiten die instellingen met betrekking tot kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbeheersing ontplooien, kan worden bepaald in welke ontwikkelingsfase een instelling zich op de verschillende aandachtsgebieden bevindt. Deze activiteiten kunnen worden gezien als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase.
De activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering zijn daartoe toegedeeld aan de verschillende ontwikkelingsfases c.q. aandachtsgebieden. Hoe die toedeling tot stand is gekomen is uitgelegd in bijlage 3. Het uiteindelijke resultaat van deze exercitie staat in tabel 3.1. Als een instelling aan één van de indicatoren uit een bepaalde ontwikkelingsfase voldoet wordt gesteld dat die ontwikkelingsfase is bereikt. Een voorbeeld: als een instelling òf een kwaliteitsbeleid òf een kwaliteitswerkplan òf een kwaliteitsprofiel bezit is de voorbereidende fase bereikt. Om een uitsluitende indeling te verkrijgen zijn de instellingen vervolgens toegedeeld aan de verst bereikte ontwikkelingsfase. Dus als een instelling naast een kwaliteitsbeleid (=voorbereidende fase) ook een kwaliteitsjaarverslag (=systematische aanpak/verankering) heeft, is die instelling toegedeeld aan de ontwikkelingsfase 'systematische aanpak/verankering'.

Uit tabel 3.1 kan dus worden afgelezen welke activiteiten instellingen in de gezondheidszorg achtereenvolgens ontwikkelen. Op het gebied beleid en strategie beginnen instellingen bijvoorbeeld met het op schrift zetten van de missie, de eigen visie op zorg. Vervolgens worden in het kwaliteitsbeleid de doelstellingen omschreven en vertaald naar concrete maatregelen op instellings- en afdelingsniveau. Tenslotte wordt in fase 3 met behulp van het kwaliteitsjaarverslag verantwoording afgelegd over de ondernomen activiteiten in het kader van kwaliteitszorg. Althans, dat is bij het denken in ontwikkelingsfasen de achterliggende veronderstelling. Of de activiteiten altijd in die volgorde worden ontplooid is echter maar de vraag. Als dat zo zou zijn zou een instelling die een bepaalde fase heeft bereikt ook aan de indicatoren uit de voorgaande fases moeten voldoen. Dat is niet altijd het geval. Uit de statistische analyses (bijlage 3) blijkt dat de indeling in tabel 3.1 bij ruim driekwart van de instellingen te zien is. De volgorde klopt het vaakst bij het aandachtsgebied 'deelsystemen' (90% van de instellingen), en het minst vaak bij 'patiëntenparticipatie' (71% van de instellingen). Op basis van de gegevens kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de instellingen eenzelfde volgorde volgt bij het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten, althans wanneer dit per aandachtsgebied bekeken wordt.

Tabel 3.1 Indicatoren voor het bereiken van ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg per aandachtsgebied

FASEN	Beleid en strategie	Personeelsbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deel-systemen	Participatie van patiënten/ cliënten
oriëntatie/ bewustwording	Missie Produktom-schrijving	Stimuleren vakin-houdelijke ontw.	Protocollen voor specifieke behan-deling	Toetsing mono-/mul-tidisciplinair zorgplannen	Patiënt wordt niet betrokken
voorbereidingsfase	Kwaliteitsbeleid Kwaliteitswerkplan instelling Kwaliteitsprofielen	Scholing leiding Scholing medewer-kers Deeln. in werktijd Directie geeft aan	Voorlichting Specifieke doelgroe-pen Voorbehouden han-delingen Medische hulp-middelen	Commissies Klachtenregistratie Cliëntenraad Functionerings-gesprekken	Bespreken van uitkomsten Beoordelen of doelen gehaald
uitvoerings-fase	Kwaliteitswerkplan sommige afdelingen Kwaliteitswerkplan alle afdelingen	Directie toetst Directie bewaakt Selectie nieuw personeel	Kritische momenten Samenwerking andere inst.	Tevredenheidsoz Behoefteoz	Incidenteel partici-peren in commissies /projecten en bij het ontw./opst. van criteria/protocollen
systematische aanpak/veran-kering	Kwaliteits-jaarverslag Kwaliteits-handboek	Systematische feedback Prioriteiten nav kwaliteitsbeleid Scholing nieuw personeel	Routing patiënt	Managementinfo-systeem Interne audit Interinstitutionele toetsing	Systematisch parti-ciperen in commis-sies, projecten en bij het ontw./opst. v. criteria/protocollen

De resultaten van de toedeling van de responderende instellingen van de thuiszorg, verpleeghuiszorg en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap aan de ontwikkelingsfase voor kwaliteitssystemen als geheel is weergegeven in tabel 3.2. Om de betekenis van de ontwikkelingsfasen te verduidelijken wordt hierna eerst een beeld geschetst van de Nederlandse situatie, dat wil zeggen, alle zorginstellingen samen, om vervolgens in te gaan op de verschillen tussen de in deze nota nader onderzochte sectoren. Voor alle instellingen gezamenlijk geldt de volgende stand van zaken:

- 2% van de instellingen bevindt zich gemiddeld in de oriënterende fase; dat wil zeggen dat zij op bijna alle gebieden net zijn begonnen met expliciete activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering
- 26% van de instellingen is bezig met het creëren van voorwaarden; men bevindt zich gemiddeld in de voorbereidende fase;
- 59% van de instellingen is projectgewijs bezig met het systematiseren van kwaliteitsbewakende activiteiten (gemiddeld in de experimentele fase); en,
- 13% van de instellingen is bezig met een systematische aanpak van kwaliteitsbewaking, of inbedding van deze activiteiten in de bedrijfsvoering; deze instellingen zijn op bijna alle gebieden bezig de activiteiten in te bedden in het dagelijks handelen (gemiddeld in fase 3, opbouw van het kwaliteitssysteem).

De instellingen in elke fase kunnen als volgt worden getypeerd.

Oriënterende fase. Door de 2% van de instellingen in deze fase worden nog geen concrete acties ondernomen om tot beheersing van de (zorgverlenings)- processen te komen. Sommige disciplines bewaken hun eigen kwaliteit via intercollegiale toetsing en zij hanteren in beperkte mate protocollen voor specifieke behandelingen of verrichtingen. In het individuele contact vindt overleg met de patiënt of cliënt plaats maar verder reikt de inbreng van patiënten nog niet. In deze fase tracht de instelling allereerst te beschrijven welke produkten of diensten zij levert en welke visie aan de zorgverlening ten grondslag ligt. Kwaliteit wordt in deze fase voornamelijk gewaarborgd door de beroepskwalificatie van professionals.

Voorbereidende fase. Ongeveer een kwart van de instellingen is bezig met het scheppen van voorwaarden voor systematische kwaliteitsbewaking- en bevordering. Zowel het management als de medewerkers worden in kwaliteitszorg geschoold. De directie heeft inmiddels een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en de medewerkers weten wat in het kader van dat beleid van hen wordt verwacht. Professionals maken een begin met het uitbreiden van hun kwaliteitsbewaking. Er worden protocollen ontwikkeld die de grenzen van disciplines of afdelingen overschrijden. Ook worden de reeds aanwezige kwaliteitsinstrumenten, bijvoorbeeld klachtenregistraties op een cyclische wijze gebruikt voor kwaliteitsbewaking. Patiënten worden bij de kwaliteitszorg betrokken bijvoorbeeld door de uitkomsten van klachtenregistraties met hen te bespreken.

Experimentele fase. De meerderheid van de instellingen, bijna tweederde, experimenteert met nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking. Dit betekent dat op diverse afdelingen in de instelling kwaliteitsprojecten worden uitgevoerd. In de instellingen die in deze fase verkeren beschikken de afdelingen inmiddels over eigen kwaliteitswerkplannen en de uitvoering daarvan wordt (mede) door de directie bewaakt. De procesbeheersing

breidt zich verder uit in die zin dat ook protocollen worden ontwikkeld voor de overdracht of nazorg aan patiënten (kritische momenten). De patiënt wordt als 'klant' serieus genomen: de instellingen doen onderzoek naar de tevredenheid van patiënten en incidenteel worden patiënten bij de kwaliteitsprojecten betrokken.

Opbouw van het kwaliteitssysteem. De instellingen die bezig zijn met de opbouw van het kwaliteitssysteem (ruim 10% van de instellingen) worden gekenmerkt door de systematische aanpak in de kwaliteitsbewaking, en doordat de samenhang tussen kwaliteitsactiviteiten zichtbaar wordt. Deskundigheidsbevordering vindt bijvoorbeeld plaats op basis van de prioriteiten in het kwaliteitsbeleid; de medewerkers krijgen structurele feedback over resultaten, en patiënten worden systematisch bij de kwaliteitsbewaking betrokken. Protocollen beslaan de gehele routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting van de zorgverlening en gegevens over de resultaten van de zorg zijn beschikbaar in een (management)- informatiesysteem. De kwaliteitsactiviteiten worden periodiek op hun effectiviteit beoordeeld (interne audit) en de instelling legt hierover verantwoording af in een kwaliteitsjaarverslag.

In tabel 3.2 zijn de verschillen tussen de sectoren weergegeven ten aanzien van de kwaliteitssysteemontwikkeling op alle aandachtsgebieden. Vooraf zij opgemerkt, dat de gegevens met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden omdat het hier om een globale typering gaat.

Tabel 3.2 Percentage instellingen dat zich met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem in fase 0, 1, 2 of 3 bevindt (N=1182)

	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Oriëntatiefase	1	4	1	0	3	2
Voorbereidingsfase	25	21	31	20	30	27
Uitvoeringsfase	51	64	64	63	61	58
Fase van verankering	23 (+)	11	4 (-)	17	6	13
Totaal	100	100	100	100	100	100

In fase 3, de fase van verankering, bevindt zich 23% van de dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en 17% van de verpleeghuizen. Dit ligt boven het landelijke gemiddelde (13%), al is het verschil bij de verpleeghuizen niet statistisch significant. Een verklaring voor het relatief hoge percentage dag- en woonvoorzieningen met een ver ontwikkeld kwaliteitssysteem ligt in het feit dat systematische participatie van cliënten of bewoners bij veel van deze voorzieningen de gewoonte is. In veel andere sectoren is dit aandachtsgebied minder ver ontwikkeld, zoals we in de volgende paragraaf zullen zien. Sectoren waarin nog weinig instellingen fase 3 bereikt hebben zijn de thuiszorginstellingen. In deze sector zijn nog relatief veel instellingen bezig met het treffen van voorbereidingen (fase 1) of van experimenten (fase 2), zoals in de tabel is te zien.
Omdat deze globale typering niet ingaat op de verschillen in ontwikkelingsfase per aandachtsgebied, kijken we in de volgende paragraaf naar de afzonderlijke aandachtsgebieden.

3.3 Verschillen in ontwikkeling per aandachtsgebied

In deze paragraaf wordt specifieker beschreven in welke opzichten de sectoren van elkaar verschillen in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Bij het beoordelen van de verschillen is het belangrijk rekening te houden met het feit dat de indeling in ontwikkelingsfasen heeft plaatsgevonden aan de hand van indicatoren voor een kwaliteitssysteem, zoals we in tabel 3.1 hebben laten zien. Dit betekent dat niet het aantal activiteiten van belang is voor de indeling in een ontwikkelingsfase, maar wel het type activiteit. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: In hoofdstuk twee is beschreven dat binnen sociaal-pedagogische diensten minder frequent met protocollen wordt gewerkt, terwijl bij de indeling in ontwikkelingsfasen blijkt dat juist deze diensten ver zijn met de procesbeheersing door normering (61%). Deze ogenschijnlijke discrepantie kan worden verklaard doordat sociaal-pedagogische diensten vooral protocollen gebruiken die de hele routing van de cliënt beslaat. Een dergelijk protocol vereist dat verschillende disciplines hun handelen op elkaar afstemmen; een indicatie voor fase drie.

Aan de hand van de volgende vijf tabellen komen achtereenvolgens aan bod: het beleid, het personeelsbeleid, procesbeheersing door normering, procesbeheersing via deelsystemen en de participatie van patiënten of cliënten.
In tabel 3.3 is weergegeven hoeveel procent van de instellingen zich in fase 0 t/m 3 bevindt voor wat betreft de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Tussen de sectoren zijn duidelijk verschillen te zien.

Tabel 3.3 Het percentage instellingen dat zich in fase 0 t/m 3 bevindt op het aandachtsgebied beleid en strategie (N=1182)

Beleid en strategie	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Oriëntatiefase	24 (+)	20	9	14	32 (+)	16
Voorbereidingsfase	20	25 (+)	17	18	33 (+)	15
Uitvoeringsfase	35 (-)	37 (-)	65 (+)	45	27 (-)	49
Fase van verankering	21	18	9 (-)	23	8	20
Totaal	100	100	100	100	100	100

Van de verpleeghuizen en de dag- en woonvoorzieningen heeft meer dan eenvijfde van de instellingen een ver ontwikkeld kwaliteitsbeleid (fase 3) in die zin dat het beleid vertaald is in concrete kwaliteitswerkplannen voor alle afdelingen en dat de procedures die in de instelling gehanteerd worden in een kwaliteitshandboek zichtbaar zijn. Dat is iets meer dan het gemiddelde van de overige sectoren in Nederland (20%). Fase 3, de fase van verankering, wil tevens zeggen dat activiteiten van verschillende aandachtsgebieden op elkaar worden afgestemd zijn. Indicatoren hiervoor zijn het hebben van een kwaliteitsjaarverslag of het hebben van een kwaliteitshandboek. Een handboek verschaft het overzicht aan procedures, regels, documenten op het terrein van kwaliteit en maakt daarmee (als het goed is) ook de samenhang zichtbaar. Hetzelfde geldt in feite voor het kwaliteitsjaarverslag waarin verantwoording wordt afgelegd over het gehele kwaliteitsbeleid van de instelling.

Het is duidelijk dat de zorginstellingen nog volop bezig zijn met deze beleidsontwikkeling, zoals valt af te leiden uit de vele instellingen die in fase 2 bezig zijn met de uitvoering van allerlei activiteiten. Met uitzondering van de verpleeghuizen lopen alle door ons onderzochte sectoren op het aandachtsgebied beleid en strategie enigszins achter op de 10 overige sectoren. In de tabel is te zien dat 65% van de thuiszorginstellingen de uitvoering van het kwaliteitsbeleid ter hand heeft genomen en dus de voorbereidingsfase is gepasseerd. Kwaliteitsjaarverslagen en -handboeken, incicatoren voor fase 3, zijn er echter nog maar weinig, al zagen we in het voorgaande hoofdstukken dat met name kwaliteitshandboeken bij veel thuiszorginstellingen in ontwikkeling zijn. Relatief veel sociaal-pedagogische diensten staan nog aan het begin van deze ontwikkelingen. Vergeleken met de overige zorginstellingen in Nederland zijn relatief veel instellingen voor gehandicapten bezig met de oriëntering op of voorbereiding van het kwaliteitsbeleid. Overigens blijkt dat de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid het komend jaar prioriteit heeft bij meer dan de helft van alle instellingen, zo hebben de directies bij de toekomstplannen aangegeven.

Vergeleken met de beleidsontwikkeling is het personeelsbeleid bij de meerderheid van de instellingen ver ontwikkeld, zoals tabel 3.4 laat zien.

Tabel 3.4 Het percentage instellingen dat bij het aandachtsgebied personeelsbeleid in de verschillende ontwikkelingsfasen verkeert (N=1182)

Personeelsbeleid	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Oriëntatiefase	5	5	4	2	13	6
Voorbereidingsfase	8	19	21 (+)	12	11	13
Uitvoeringsfase	25	22	12	24	16	18
Fase van verankering	62	54	63	62	60	63
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bij tweederde van alle instellingen wordt in het personeelsbeleid systematisch aandacht geschonken aan de bijdrage die de medewerkers aan kwaliteitszorg leveren, tot uiting komend in scholing van (nieuw) personeel of systematische feedback aan de medewerkers. Van een samenhangend kwaliteits- en personeelsbeleid is sprake als de prioriteiten in het personeelsbeleid worden bepaald naar aanleiding van doelen in het kwaliteitsbeleid. Een instelling besluit bijvoorbeeld een nieuwe activiteit aan te bieden omdat patiënten, cliënten of bewoners erom hebben gevraagd, maar hiervoor moeten medewerkers eerst worden geschoold. Als we naar de verdeling kijken van het aantal instellingen over de ontwikkelingsfasen zijn er verschillen aan te wijzen tussen de sectoren. Bij de dag- en woonvoorzieningen en de verpleeghuizen bevindt zich meer dan 85% in fase twee en drie, terwijl bij de thuiszorginstellingen en de sociaal-pedagogische diensten de spreiding tussen de instellingen groter is. Naast een grote groep voorlopers is ook duidelijk een achterhoede aan te wijzen die nog aan het begin van de ontwikkeling staat. Bij de instellingen voor gehandicapten zijn de onderlinge verschillen minder groot. Bijna alle instellingen zijn de oriëntatiefase gepasseerd.

Eveneens relatief ver ontwikkeld is de protocollering van de zorgverlening. Hier wijken de sectoren duidelijk van elkaar af (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Het percentage instellingen dat bij het aandachtsgebied procesbeheersing door normering in de verschillende ontwikkelingsfasen verkeert (N=1182)

Normering	FIAD	NVGz	LVTN	VVz	SOMMA	10 overige sectoren
Oriëntatiefase	26	29 (+)	25	12	31 (+)	18
Voorbereidingsfase	16	14	17	12	-	11
Uitvoeringsfase	27	23	25	29	8 (-)	26
Fase van verankering	31 (-)	34	33 (-)	47	61	45
Totaal	100	100	100	100	100	100

Vergeleken met de overige sectoren zijn de sociaal-pedagogische diensten relatief ver met protocollering in die zin dat de protocollen de gehele routing van de patiënt of cliënt beslaan van aanmelding tot ontslag. De gegevens laten zien dat er wat dit betreft opvallende verschillen tussen de diensten bestaan, enerzijds heeft tweederde van de diensten wel dergelijke protocollen, anderzijds is eenderde van de instellingen zich hierop nog aan het oriënteren. Ook relatief veel instellingen in de gehandicaptenzorg en thuiszorginstellingen bevinden zich wat dit betreft nog in de oriënterende fase.

In de volgende tabel wordt weergegeven hoeveel instellingen deelsystemen hebben ontwikkeld. Afhankelijk van het deelsysteem en de wijze waarop dit functioneert (ad hoc, cyclisch of systematisch), is de instelling ingedeeld in een van de ontwikkelingsfasen.

Tabel 3.6 Het percentage instellingen dat bij het aandachtsgebied procesbeheersing door deelsystemen in de verschillende ontwikkelingsfasen verkeert (N=1182)

Deelsystemen	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige sectoren
Oriëntatiefase	3	2	6	-	5	5
Voorbereidingsfase	51	44	51	44	62 (+)	45
Uitvoeringsfase	19	27	14	35 (+)	19	20
Fase van verankering	27	27	29	21 (-)	14 (-)	30
Totaal	100	100	100	100	100	100

Ten aanzien van de deelsystemen valt op dat bijna de helft van alle instellingen bezig is met het treffen van voorbereidingen (fase 1) om te bewerkstelligen dat de deelsystemen inderdaad functioneren volgens de cyclus van normeren, meten, beoordelen en verbeteren (fase 2) en in een latere fase systematisch gebruikt kunnen worden als feedback systeem. Tevens worden voorbereidingen getroffen om de deelsystemen periodiek op

hun effect te kunnen beoordelen (fase 3). Vergeleken met het landelijke gemiddelde steekt geen van de vijf sectoren daar bovenuit. Wel zijn ondertussen alle verpleeghuizen en bijna alle instellingen voor gehandicapten de fase van oriëntering gepasseerd. Zij gebruiken naast zorgplannen en intercollegiale toetsing ook klachtenregistraties en tevredenheidsonderzoek om de kwaliteit te bewaken en te verbeteren. De sociaal-pedagogische diensten zijn in dit opzicht minder ver dan de andere vier sectoren.

De mate waarin patiënten, cliënten of bewoners betrokken worden bij activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering is te zien in tabel 3.7.

Tabel 3.7 Het percentage instellingen dat bij het aandachtsgebied participatie gebruikers in de verschillende ontwikkelingsfasen verkeert (N=1182)

Participatie	FIAD	NVGz	LVT	NVVz	SOMMA	10 overige
				sectoren		
Oriëntatiefase	11 (-)	12 (-)	32	5 (-)	12	25
Voorbereidingsfase	28 (-)	37	45	40	47	43
Uitvoeringsfase	22	22	18	42 (+)	23	21
Fase van verankering	39 (+)	29 (+)	5 (-)	13	18	11
Totaal	100	100	100	100	100	100

Als we in tabel 3.7 kijken naar het percentage instellingen waarbij participatie van patiënten, cliënten of bewoners regulier plaatsvindt en systematisch onderdeel is van het kwaliteitsbeleid (fase 3) dan komt dit het meest frequent voor bij de dag-en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, namelijk bij 39% van deze voorzieningen. Ook in veel instellingen voor gehandicaptenzorg (29%) vindt systematische participatie van patiënten of cliënten plaats. In deze sectoren is dat drie maal zoveel dan het landelijke gemiddelde. Bij thuiszorginstellingen ligt de participatie van patiënten onder het landelijke gemiddelde, maar de cijfers laten zien dat wel veel instellingen bezig zijn met voorbereidende activiteiten (fase 1) zoals het gezamenlijk bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek of op individueel niveau nagaan of de beoogde doelen zijn gehaald.

3.4 Conclusies

In dit hoofdstuk zijn de instellingen uit de vijf nader onderzochte sectoren ingedeeld naar ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem als geheel. Uit deze globale typering blijkt dat een kleine groep van de instellingen (1%-4%) nog weinig activiteiten ontplooit, een kwart bevindt zich gemiddeld in de voorbereidende fase, rond de 60% bevindt zich in de fase van het projectgewijs invoeren van kwaliteitsbewakende activiteiten en meer dan 10% van de instellingen is op de meeste aandachtsgebieden bezig met een systematische aanpak van kwaliteitsbewaking en inbedding van deze activiteiten in de bedrijfsvoering.

Tussen de sectoren bestaan er verschillen in de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen verkeren. De dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en de verpleeghuizen zijn gemiddeld verder met het invoeren van een kwaliteitssysteem dan het landelijke gemiddelde. De thuiszorginstellingen en de sociaal-pedagogische diensten bevinden zich nog vaker in de voorbereidingsfase, terwijl ook daar een kleine groep reeds fase drie heeft bereikt. Relatief veel instellingen voor gehandicapten zijn projectgewijs bezig met het systematiseren van kwaliteitsbewakende activiteiten.

Tevens hebben we laten zien dat de ontwikkelingsfase waarin instellingen verkeren per aandachtsgebied kan verschillen. Het verst zijn de instellingen op het terrein van het personeelsbeleid. Eveneens relatief ver ontwikkeld is de protocollering van de zorgverlening. De participatie van cliënten is pas in sommige sectoren gemeengoed.
Alle sectoren blijken ten aanzien van het invoeren van kwaliteitssystemen hun sterke maar ook hun zwakke kanten te hebben. Bij welk aandachtsgebied deze liggen verschilt per sector. Achtereenvolgens zullen van de vijf sectoren de sterke en de minder sterke kanten worden belicht.
De dag- en woonvoorzieningen en instellingen voor gehandicapten verschillen in positieve zijn in de mate waarin patiënten/cliënten/gebruikers participeren bij de kwaliteitszorg. In het algemeen blijkt dat in sectoren met langdurige, intramurale hulpverlening de patiëntenparticipatie verder is ontwikkeld dan in de ambulante, dan wel kortdurende hulpverlening. In de twee sectoren voor gehandicapten wordt daarentegen minder gebruik gemaakt van protocollering. De derde hier nader onderzochte sector in de gehandicaptenzorg, de sociaal-pedagogische diensten, lopen juist voorop met de procesbeheersing door normering. Zij hebben veelal de gehele routing van de cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting van de zorgverlening in een protocol vastgelegd. Minder frequent ontwikkelen sociaal-pedagogische diensten beleidsdocumenten. De meeste diensten hebben weliswaar hun visie op de zorgverlening op schrift gesteld maar een vertaling daarvan in kwaliteitswerkplannen en het afleggen van verantwoording in een jaarverslag vindt nog relatief weinig plaats. De thuiszorginstellingen gebruiken vaker als andere instellingen de meningspeiling onder gebruikers om verbeteringen in de zorgverlening aan te brengen. De cliënten worden daarentegen weinig betrokken bij het veranderen van het zorgproces zoals het ontwikkelen van protocollen of bij verbeterprojecten. Opvallend veel instellingen in de thuiszorg zijn op dit moment bezig met een inhaalslag bij het ontwikkelen van kwaliteitsdocumenten.
De verpleeghuizen tenslotte hebben vaker dan andere instellingen een kwaliteitsbeleid ontwikkeld, dit vertaald naar kwaliteitswerkplannen en de procedures vastgelegd in een kwaliteitshandboek. Ondanks dat verpleeghuizen al veel deelsystemen hebben ontwikkeld ten aanzien van de zorgverlening is de mening van medewerkers of verwijzers nog weinig systematisch onderzocht. Daarnaast beschikken relatief weinig verpleeghuizen over een management-informatie-systeem.

Geconcludeerd kan worden dat sectoren vanuit verschillende invalshoeken aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen beginnen, hierdoor zijn de verschillen in ontwikkelingsfase per aandachtsgebied groter dan de verschillen in de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem als geheel.

Literatuur

- Donabedian A. Exploratinos in quality assessment and monitoring. Vol.1: The definitions of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, 1980.
- Driessen MJ, Sluijs EM, Dekker J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Utrecht, NIVEL, 1995.
- Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer, Kluwer, Kwaliteitskunde, 1993.
- Klazinga NS. Kwaliteitsborging van medische-specialistische zorgverlening. In: Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom BV, 1992.
- Maas JP van der. Kwaliteit van zorg en wetenschappelijk onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 138, 1994, 44, 2180-2182.
- Miltenburg I. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van een vraag over activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering (scriptie). Utrecht, Universiteit van Utrecht, 1995.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies kwaliteit van zorg; Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. 's-Gravenhage, RGO,1990.
- Sluijs EM, Bakker DH de. 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. Utrecht, NIVEL/NRV, 1992.
- Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.
- Theuvenet PJ, Driessen APPM, Merkus JMWM, Casparie AF, Wiel-Maas J van de, Kuipers WLR (red.). Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten. Utrecht, 1995.
- Wensing M, Grol R, Dubois V. Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde; knelpunten en behoeften bij huisartsen. Maastricht/Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1993.

Bijlage 1

HET KWALITEITSBELEID

1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Documenten	nee	in ont-* wikkeling	ja
Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling			
'Produkt'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg die aan verschillende doelgroepen wordt verleend			
Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg moet voldoen			
Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden			
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren			
Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **sommige** afdelingen/voorzieningen			
Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **alle** afdelingen/voorzieningen			
Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan			
Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen èn de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan			

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

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

Sinds 19.....

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

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

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

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

REDENEN VOOR KWALITEITSZORG

---

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

Redenen	speelde niet mee	speelde enigszins mee	speelde in grote mate mee
toenemende/verwachte concurrentie			
de naderende kwaliteitswet			
verwachte eisen van verzekeraars/financiers/inspectie			
klachten van patiënten/cliënten/bewoners/klanten			
naar aanleiding van/gestimuleerd door initiatieven vanuit de koepel			
naar aanleiding van/gestimuleerd door ontwikkelingen in andere instellingen			
naar aanleiding van/gestimuleerd door congressen, cursussen en/of literatuur			
interne redenen, namelijk:			
anders, namelijk:			

RANDVOORWAARDEN EN PERSONEELSMANAGEMENT

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

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

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

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

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

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

WERKEN VOLGENS PROTOCOLLEN

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

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

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

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

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

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

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

KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING VOLGENS EEN CYCLISCH PROCES

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

Activiteiten	nee*	ja*	cycl.*	syst.*
Intercollegiale toetsing monodisciplinair: beroepsgenoten beoordelen elkaars werk waarbij zij hun handelen normeren, registreren en verbeteren				
Intercollegiale toetsing multidisciplinair: idem, door zorgverleners van verschillende disciplines				
Gebruik zorg-/begeleidingsplan: de zorgverlening wordt geregistreerd en geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen				
Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten): commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens en brengen op basis daarvan systematisch verbeteringen aan				
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken				
Interne audit: de effectiviteit van de verschillende activiteiten voor kwaliteitsbewaking/ -verbetering wordt periodiek beoordeeld				
Interinstitutionele toetsing/visitatie: de beroepsgenoten beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen				
Management-informatie-systeem: het management gebruikt een informatiesysteem voor het evalueren en bijsturen van de kwaliteit van zorg. Het informatiesysteem bevat gegevens over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan				
Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers: periodiek wordt gemeten of de doelgroepen tevreden zijn over de verleende zorg				
Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt				
Tevredenheidsonderzoek medewerkers/ professionals: periodiek wordt gemeten of de medewerkers/professionals tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts				
Behoefte onderzoek onder gebruikers: de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoefte is aan de huidige of mogelijk nieuwe zorg die de instelling kan bieden				
Behoefte onderzoek onder verwijzers of andere partijen: idem, maar onder verwijzers of andere partijen				
Klachtenregistratie en -behandeling: de klachtenregistratie wordt systematisch geanalyseerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht				
Cliënten-/familieraad: op basis van het periodieke overleg met de cliënten-/familieraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd				
Anders, namelijk:				

TOELICHTING*:
nee = nee/niet van toepassing
ja = de activiteit in ontwikkeling of bestaat in de instelling maar vindt niet plaats volgens een cyclisch proces
cyclisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces; alle stappen van het proces zijn/worden doorlopen
systematisch = de activiteit vindt plaats volgens een cyclisch proces en is ingebed in het totale kwaliteitssysteem van de instelling; de activiteit functioneert als feedbacksysteem

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

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

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

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

1)

2)

3)

EXTERNE ORIËNTATIE

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

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

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

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

EFFECTEN EN TOEKOMST VAN KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ORGANISATIEKENMERKEN

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

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

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

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

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

..... fte's

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

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

sinds 19.....

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

LVT	NVAGG	NVZ
VNB	NVBW	NVGz
NeVIV	NVGGZ	NVVz
LVGGD	Fiad/Wdt	KNMP
LVG	NFVLG	SOMMA
VOG-sectie/AMW	anders	

23. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

directie
anders, namelijk (functie)

---

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

nee
ja

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst. Voor het terugzenden kunt u de antwoordenveloppe gebruiken.
Wij zouden het op prijs stellen indien u een jaarverslag van uw instelling mee wilt sturen.

Bijlage 2: Toelichting op de kwaliteitsenquête

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst was het uitgangspunt dat deze gericht zou zijn aan de directie c.q. het management van de instelling. Daarbij speelden twee overwegingen een rol. Ten eerste is het management uiteindelijk verantwoordelijk voor het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem en ten tweede kan worden verwacht dat het management het overzicht heeft over de ontwikkelingen in de instelling. Een mogelijk nadeel is dat het management van zeer grote instellingen misschien minder op de hoogte is van concrete activiteiten van medewerkers of afdelingen. Gezien de beperkte duur van het onderzoek is het echter niet mogelijk ook het middenkader en de uitvoerenden van een instelling te enquêteren.

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is een compromis gezocht tussen twee tegenstrijdige eisen. Aan de ene kant was het gewenst een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het kwaliteitssysteem. Dit betekent dat gevraagd zou moeten worden naar alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering in alle gebieden van de organisatie. Aan de andere kant was het van belang de vragenlijst beknopt te houden om de respons te verhogen. Besloten werd de omvang van de vragenlijst zodanig te beperken dat deze in 20 a 30 minuten kon worden ingevuld.

De consequentie hiervan is dat in de enquête een aantal activiteiten buiten beschouwing blijft. Van de 9 aandachtsgebieden uit de Nederlandse kwaliteitsp.. beslaat de enquête 6 van deze aandachtsgebieden. We geven een overzicht van de gebieden die wel en die niet in de enquête zijn opgenomen:

	Aandachtsgebieden	**Opgenomen in enquête**
Beleid en strategie	Beleid	Beleid(sdocumenten)
	Leiderschap	Leiderschap (beperkt)
	Personeelsmanagement	Personeelsmanagement
	Middelenmanagement	(niet)
Processen	Processen	Procesbeheersing via - normering/protocollering - deelsystemen
Resultaten	Tevredenheid van klanten	Tevredenheid patiënten (beperkt) Participatie patiënten
	Tevredenheid van personeel	Tevredenheid personeel (beperkt)
	Positie in de maatschappij	(niet)
	Ondernemingsresultaten	(niet)

Zoals het schema toont zijn drie gebieden niet in de enquête opgenomen. De kwaliteitsbewaking op deze gebieden of de resultaten ervan zijn niet in een beperkt aantal vragen te vertalen, namelijk: Worden middelen doelmatig ingezet? Wat is de positie van de instelling in de maatschappij? en, Wat zijn de ondernemingsresultaten? Ten aanzien van tevredenheid van patiënten en tevredenheid van het personeel wordt alleen gevraagd in hoeverre deze tevredenheid (systematisch) gemeten wordt en bij leiderschap gaat het om de wijze waarop de directie de medewerkers stimuleert tot zorg voor kwaliteit. Het feit dat drie aandachtsgebieden

ontbreken betekent tevens dat in dit rapport geen volledig model voor kwaliteitssystemen in de zorgsector gepresenteerd wordt. De resultaten geven wel een indicatie van de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden.

In bijlage 1 (de enquête) is te zien welke vragen bij elk van de overige aandachtsgebieden zijn gesteld. Bij het formuleren van deze vragen is zoveel mogelijk aangesloten bij eerder ontwikkelde vragenlijsten (School et al, 1993; NVAGG, 1994) en bij kwaliteitseisen die vermeld staan in de Kwaliteitskenmerken die voor diverse sectoren zijn ontwikkeld. Ook zijn vragen toegevoegd die voor de zorgsector van specifiek belang zijn, namelijk de mate waarin patiënten participeren en de mate waarin de instelling samenwerkt met andere instellingen of sectoren om continuïteit en afstemming te waarborgen.

Om vast te stellen in welke fase van ontwikkeling het kwaliteitssysteem zich bevindt wordt in de enquête zowel gevraagd naar activiteiten waar instellingen doorgaans mee beginnen (zoals het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid) als naar activiteiten die vaak in een later stadium plaatsvinden (zoals het maken van een kwaliteitshandboek of een kwaliteitsjaarverslag). Als men nog geen kwaliteitsactiviteiten heeft ontplooid, wordt gevraagd in hoeverre men bezig is met voorbereidende activiteiten zoals het ontwikkelen van een visie of scholing. Ook wordt (met name ten aanzien van de beleidsdocumenten en de procesbeheersing) gewerkt met meerdere antwoordcategorieën:
1) nee, de activiteit vindt niet plaats;
2) de activiteit is in ontwikkeling;
3) de activiteit vindt regulier plaats (en volgens de kwaliteitskringloop).
4) de activiteit is .... in het kwaliteitssysteem van de instelling en wordt gebruikt als feedbacksysteem.

Om te kunnen onderzoeken welke factoren samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt, wordt in de enquête naar algemene organisatiekenmerken gevraagd, zoals omvang, organisatiestructuur, wijze van besluitvorming enzovoorts. Ook wordt gevraagd naar de redenen die men heeft om kwaliteitsactiviteiten te ontplooien.
Tenslotte wordt gevraagd naar de effecten van het kwaliteitssysteem, zowel naar positieve als naar mogelijke negatieve effecten.

Een eerste concept van de vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan alle koepelorganisaties. Hun opmerkingen en suggesties (met name ook wat betreft de gehanteerde terminologie) zijn verwerkt. Een tweede conceptvragenlijst is op proef ingevuld door 14 directies van instellingen. Zij vonden de enquête begrijpelijk en er werden geen onderwerpen gemist. Wel is op hun advies de volgorde van de vragen veranderd.
De hieruit voortgekomen enquête is vervolgens verstuurd aan 1749 instellingen uit alle zorgsectoren en aanverwante welzijnssectoren in Nederland. Tevens is een apart onderzoek uitgevoerd naar de validiteit van de gegevens uit de complexe vraag naar het functioneren van deelsystemen (vraag 8 uit de vragenlijst, zie bijlage 1). Uit dit onderzoek bleek dat de validiteit van de enquêtegegevens niet in alle gevallen optimaal is (Miltenburg, 1995). Via telefonische intervieuws is gechecked of de werkelijke situatie afwijkt van de gegeven antwoorden in de enquête. De afwijkingen tussen de werkelijkheid en de enquête-antwoorden zijn relatief groot ten aanzien van de aanwezigheid van een managementinformatiesysteem, het uitvoeren van interne audits en

het deelnemen aan interinstitutionele toetsing. Deze activiteiten bleken op verschillende wijzen geïnterpreteerd te zijn. Bij de overige enquêtevragen werden ook, zij het minder, afwijkingen geconstateerd. Een belangrijke constatering was dat hierbij zowel sprake was van overrapportage als van onderrapportage. De enquête gaf soms een te rooskleurig, soms een te bescheiden beeld van de werkelijkheid. Deze uitkomsten hebben ertoe geleid dat de omschrijving van de antwoordcategorieën bij de desbetreffende vraag is aangepast.
Belangrijk is dat uit het onderzoek geen overwegende tendens bleek tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden of opwaardering van de werkelijkheid.

Bijlage 3: Methodologische verantwoording van het gehanteerde fasemodel

Zoals in hoofdstuk één reeds is beschreven gaan wij ervan uit dat de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem in meerdere fasen verloopt. Binnen een kwaliteitssysteem kunnen daarnaast verschillende aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg worden onderscheiden. Ten behoeve van deze nota zijn de instellingen per aandachtsgebied toegedeeld aan een ontwikkelingsfase. Dat is gedaan op basis van de door de instellingen in de schriftelijke enquête gerapporteerde activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Hoe dat is gebeurd wordt in deze bijlage verantwoord. In deel A van de bijlage wordt verantwoord hoe de verschillende activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg zijn toegedeeld aan de aandachtsgebieden. In deel B wordt vervolgens beschreven hoe binnen die aandachtsgebieden is vastgesteld welke ontwikkelingsfase de instelling bereikt heeft.

A. De toedeling van activiteiten aan aandachtsgebieden

In eerste instantie zijn alle vragen naar activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering op theoretische gronden ingedeeld (deductie) in de vooraf veronderstelde aandachtsgebieden van de Nederlandse Kwaliteitsprijs, zoals beleid & strategie, voorwaarden, leiderschap, personeelsmanagement, procesbeheersing, externe oriëntatie en resultaten. Vragen die ingaan op de redenen om aan kwaliteitsverbetering te werken, de ervaren voor- en nadelen, enzovoorts zijn buiten beschouwing gelaten. Vervolgens is de samenhang tussen de vragen waarvan verondersteld werd dat deze tot één aandachtsgebied behoren getoetst met een gedwongen één factor oplossing. Bij een factoranalyse zoekt men via het waargenomen verband tussen een aantal variabelen (vragen) naar de achterliggende grootheid of factor. De mate waarin de latente variabele (achterliggende grootheid) een rol speelt bij de scores op de afzonderlijke vragen wordt uitgedrukt in een 'wegingsgetal' (factorlading) tussen 0 (geen rol) en 1 (volledig bepaald).
Uit deze analyse bleek dat de statistische samenhang tussen activiteiten die verondersteld werden tot een aandachtsgebieden te horen laag was. De verklaarde variantie was bij het aandachtsgebied voorwaarden 13,6%, bij leiderschap 17,3% en bij personeelsmanagement 14,8%. Om deze reden is besloten verder te zoeken naar een toedeling van activiteiten aan aandachtsgebieden die meer aan zou sluiten bij het empirische materiaal.

In een tweede stap zijn de vragen niet op voorhand ingedeeld in aandachtsgebieden zoals in de eerste stap, maar is een factoranalyse zonder vooronderstellingen op alle variabelen uitgevoerd (alleen de variabelen met betrekking tot kwaliteitszorg). In deze stap is dus geprobeerd via inductie van het empirische materiaal te komen tot achterliggende dimensies. Dit zou kunnen leiden tot dimensies die instellingen onderscheiden naar ontwikkelingsfase op een bepaald aandachtsgebied. Het zou ook kunnen leiden tot dimensies die instellingen onderscheiden die op een bepaald aandachtsgebied bezig zijn van instellingen die op een ander aandachtsgebied bezig zijn.
Omdat niet op voorhand aangenomen kan worden dat factoren onafhankelijk van elkaar zijn, is een factoranalyse met oblimin rotatie uitgevoerd, met als voorwaarde dat alleen variabelen die hoger dan 0.30 scoren op een bepaalde factor worden geselecteerd. De met behulp van deze factoranalyse verkregen factoren zijn pas als factor aangemerkt als de eigenwaarde[1] groter is dan 1. Een overzicht van de verklaarde varianties van de verkregen factoren is weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Overzicht van de eigenwaarde, de verklaarde variantie en het cumulatieve percentage verklaarde variantie van de zeven factoren uit de factoranalyse

Factor	Eigenwaarde	% verklaarde variantie	cumulatief percentage
1	8.97977	14.7	14.7
2	4.75598	7.8	22.5
3	3.21937	5.3	27.8
4	2.54135	4.2	32.0
5	1.46414	2.4	34.4
6	1.03369	1.7	36.1
7	.85094	1.4	37.5

De factoren 1 tot en met 5 verklaren tezamen 34% van de variantie tussen de instellingen. De eerste factor, procesbeheersing door deelsystemen, heeft hierin het grootste aandeel. De twee laatste factoren zijn niet in het model opgenomen omdat de verklaarde variantie zeer laag is en de eigenwaarde van beide factoren niet of nauwelijks boven de 1 uitkomt. Dit is factor 6 (samenwerking tussen instellingen) en factor 7 (aandachtsgebied voorwaarden zoals een kwaliteitsfunctionaris of ondersteuning).

Tabel 2 laat zien welke activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg in hoge mate samenhangen met de verschillende onderscheiden factoren. Hieruit blijkt dat elke factor een hoge samenhang vertoont met activiteiten die tot een bepaald **aandachtsgebied** kunnen worden gerekend. Zo hangt de eerste factor sterk samen met activiteiten op het gebied van deelsystemen. Hij onderscheidt instellingen die ver zijn met de ontwikkeling van deelsystemen van instellingen die minder ver zijn. Evenzo zijn er factoren die instellingen onderscheiden op het terrein van beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering en participatie van cliënten/patiënten. Voor de goede orde, de activiteiten zijn nu anders toegedeeld aan de aandachtsgebieden dan in de eerste stap, waarin dat was gedaan op theoretische gronden. In de eerste stap waren functioneringsgesprekken bijvoorbeeld ingedeeld bij het aandachtsgebied personeelsbeleid, terwijl uit de tweede stap blijkt dat functioneringsgesprekken gehanteerd als deelsysteem behoren tot de factor procesbeheersing door deelsystemen. Daarnaast blijkt dat variabelen die eerder bij Leiderschap zijn ingedeeld bij de overall factoranalyse hoog bleken te laden op de factor personeelsbeleid. Met de toedeling van activiteiten naar aandachtsgebieden met behulp van de factoranalyse kunnen de verschillen tussen de instellingen beter worden verklaard dan met de toedeling op theoretische gronden.

Tabel 2. Resultaten van de factoranalyse voor alle gemeten variabelen die naar een activiteit in het kader van kwaliteitszorg verwijzen

Variabelen	Factorlading
Factor 1: Procesbeheersing door deelsystemen	
1. Behoefte onderzoek onder gebruikers	.82849
2. Interinstitutionele toetsing/visitatie	.79490
3. Behoefte onderzoek onder verwijzers of andere partijen	.77555
4. Tevredenheidsonderzoek medewerkers/professionals	.77460
5. Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt	.75394
6. Interne audit	.74292
7. Management-informatie-systeem	.72617
8. Intercollegiale toetsing monodisciplinair	.69440
9. Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers	.67968
10. Intercollegiale toetsing multidisciplinair	.63959
11. Cliënten-/familieraad	.63767
12. Klachtenregistratie en -behandeling	.63576
13. Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten)	.62694
14. Zorg-/begeleidingsplan	.55846
15. Functionerings-/beoordelingsgesprekken	.31968
Factor 2: Personeelsbeleid	
1. scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals	.64068
2. scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management	.61865
3. nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering	.46043
4. medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering	.43528
5. de directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	.41496
6. selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	.40606
7. deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	.40340
8. medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	.38832
9. de directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	.35494
10. geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers/professionals	.34684
11. bewaking van de afdelings-/voorzieningenwerkplannen	.32085
Factor 3: Participatie van patiënten/cliënten	
1. ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	.90639
2. opstellen protocollen/standaarden	.90378
3. beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	.97395
4. participatie in (kwaliteit)commissies	.97078
5. participatie in verbeterprojecten	.85510
6. bespreken uitkomsten van satisfactieonderzoek, klachtenregistratie, etc.	.81344
Factor 4: Beleid en strategie	
1. kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	-.77252
2. kwaliteitsbeleid op schrift	-.67725
3. kwaliteitsjaarverslag	-.66936
4. kwaliteitswerkplan of afdelings-/voorzieningenniveau voor alle afdelingen/voorzieningen	-.64231
5. kwaliteitsprofielen	-.63029
6. kwaliteitshandboek	-.60465
7. kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor sommige afdelingen/voorzieningen	-.58434
8. 'produkt'omschrijvingen	-.45321
Factor 5: Procesbeheersing door normering	
1. protocollen/standaarden gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen	.61555
2. protocollen/standaarden voor het gebruik van medische hulpmiddelen	.58607
3. protocollen/standaarden voor voorbehouden handelingen	.55839
4. protocollen/standaarden voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner/klant	.49892
5. protocollen/standaarden voor specifieke doelgroepen en diagnoses	.47911
6. protocollen/standaarden voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	.36668
7. protocollen/standaarden voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg	.35447

De gevonden factoren/aandachtsgebieden kunnen als volgt kort worden gekarakteriseerd.
De factor beleid en strategie maakt het mogelijk instellingen die ver gevorderd zijn met het ontwikkelen van beleidsdocumenten als een kwaliteitsbeleid, kwaliteitswerkplannen of een kwaliteitsjaarverslag te onderscheiden van instellingen die nog aan het begin staan.
De factor personeelsbeleid wordt bepaald door de scholing van (nieuwe) medewerkers en management en de manier waarop de directie de medewerkers stimuleert bij het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering.
De factor procesbeheersing door normering geeft aan in hoeverre instellingen gebruik maken van protocollen, richtlijnen en standaarden om het dienstverleningsproces te sturen.
De sterkste factor in het algehele model, procesbeheersing door deelsystemen, verklaart 15% van de verschillen tussen instellingen en wordt gevormd door uiteenlopende deelsystemen op het gebied van de professionals, de organisatie en de patiënt of cliënt.
Een voor de gezondheidszorg specifieke factor is de participatie van patiënten/cliënten. Deze factor onderscheidt instellingen die hun patiënten/cliënten betrekken bij het ontwikkelen van criteria, protocollen of kwaliteitsprojecten van instellingen die de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem meer zien als een interne aangelegenheid.

Om te controleren of de activiteiten die door middel van de factoranalyse zijn toegedeeld aan een aandachtsgebied inderdaad bij elkaar horen is gekeken in hoeverre de variabelen die onderdeel uitmaken van een factor bij elkaar één schaal vormen. Hiervoor is Cronbach's α berekend voor de afzonderlijke factoren (Tabel 3). Voor vier van de vijf aandachtsgebieden is de Cronbach's Alpha hoger dan .75, zodat van een goede schaal kan worden gesproken. Alleen bij het aandachtsgebied participatie is de Alpha .71, hetgeen bevredigend genoemd kan worden.

Tabel 3. Overzicht van Cronbach's α voor de uit de factoranalyse geselecteerde aandachtsgebieden

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

Via een gedwongen éénfactor oplossing per aandachtsgebied (dus niet over het totaal) is, tenslotte, te zien hoeveel variantie elke factor op zich verklaart. Uit tabel 4 blijkt dat de afzonderlijke factoren 23% tot 77% van de verschillen tussen de instellingen verklaren. De factor 'participatie van patiënten' heeft de grootste verklarende waarde.

Tabel 4. Resultaten van een gedwongen één factor oplossing, uitgevoerd op de afzonderlijke factoren die voor het fasemodel zijn geselecteerd

Factor	Eigenwaarde	verklaarde variantie
1 Procesbeheersing door deelsystemen	7.21654	48%
2 Personeelsbeleid	2.55780	23%
3 Participatie van patiënten/cliënten	4.62538	77%
4 Beleid en strategie	3.36313	37%
5 Procesbeheersing door normering	2.14934	27%

B. De vaststelling van de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied

Nu de activiteiten zijn toegedeeld aan de aandachtsgebieden kan de volgende stap worden gezet. Per aandachtsgebied moet op basis van de aan dat aandachtsgebied toegedeelde activiteiten worden vastgesteld welke ontwikkelingsfase de instelling heeft bereikt. De activiteiten worden daarbij gebruikt als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase, zij zijn kenmerkend voor die fase. Op grond van de volgende criteria is bepaald welke activiteiten kenmerkend zijn voor welke fase. Het belangrijkste criterium was criterium a. Criterium b en c zijn gebruikt ter controle.

a) Op theoretische gronden is bepaald of een activiteit thuishoort in één van de volgende fasen: bewustwording/oriëntatie, bouw van een infrastructuur/voorbereiding, experimenteel karakter/uitvoering, en systematische aanpak/verankering. De ontwikkelingsfasen kunnen als volgt worden omschreven:
0) Oriëntering en bewustwording: de uitgangssituatie is dat professionals traditioneel zorgdragen voor de kwaliteit van hun eigen behandelingen of verrichtingen (professionele kwaliteit). Men gaat zich als eerste stap oriënteren op mogelijkheden om de zorg voor kwaliteit systematischer aan te pakken.
1) Voorbereidende fase: in deze fase worden voorbereidingen getroffen voor procesbeheersing. Er wordt een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en men werkt aan een infrastructuur voor kwaliteitsbewaking. Hiervoor worden de nodige voorwaarden gecreëerd (scholing, kwaliteitscommissies, enzovoorts.);
2) Uitvoering van procesbeheersing: Via experimenten en (verbeter)projecten wordt gewerkt aan procesbeheersing. Getracht wordt discipline of afdelingsgrenzen te overschrijden. De kwaliteitsbewaking wordt systematischer aangepakt onder andere door de kwaliteitskringloop toe te passen. Het oordeel van patiënten wordt periodiek gemeten.
3) Systematisering en verankering: In deze fase ontstaat de samenhang tussen de kwaliteitsbewakende activiteiten, bijvoorbeeld doordat de resultaten van verbeterprojecten ook invloed hebben op het personeelsbeleid. De effectiviteit van de deelsystemen wordt bewaakt. 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'.
Deze algemene uitgangspunten vormde de basis voor het indelen van de activiteiten. De criteria die daarbij zijn gehanteerd, zijn gedetailleerd beschreven in tabel 5.

b) Het percentage instellingen dat de activiteit reeds heeft ontwikkeld: indien bijvoorbeeld 80% van alle instellingen een bepaalde activiteit heeft ontwikkeld, lijkt het aannemelijk dat de activiteit bij een vroege ontwikkelingsfase hoort.

c) De op grond van de eerste twee criteria gemaakte rangorde moest aansluiten bij ervaringen van deskundigen uit het veld (leden van de begeleidingscommissie).

Tabel 5. Insluitingscriteria voor de indeling van alle activiteiten in een aandachtsgebied en ontwikkelingsfase

STRATEGIE EN BELEID

Fase 0: Instellingen in deze fase zijn een missie en/of produktomschrijvingen aan het ontwikkelen of hebben dit reeds gedaan. De instellingen beschikken nog niet over kwaliteitsprofielen, een kwaliteitsbeleid, kwaliteitswerkplannen, een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitshandboek.

Fase 1: Instellingen in deze fase hebben een kwaliteitsbeleid of zijn dit aan het ontwikkelen. Tevens ontwikkelen zij c.q. beschikken zij over kwaliteitsprofielen en een kwaliteitswerkplan op instellingsniveau.

Fase 2:
- sommige afdelingen hebben of ontwikkelen een kwaliteitswerkplan
- de instelling is bezig voor alle afdelingen een kwaliteitswerkplan te ontwikkelen
- men is een kwaliteitsjaarverslag en kwaliteitshandboek aan het ontwikkelen

Fase 3:
- alle afdelingen beschikken over een kwaliteitswerkplan
- de instelling heeft een kwaliteitsjaarverslag en een kwaliteitshandboek

PERSONEELSBELEID

Fase 0:
- instellingen die geen extra voorzieningen hebben getroffen voor het invoeren en onderhouden van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering
- instellingen die niet beschikken over een personeelsbeleid dat gericht is op het kwaliteitsbeleid
- instellingen waarin de directie de betrokkenheid van de medewerkers niet in een of andere vorm stimuleert
- medewerkers worden gestimuleerd zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen

Fase 1:
- zowel de leiding als de medewerkers worden geschoold
- medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering
- de directie geeft aan wat van medewerkers in het kader van het kwaliteitsbeleid wordt verwacht

Fase 2:
- de directie toetst of medewerkers zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- de directie bewaakt de afdelings-/voorzieningswerkplannen
- bij de selectie van nieuw personeel wordt gelet op een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg

Fase 3:
- nieuw personeel wordt meteen geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering
- deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
- de directie geeft systematisch feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers

PROCESBEHEERSING DOOR NORMERING

Fase 0:
- instellingen die niet werken volgens protocollen
- instellingen die protocollen ontwikkelen
- instellingen met protocollen gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen

Fase 1: Instellingen met protocollen gericht op:
- voorlichting aan de patiënt/bewoner/cliënt/klant
- voor specifieke doelgroepen en diagnoses
- voor voorbehouden handelingen
- voor het gebruik van medische hulpmiddelen

Fase 2: Instellingen met protocollen voor:
- kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces
- samenwerking met/overdracht naar andere instellingen/zorgverleners

Fase 3: Instellingen met protocollen voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant

PROCESBEHEERSING DOOR DEELSYSTEMEN

Fase 0: - instellingen zonder een deelsysteem
- instellingen die bezig zijn met mono- of multidisciplinaire intercollegiale toetsing
- instellingen die bezig zijn met zorgplannen

Fase 1: Instellingen die beschikken over de volgende activiteiten of de activiteiten volgens een cyclisch proces uitvoeren:
- commissies
- klachtenregistratie
- cliëntenraad
- functioneringsgesprekken

Fase 2: Instellingen die over de volgende activiteiten beschikken of deze volgens een cyclisch proces laten uitvoeren:
- tevredenheidsonderzoek onder gebruikers, verwijzers en/of medewerkers
- behoefteonderzoek onder gebruikers en/of verwijzers

Instellingen die de volgende activiteiten systematisch uitvoeren en deze hebben ingebed in het totale kwaliteitssysteem:
- commissies
- klachtenregistratie
- cliëntenraad
- functioneringsgesprekken

Fase 3: Instellingen die één of meer van de volgende activiteiten cyclisch of systematisch gebruiken
- management-informatie-systeem
- interne audit
- interinstitutionele toetsing

Instellingen die één of meer van de volgende activiteiten systematisch gebruiken:
- tevredenheidsonderzoek onder gebruikers, verwijzers en/of medewerkers
- behoefteonderzoek onder gebruikers en/of verwijzers

PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN/CLIËNT/BEWONER/KLANT

Fase 0: De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt niet betrokken bij activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering.

Fase 1: De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt incidenteel betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek en het beoordelen of de gestelde doelen zijn gehaald.

Fase 2: De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt altijd betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek en het beoordelen of de gestelde doelen zijn gehaald.
De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt incidenteel betrokken bij het ontwikkelen van criteria en protocollen, en/of participeert in commissies en projecten.

Fase 3: De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt altijd betrokken bij het ontwikkelen van criteria en protocollen, en/of participeert in commissies en projecten.

De op deze manier ontstane indeling is te zien in tabel 6. Als een instelling aan één van de indicatoren uit een bepaalde ontwikkelingsfase voldoet, wordt gesteld dat die ontwikkelingsfase is bereikt. Als een instelling voldoet aan de indicatoren voor meerdere ontwikkelingsfasen is deze ingedeeld bij de verst gevorderde ontwikkelingsfase.

Tabel 6. Indicatoren voor het bereiken van ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg per aandachtsgebied

FASEN	Beleid en strategie	Personeelsbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deel-systemen	Participatie van patiënten/ cliënten
oriëntatie/ bewustwording	Missie Produktom-schrijving	Stimuleren vakin-houdelijke ontw.	Protocollen voor specifieke behan-deling	Toetsing mono-/mul-tidisciplinair zorgplannen	Patiënt wordt niet betrokken
voorbereid-ingsfase	Kwaliteitsbeleid Kwaliteitswerkplan instelling Kwaliteitsprofielen	Scholing leiding Scholing medewer-kers Deeln. in werktijd Directie geeft aan	Voorlichting Specifieke doelgroe-pen Voorbehouden han-delingen Medische hulp-middelen	Commissies Klachtenregistratie Cliëntenraad Functionerings-gesprekken	Bespreken van uitkomsten Beoordelen of doelen gehaald
uitvoerings-fase	Kwaliteitswerkplan sommige afdelingen Kwaliteitswerkplan alle afdelingen	Directie toetst Directie bewaakt Selectie nieuw personeel	Kritische momenten Samenwerking andere inst.	Tevredenheidsoz Behoefteoz	Incidenteel partici-peren in commissies /projecten en bij het ontw./opst. van criteria/protocollen
systematische aanpak/veran-kering	Kwaliteits-jaarverslag Kwaliteits-handboek	Systematische feedback Prioriteiten nav kwaliteitsbeleid Scholing nieuw personeel	Routing patiënt	Managementinfo-systeem Interne audit Interinstitutionele toetsing	Systematisch parti-ciperen in commis-sies, projecten en bij het ontw./opst. v. criteria/protocollen

De indeling en opeenvolging van de ontwikkelingsfasen wordt in deze laatste stap geverifieerd door na te gaan in hoeverre instellingen in een bepaalde fase de activiteiten behorende bij een eerdere fase reeds hebben ontwikkeld. Indien er bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem sprake is van het doorlopen van opeenvolgende fasen dan zouden bijvoorbeeld instellingen die in fase drie zijn ingedeeld één of meer activiteiten van elke der eerdere fases reeds moeten ontplooien. In tabel 7 is per ontwikkelingsfase het percentage van de instellingen weergegeven dat voldoet aan de voorgaande ontwikkelingsfasen. Indien de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem bij alle instellingen in de veronderstelde volgorde zou verlopen, zouden alle percentages op 100% uitkomen.

Tabel 7. Percentage van de instellingen per ontwikkelingsfase die ook voldoet aan tenminste één van de indicatoren uit de voorgaande fasen

	beleid en strategie	perso-neels-beleid	proces-beheersing door normering	proces-beheersing door deel-systemen	partici-patie van patiënten/ cliënten
Instellingen in fase 1					
% dat voldoet aan fase 0	99,5	89,8	79,1	97,1	83,5
Instellingen in fase 2					
% dat voldoet aan fase 0	99,8	83,9	83,0	98,0	68,8
% dat voldoet aan fase 1	89,3	84,3	82,7	98,8	89,4
Instellingen in fase 3					
% dat voldoet aan fase 0	100,0	83,5	79,6	99,4	34,2
% dat voldoet aan fase 1	93,3	95,3	87,7	99,1	79,5
% dat voldoet aan fase 2	65,2	83,8	78,7	80,4	78,3
% van instellingen dat voldoet aan alle voor-gaande fases	87,6	72,6	71,8	90,5	71,3

Nb. Vanzelfsprekend is bij instellingen in fase 0 geen sprake van een voorafgaande fase

Als een instelling zich in een bepaalde fase bevindt zijn doorgaans ook activiteiten uit de voorgaande fases ontplooid, zo laat tabel 7 zien. Bij alle aandachtsgebieden ligt het percentage boven de 70% en bij twee aandachtsgebieden (beleid en strategie en deelsystemen) zelfs rond de 90%. Deze fase-indeling is dan ook in de verdere analyses gebruikt.

Noot

[1] De mate waarin een factor de verschillen tussen instellingen verklaart, wordt de eigenwaarde genoemd.