

# Tabellenboek

## Kwaliteitssystemen de stand van zaken per zorgsector in 2000

Bijlage bij het rapport:  
'Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000'

dr. E.M. Sluijs  
dr. C. Wagner

April 2000



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 2729700 - Fax 030 2729729 -  
WWW.NIVEL.NL

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

ISBN 90-6905-469-8

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederland instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# INHOUD

Zie ook de gedetailleerde inhoudsopgave bij elk sectorhoofdstuk

<b>1</b>	<b>HANDLEIDING VOOR GEBRUIK VAN HET TABELLENBOEK</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>THUISZORGINSTELLINGEN LVT</b>	<b>10</b>
2.1	Beleid en strategie	13
2.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	15
2.3	Procedures en specifieke thuiszorg protocollen	17
2.4	Deelsystemen en indicatoren	21
2.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	23
2.6	Participatie en inspraak van cliënten	26
2.7	Positieve en negatieve effecten	29
2.8	Inzicht in kwaliteitskosten	31
2.9	Toekomstplannen en certificering	32
2.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	36
<b>3</b>	<b>GEHANDICAPTENZORG</b>	<b>38</b>
3.1	Beleid en strategie	41
3.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	43
3.3	Procedures en specifieke protocollen in de gehandicaptenzorg	44
3.4	Deelsystemen en indicatoren	49
3.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	51
3.6	Participatie en inspraak van cliënten	55
3.7	Positieve en negatieve effecten	58
3.8	Inzicht in kwaliteitskosten	60
3.9	Toekomstplannen en certificering	61
3.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	66
<b>4</b>	<b>GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG</b>	<b>68</b>
4.1	Beleid en strategie	71
4.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	73
4.3	Procedures en specifieke GGZ-protocollen	74
4.4	Deelsystemen en indicatoren	78
4.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	81
4.6	Participatie en inspraak van cliënten	83
4.7	Positieve en negatieve effecten	86
4.8	Inzicht in kwaliteitskosten	88
4.9	Toekomstplannen en certificering	89
4.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	92

<b>5</b>	<b>VERPLEEGHUIZEN</b>	95
5.1	Beleid en strategie	98
5.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	100
5.3	Procedures en specifieke verpleeghuisprotocollen	101
5.4	Deelsystemen en indicatoren	106
5.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	108
5.6	Participatie en inspraak van cliënten	111
5.7	Positieve en negatieve effecten	114
5.8	Inzicht in kwaliteitskosten	116
5.9	Toekomstplannen en certificering	117
5.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	121
<b>6</b>	<b>VERZORGINGSHUIZEN</b>	123
6.1	Beleid en strategie	126
6.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	128
6.3	Procedures en specifieke verzorgingshuis protocollen	129
6.4	Deelsystemen en indicatoren	134
6.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	136
6.6	Participatie en inspraak van cliënten	139
6.7	Positieve en negatieve effecten	142
6.8	Inzicht in kwaliteitskosten	144
6.9	Toekomstplannen en certificering	145
6.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	149
<b>7</b>	<b>ZIEKENHUIZEN</b>	151
7.1	Beleid en strategie	154
7.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	156
7.3	Procedures en specifieke ziekenhuis protocollen	158
7.4	Deelsystemen en indicatoren	161
7.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	164
7.6	Participatie en inspraak van patiënten	166
7.7	Positieve en negatieve effecten	168
7.8	Inzicht in kwaliteitskosten	170
7.9	Toekomstplannen en certificering	171
7.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	175
<b>8</b>	<b>GEZONDHEIDSCENTRA</b>	177
8.1	Beleid en strategie	180
8.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	182
8.3	Procedures en multidisciplinaire werkafspraken	183
8.4	Deelsystemen en indicatoren	186
8.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	188



8.6	Participatie en inspraak van patiënten/cliënten	190
8.7	Positieve en negatieve effecten	193
8.8	Inzicht in kwaliteitskosten	195
8.9	Toekomstplannen en certificering	196
8.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	199
<b>9</b>	<b>SOCIAAL PEDAGOGISCHE DIENSTEN</b>	<b>201</b>
9.1	Beleid en strategie	204
9.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	206
9.3	Procedures en specifieke protocollen in SPD-en	208
9.4	Deelsystemen en indicatoren	211
9.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	214
9.6	Participatie en inspraak van cliënten	216
9.7	Positieve en negatieve effecten	219
9.8	Inzicht in kwaliteitskosten	221
9.9	Toekomstplannen en certificering	222
9.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	225
<b>10</b>	<b>ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK</b>	<b>228</b>
10.1	Beleid en strategie	231
10.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	233
10.3	Procedures en specifieke AMW-protocollen	234
10.4	Deelsystemen en indicatoren	237
10.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	239
10.6	Participatie en inspraak van cliënten	242
10.7	Positieve en negatieve effecten	245
10.8	Inzicht in kwaliteitskosten	247
10.9	Toekomstplannen en certificering	248
10.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	251
<b>11</b>	<b>GEMEENTELIJKE GEZONDHEIDSDIENSTEN GGD</b>	<b>254</b>
11.1	Beleid en strategie	257
11.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	259
11.3	Procedures en specifieke GGD-protocollen	260
11.4	Deelsystemen en indicatoren	264
11.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	267
11.6	Participatie en inspraak van klanten(groepen)	269
11.7	Positieve en negatieve effecten	272
11.8	Inzicht in kwaliteitskosten	274
11.9	Toekomstplannen en certificering	275
11.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	279

<b>12</b>	<b>PARTICULIERE THUISZORG INSTELLINGEN BTN</b>	281
12.1	Beleid en strategie	284
12.2	Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg	286
12.3	Procedures en specifieke thuiszorg protocollen	288
12.4	Deelsystemen en indicatoren	292
12.5	Samenwerking en ketenkwaliteit	294
12.6	Participatie en inspraak van cliënten	297
12.7	Positieve en negatieve effecten	300
12.8	Inzicht in kwaliteitskosten	302
12.9	Toekomstplannen en certificering	303
12.10	Organisatiekenmerken en werkdruk	307

**BIJLAGE 1 Vragenlijst naar kwaliteitssystemen in thuiszorg-instellingen**

# 1 HANDLEIDING VOOR GEBRUIK VAN DIT TABELLENBOEK

Dit tabellenboek is een bijlage bij het rapport: Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000 (Sluijs en Wagner, 2000). Dat rapport bevat de resultaten van een grootschalig NIVEL-onderzoek naar de mate waarin kwaliteitssystemen anno 2000 in de zorgsector zijn ontwikkeld en naar de voortgang die sinds 1995 op dit terrein is geboekt.

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Het bevat gedetailleerde gegevens over elke zorgsector afzonderlijk. Per zorgsector is weergegeven welke kwaliteitsactiviteiten door de instellingen in die sector worden uitgevoerd.

Die kwaliteitsactiviteiten zijn voor een deel voor alle sectoren gelijk, bijvoorbeeld het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris of meningspeilingen onder cliënten. Daarnaast heeft elke sector specifieke activiteiten, bijvoorbeeld de visitaties van de medisch specialistische maatschappen, de indicatoren die in de GGZ worden gebruikt of de protocollen in de thuiszorg. Ook deze sectorspecifieke onderwerpen zijn in dit tabellenboek te vinden.

De gegevens in de tabellen zijn gebaseerd op 1142 vragenlijsten die waren geadresseerd aan de directies van 1739 aangeschreven zorginstellingen. De totale respons was 66%. Tabel 1 geeft de aantallen en de respons per sector.

Tabel 1 Het aantal aangeschreven instellingen en de respons in aantallen en percentages

Sector	aangeschreven (N)	respons (N)	%
Thuiszorginstellingen (LVT)	90	81	90%
Gehandicaptenzorg (VGN)	267	182	69%
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ Nederland)	248	144	59%
Verzorgingshuizen (Arcares)	294	193	66%
Verpleeghuizen (Arcares)	274	195	71%
Ziekenhuizen (NVZ)	149	101	68%
Gezondheidscentra (LVG)	115	67	58%
Sociaal Pedagogische Diensten (SOMMA)	47	28	60%
Maatschappelijk Werk Instellingen (VOG-AMW)	165	85	52%
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (LVGGD)	52	46	89%
Particuliere thuiszorginstellingen (BTN)	38	20	53%
<b>Totaal</b>	<b>1739</b>	<b>1142</b>	<b>66%</b>

In 10 (van de 11) sectoren is naar **alle** instellingen uit die sector een vragenlijst gestuurd. Alleen de gegevens van de verzorgingshuizen zijn gebaseerd op een steekproef.

In elk hoofdstuk is vermeld door wie de enquêtes in die sector zijn ingevuld (directie, kwaliteitsfunctionaris, of anderen).

De kwaliteitsactiviteiten zijn in de tabellen doorgaans in trefwoorden vermeld. In de vragenlijst was bij een aantal enquêtevragen een nadere omschrijving van de kwaliteitsactiviteiten te vinden. Zie daarvoor de vragenlijst die als voorbeeld achter in dit rapport is opgenomen.

De vragenlijsten voor elke sector zijn opgesteld in nauw overleg met vertegenwoordiger(s) van elke koepel- of branche-organisatie. Deze vertegenwoordigers hebben aangegeven welke aspecten zij belangrijk vinden voor het kwaliteitssysteem in hun sector.

De cijfers worden gepresenteerd zonder dat de onderzoekers daar een interpretatie aan geven. Ook worden in dit tabellenboek geen vergelijkingen tussen sectoren gemaakt (een en ander is wel te lezen in het eerder genoemde rapport).

Dit tabellenboek kan op verschillende manieren worden gebruikt:

- 1 Indien u een overzicht wilt hebben over uw eigen sector kunt u alleen het desbetreffende hoofdstuk van uw sector naslaan.
- 2 Indien u geïnteresseerd bent in een specifiek onderwerp, bijvoorbeeld samenwerking en ketenkwaliteit, dan kunt u in alle hoofdstukken paragraaf 5 naslaan. Bent u geïnteresseerd in bijvoorbeeld certificering, dan kunt u in alle hoofdstukken paragraaf 9 naslaan.
- 3 Indien u geïnteresseerd bent in een vergelijking tussen sectoren dan kunt u de cijfers uit de desbetreffende hoofdstukken naast elkaar zetten. Bij dergelijke vergelijkingen dient met nadruk rekening te worden gehouden met de soms grote verschillen tussen de sectoren in respons en in aantal ingevulde enquêtes. Een vergelijking tussen reguliere en particuliere thuiszorg is daarom bijvoorbeeld op basis van deze cijfers niet zinvol.

De cijfers in dit rapport kennen twee beperkingen.

Ten eerste zijn de vragenlijsten ingevuld door directie of management van de instelling. De zorgverleners in de instelling zelf zijn niet geënuquêteerd. Wij weten niet of zij dezelfde mening zijn toegedaan als de directie of het management.

Ten tweede betreffen de cijfers over de effecten van kwaliteitssystemen de door directie of het management gepercipieerde effecten. De werkelijke effecten zijn niet gemeten.

Tot slot wijzen wij erop dat de algemene stand van zaken over alle sectoren gezamenlijk te vinden is in het bij dit tabellenboek behorende rapport: Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 2000 (Sluijs en Wagner, 2000).

Over de stand van zaken bij de beroepsbeoefenaren is eveneens een rapport verschenen, getiteld: Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren 1990-2000 (Bennema, Sluijs en Wagner, 2000).

Deze twee rapporten zijn samen met dit tabellenboek in een cassette gebundeld die verkrijgbaar is bij het NIVEL.

Wij verwachten dat de lezers veel interessante en nuttige informatie in dit tabellenboek en in beide rapporten zullen vinden.

Utrecht, 24-4-2000

Emmy Sluijs  
(e.sluijs@nivel.nl)

Cordula Wagner  
(c.wagner@nivel.nl)

## **2 THUISZORGINSTELLINGEN LVT**

### **2.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

2.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	13
2.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	13
2.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	14

### **2.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

2.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	15
2.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	16
2.2.3	Prioriteiten in de na- en bijscholing	16

### **2.3 Procedures en specifieke thuiszorg protocollen: tabellen m.b.t.:**

2.3.1	Algemene protocollen en procedures	17
2.3.2	Specifieke thuiszorg protocollen	17
2.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	18
2.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	18
2.3.5	Medewerkers die betrokken zijn bij het opstellen van protocollen	19
2.3.6	Procedures voor zorgplannen	20
2.3.7	Procedures voor de primaire processen	20

### **2.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

2.4.1	Deelsystemen	21
2.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	22
2.4.3	Indicatoren voor monitoring	23

### **2.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

2.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	23
2.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	24
2.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	25

### **2.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:**

2.6.1	Participatie van klanten	26
2.6.2	Informatie aan klanten over rechtspositie	27
2.6.3	Informatie aan klanten over zorginhoudelijke zaken	27
2.6.4	Inspraak van klanten en hun organisaties	28

<b>2.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
2.7.1	Positieve effecten	29
2.7.2	Veranderingen in regelgeving	30
2.7.3	Negatieve effecten	30
<b>2.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
2.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	31
2.8.2	Kostprijsstelsel	32
<b>2.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
2.9.1	Externe beoordelingen	32
2.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	33
2.9.3	Gebuurde kwaliteitsmodellen en systemen	33
2.9.4	Anticiperen op toekomstige zorgbehoefte	34
2.9.5	Prioriteiten op de korte termijn	34
2.9.6	Prioriteiten op de lange termijn	35
<b>2.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
2.10.1	Organisatiestructuur	36
2.10.2	Werkdruk	36
2.10.3	Organisatiecultuur	37

## 2 THUISZORGINSTELLINGEN LVT

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de instellingen in de thuiszorg die lid zijn van de LVT gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 81 enquêtes die zijn ingevuld door instellingen voor thuiszorg. De respons was 90%.

Van de enquêtes is 40% ingevuld door de directie of het management van de instelling en 53% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in de instelling.

Van de instellingen meldt 73% in de vragenlijst dat de LVT contact met de instelling mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 81 respondenten = 40,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2 % van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.



## 2.1 Beleid en strategie

### 2.1.1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=81)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	-	5	94	1
Kwaliteitsjaarverslag	6	5	89	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	3	25	73	-
Productomschrijvingen	-	4	96	-
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	9	36	55	-
Kwaliteitshandboek	16	54	30	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 94% van de instellingen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 5% van de instellingen in ontwikkeling. 96% van de instellingen beschikt over productomschrijvingen.

Van de instellingen in de thuiszorg brengt 89% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 6% van de instellingen gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 30% van de instellingen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij ruim de helft van de instellingen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 2.1.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=81)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	33%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	44%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	73%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	19%
Andere voorzieningen	17%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	4%

Het meest frequent hebben instellingen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (73%). Relatief veel instellingen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (44%).

Het minst vaak is een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (19%). 4% van de instellingen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 2.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=81)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	33%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	62%
Een extern bureau of adviseur	6%
De professionele zorgverleners	14%
Directie of management	68%
Hoofden of leidinggevenden	35%
Andere personen	12%
Niemand in het bijzonder	1%

---

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 68% van de instellingen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg. In 1% van de instellingen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 2.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 2.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=81)

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers*) worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	79%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	78%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	28%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	77%
Scholing van management en leidinggevendenden	68%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	51%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	24%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	24%
<i>Sturing</i>	
Directie**) geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	69%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	54%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	46%

\*) Medewerkers staat ook voor professionals

\*\*) Directie staat ook voor leiding en management

Vier van de vijf instellingen (79%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 78% van de instellingen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig instellingen (28%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (24%).

## 2.2.2 Wordt voor verpleging en verzorging werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage instellingen dat voor verpleging en verzorging werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=81)

---

	verpleging en verzorging %
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	85%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	31%
Deelnemen aan patiëntbesprekingen	86%
Implementatie van richtlijnen	74%
Participeren in verbeterteams/projecten	58%
Intercollegiale toetsing	44%
Systematische toetsing door leidinggevendenden	26%
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	65%

---

Bij de ruime meerderheid van de instellingen wordt tijd ingeroosterd voor patiëntbesprekingen (86%) en voor vakinhoudelijke na- en bijscholing (85%). Ook voor de implementatie van richtlijnen is in driekwart van de instellingen tijd vrijgemaakt.

Relatief weinig instellingen melden dat tijd is vrijgemaakt voor systematische toetsing door leidinggevendenden (26%) en voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (31%).

## 2.1.3 Welke zorginhoudelijke aspecten hebben in 1999 de hoogste prioriteit in de na- en bijscholing?

Percentage instellingen dat de hoogste prioriteit toekent aan de volgende aspecten in de bij- en nascholing (N=81).

---

	%
Verpleegkundige handelingen	33%
Medisch technische handelingen	47%
Zorg voor specifieke doelgroepen	42%
Methodisch werken - zorgplannen	70%
Zorgcoördinatie en afstemming	36%
Transmurale zorg	25%
Andere aspecten	24%

---

Methodisch werken en het werken met zorgplannen heeft de hoogste prioriteit in 70% van de instellingen. In 25% heeft scholing in transmurale zorg hoge prioriteit.

## 2.3 Procedures en specifieke protocollen in de thuiszorg

### 2.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=81)

	%
<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichtingen	79%
Voorlichting aan de cliënt	62%
Voorbehouden handelingen	74%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	57%
Kritische momenten in het zorgproces	36%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	49%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	75%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	54%

Vier op de vijf instellingen (79%) zegt dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in de thuiszorg.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen of werkinstructies voor kritische momenten in het zorgproces (36%).

### 2.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de thuiszorg (N=81)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de klant	38%	16%
Verpleegkundige handelingen	67%	33%
Medisch technische handelingen	73%	44%
Medicijnen verstrekken	56%	21%
Infectie-preventie	69%	33%
Melding van incidenten	73%	42%
Terminale zorg	20%	9%
Handelwijze bij overlijden	28%	7%

Protocollen die in veel instellingen aanwezig zijn betreffen de medisch technische handelingen (73%, melding van incidenten (73%) en infectie preventie (69%). Relatief

weinig instellingen hebben protocollen opgesteld voor terminale zorg (20%) en de handelwijze bij overlijden (28%).

De percentages in de tweede kolom tonen dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of het protocol wordt toegepast of nageleefd.

### 2.3.3 Is er instellingsbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage instellingen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=81)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	43%
Ja, er is wel een uniforme wijze	57%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	56%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	46%
– wie het protocol heeft vastgesteld	46%
– voor wie het protocol is bedoeld	51%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	40%

43% van de instellingen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Instellingen die dat wel doen (57%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en nagenoeg altijd voor wie het protocol is bedoeld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal in 40% van de instellingen.

### 2.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

Percentage instellingen dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=81)

	%
Nee, er is geen protocollenbank	33%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	16%
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	17%
Voor de gehele instelling is er een protocollenbank	26%
Voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	38%

Een derde van de instellingen (33%) geeft aan dat er geen protocollenbank in de instelling bestaat. In 38% van de instellingen is er een protocollenbank voor de gehele instelling en bestaan er ook procedures voor het actualiseren van de protocollen. 74% van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat de zorginhoudelijke protocollen onderdeel zijn van het kwaliteitssysteem in de instelling.

### 2.3.5 Wie zijn betrokken bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen?

Percentage instellingen waarbij de volgende functionarissen betrokken zijn bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen (N=81)

	%
Hoofden of leidinggevenden	80%
Verpleegkundigen	69%
Verzorgenden - helpenden	67%
Stafverpleegkundige	61%
Kwaliteitsfunctionaris	62%
Anderen	19%

Hoofden en leidinggevenden zijn in 80% van de instellingen betrokken bij het opstellen van protocollen en richtlijnen. Daarnaast zijn het vaak de verpleegkundigen die daarbij betrokken zijn (in 69% van de instellingen) en verzorgenden en helpenden (67%).

### 2.3.6 Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor zorg- of begeleidingsplannen en wat is daarin geregeld?

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorg- en begeleidingsplannen (N=81)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	4%
Ja, er is er wel een systeem voor zorgplannen/dossiers	94%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	93%
- welke kwalificatieniveaus voor de zorgverlening zijn vereist	74%
- het opstellen van het zorgplan in samenspraak met de klant	74%
- welke afspraken zijn gemaakt (aard, omvang, frequentie van de zorg)	90%
- de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd	77%
- de wijze waarop de verleende zorg wordt geregistreerd	78%
- de taakverdeling en afstemming met andere professionals	70%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de klant plaatsvindt	73%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	38%

Nagenoeg alle instellingen in de thuiszorg zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de ruime meerderheid van de instellingen.

Ruim een derde van de instellingen (38%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.

### 2.3.7 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.

Percentage instellingen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=81)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	17%
Ja, er zijn wel procedures	83%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- intake (op basis van de indicatiestelling door het RIO)	74%
- de zorg- of dienstverleningsprocessen zelf	74%
- beëindiging van de zorg- of dienstverlening	65%

Volgens 74% van de instellingen is in procedures vastgelegd hoe de aanmelding en de intake van de cliënt verloopt.

De wijze waarop de afsluiting van de zorg of dienstverlening plaatsvindt is in 65% van de instellingen in procedures geregeld.



## 2.4 Deelsystemen en indicatoren

### 2.4.1 Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=81)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	5	52	43	-
Commissies (infecties, FONA, enz.)	42	22	35	1
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	33	57	10	-
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	70	17	6	6
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	14	36	51	-
Klachtenregistratie/behandeling	6	42	52	-
Management informatiesysteem	11	58	30	-
Interne audits	46	31	24	-
Interinstitutionele toetsing/visitatie	90	6	4	-
Benchmarking	7	48	44	-
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familierraad	11	42	47	-
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	9	48	43	-
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	27	58	15	-
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	72	24	4	1
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	67	28	4	1
Behoeftesonderzoek verwijzers	79	19	1	1

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de klachten (52%) en de functioneringsgesprekken (51%). Ook de resultaten van het periodieke overleg met de cliëntenraad (47%) en van (evaluatie van) de zorgplannen (43%) worden in bijna de helft van de instellingen systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 65% van de instellingen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. Doorgaans betreft dat een of twee verbeterprojecten. 47% van de instellingen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd. Eén instelling maakt melding van 15 kwaliteitsprojecten in 1999.

#### 2.4.2 Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=81)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder cliënten	86%
Meningspeilingen onder medewerkers	77%
Exitinterviews onder cliënten	22%
Exitinterviews onder medewerkers	33%
Opvattingen van de cliëntenraad	83%
Opvattingen van ketenpartners	61%
Opvattingen van de financier	83%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	32%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	54%
Resultaten van benchmarking	84%

De opvattingen van cliënten (86%) en van de cliëntenraad (83%) worden door veel instellingen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Dat geldt ook voor de resultaten van benchmarking (84%) en voor het overleg met de zorgverzekeraar c.q. de financier (83%)

Relatief weinig instellingen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (22%) en dat geldt ook voor resultaten van interne toetsingen (32%).

### 2.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=81)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	6%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	93%
<i>Namelijk voor:</i>	
- evaluaties van zorgplannen	49%
- overzichten van noodzakelijk geachte zorg versus gerealiseerde zorg	48%
- wachtlijsten/tijden	70%
- ziekte en verloop van medewerkers	82%
- incidenten	70%
- klachten	90%
- andere indicatoren	11%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de klachtenregistratie (90%) direct gevolgd door gegevens over ziekte en verloop van medewerkers (82%).

Weinig instellingen (11%) hebben aangegeven dat ook nog andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 2.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 2.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?

Percentage instellingen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=81)

	%
<i>Management en professionals.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	6%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	24%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	64%
Andere vormen	4%

In twee derde van de instellingen wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners.

Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (6%).

### 2.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage instellingen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=81)

---

	%
Huisartsen	67%
Ziekenhuis	75%
Verpleeghuis	72%
Verzorgingshuizen	78%
RIAGG	44%
Meerdere partners over transmurale zorg	73%

---

De meest genoemde samenwerkingpartners voor de thuiszorginstellingen zijn de verzorgingshuizen, de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. Minder vaak is er structureel overleg met de RIAGG (44%).

**2.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)?**

Percentage instellingen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=81).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	58%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	41%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	22%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	35%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	15%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	11%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	10%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	6%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	4%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	1%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	3%

Van de instellingen geeft 58% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt dan gebeurt dat het meest frequent via het hanteren van gezamenlijke protocollen voor de overdracht van de cliënt (35%) en via het formuleren van een gemeenschappelijke visie op de zorgverlening (22%).

Minder vaak wordt gemeld dat bij transmurale zorg de verantwoordelijkheden expliciet zijn toebedeeld (11%).

Van de instellingen heeft 17% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 10% van de instellingen noemt drie tot zeven zorgketens en 4% van de instellingen maakt melding van 10 of 11 zorgketens c.q. transmurale zorg met een gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking.

## 2.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 2.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage instellingen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=81)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*)	cliënten- organi- saties**)	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	7	51	10	21	11
Ontwikkelen van normen of criteria	31	32	11	4	22
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	27	38	10	5	20
Participatie in (kwaliteits)commissies	41	28	6	1	24
Opstellen van protocollen of standaarden	48	14	6	-	32
Participatie in verbeterprojecten	41	19	9	4	28

\*) of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\*) of consumentenorganisaties

De helft van de instellingen (51%) betreft de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

Minder vaak wordt de cliëntenraad betrokken bij het evalueren van de mate waarin de gestelde kwaliteitsdoelen zijn gehaald (38%). Van de instellingen meldt circa 10% dat (ook) cliëntenorganisaties, bijvoorbeeld een RP/CP betrokken zijn bij de kwaliteitszorg.

### 2.6.2 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan nieuwe klanten over hun rechtspositie?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe klanten verstrekt over hun rechtspositie (N=81)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	9%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	90%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	43%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	89%
- de privacy-bescherming	89%
- de cliëntenraad	61%

90% van de instellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (89%) en informatie over de privacy bescherming (89%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (43%).

### 2.6.3 Over welke van de hierna volgende zaken verstrekt uw thuiszorginstelling standaard informatie aan klanten?

Percentage instellingen dat standaard informatie aan klanten verstrekt (N=81)

	%
Over inspraakmogelijkheden voor de klant	46%
Over het productaanbod en de leveringsvoorwaarden	94%
Over de continuïteit in doorlooptijd en personen	42%
Over de naam van de toegewezen zorgcoördinator/aanspreekpersoon	85%

94% van de instellingen verstrekt standaard informatie aan cliënten omtrent het productaanbod en de leveringsvoorwaarden. 85% van de instellingen verstrekt standaard informatie over de naam van de toegewezen zorgcoördinator of aanspreekpersoon. Minder vaak wordt standaard informatie gegeven over de continuïteit van de zorg in doorlooptijd en betrokken personen (42%).

## 2.6.4 Op welke wijze hebben klanten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage instellingen waarin klanten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=81)

---

### *Individueel niveau*

Klanten worden betrokken bij het opstellen van het hulpverleningsplan	79%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de klant gevraagd	41%

### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	88%
De directie heeft zich verplicht aanbevelingen van de cliëntenraad op te pakken	49%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	70%

### *Cliëntenorganisaties/ouderenbonden enz.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	70%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	30%
De directie heeft zich verplicht aanbevelingen van deze organisaties op te pakken	25%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	37%

### *Benchmarking*

Via benchmarking worden oordelen van klanten verkregen	90%
Deze oordelen worden voor bijsturing gebruikt	78%

---

In 90% van de instellingen zijn oordelen van klanten verkregen via het benchmarkingsonderzoek. In nagenoeg alle instellingen is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad (88%) en hebben cliënten inspraak in het zorgplan of begeleidingsplan (79%).

Het komt relatief vaak voor dat instellingen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie, bijvoorbeeld door een RP/CP (30%).



## 2.7 Positieve en negatieve effecten

### 2.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=81)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de klantgerichtheid	16	78	3	4
Toename van tevredenheid van gebruikers	14	83	-	4
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	6	84	5	5
Toename van de inzet van de medewerkers	17	61	16	6
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	15	75	6	4
Betere profilering van de instelling	20	79	-	1
Toename van tevredenheid van externe partijen	14	83	3	1
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	28	70	-	1
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	20	77	1	2
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	19	62	12	7
Kostenbesparing in de eigen instelling	9	51	30	11
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	26	38	35

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig instellingen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (28%). Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (9%).

Wel verwachten de instellingen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 2.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=81)

	% instellingen
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	80%
Formalisering van regels en procedures	69%
Bewaking van regels en procedures	64%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	54%
Betere toetsing van regels en procedures	49%
Verwijdering van regels en procedures	36%

In 80% van de instellingen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in twee derde van de instellingen (64%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden instellingen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (36%).

### 2.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=81)

	% instellingen
De werkdruk is toegenomen	27%
De kosten zijn gestegen	25%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	1%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	-
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	47%

In een kwart van de instellingen (27%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen in 25% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg kosten met zich mee.

Er zijn geen instellingen die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 2.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 2.8.1 Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage instellingen dat wel/geen inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=81)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	74%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	31%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	27%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	15%
Geen inzicht in verbeterkosten	17%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	32%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	20%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	56%
Interne beoordelingen/interne audits	16%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	7%
Registratie van incidenten/complicaties	3%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	24%
Geen inzicht in beoordelingskosten	28%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	28%
Claims/schadevergoedingen	31%
Verlenging van behandelduur	3%
Verspilling van materiaal	-
Dubbel werk/inefficiënt werk	5%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	-
Geen inzicht in herstelkosten	63%

74% van de instellingen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 31% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel instellingen hebben inzicht in beoordelingskosten i.v.m. certificering (56%). Minder vaak melden instellingen inzicht te hebben in herstelkosten.

Ruim de helft van de instellingen (61%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 31% van de instellingen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**2.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw instelling gewerkt met een kostprijsstelsel?**

Percentage instellingen met een kostprijsstelsel (N=81)

	%
Onbekend	7%
Nee	30%
Ja	63%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)	30%
- de kosten per product (bijv. dagbehandeling,, maaltijdvoorziening)	52%
- de kosten voor het totale zorg/dienstverleningsproces per cliëntencategorie	11%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg/dienstverleningsproces	16%

Er zijn meer instellingen die wel met een kostprijsstelsel werken als instellingen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten per product berekend (52%).

Het minst frequent worden de kosten van zorgprocessen berekend en de kosten van alle verrichtingen binnen dat zorgproces.

## 2.9 Toekomstplannen en certificering

**2.9.1 Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage instellingen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=81)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	5%	4%
Met behulp van toetsing georganiseerd door de LVT	90%	35%
Door een cliëntenorganisatie of RP/CP	27%	16%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	16%	26%
Andere vormen van beoordeling	11%	10%

90% van de instellingen is reeds beoordeeld via een toetsing door de LVT. 27% van de instellingen is door een cliëntenorganisatie (bijvoorbeeld een RP/CP) beoordeeld. Meer

instellingen (26%) streven de komende jaren naar een vorm van externe beoordeling door een onafhankelijk instituut dan naar een beoordeling door een cliëntenorganisatie (16%).

### 2.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage instellingen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=81)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een kwaliteitskeurmerk/-label van de LVT	1	4	78	17
Een HKZ-certificaat	9	47	3	42
Een ISO-certificaat	17	7	6	69
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	7	-	93

78% van de instellingen bezit inmiddels een kwaliteitskeurmerk van de LVT. Bijna de helft van de instellingen (47%) werkt aan het behalen van een HKZ-certificaat. Een minderheid van de instellingen werkt aan het behalen van een ISO-certificaat.

### 2.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=81)

	%
LVT - Lidmaatschapseisen	82%
HKZ - Certificatieschema Thuiszorginstellingen van de HKZ	58%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	19%
ISO - International Standards of Organization	19%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	26%
MIK-V - Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen	6%
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	21%
Anders	1%

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem vormen de lidmaatschapseisen van de LVT. Veel gebruikt is ook het HKZ-certificatie schema voor thuiszorginstellingen (58%). Er wordt nauwelijks melding gemaakt van andere dan in de tabel genoemde modellen.

Tweederde van de instellingen 65% (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt. 12% van de instellingen heeft voor twee systemen gekozen.

#### 2.9.4 Anticipeert uw instelling op nieuwe zorgbehoeften in de samenleving?

Percentage instellingen dat niet of wel anticipeert op nieuwe zorgbehoeften (N=81)

	%
Nee	5%
Ja, wij gaan na aan welke nieuwe producten behoefte is	52%
Ja, wij vernieuwen de wijze waarop bestaande producten worden geleverd	47%
Ja, wij werken toe naar vraaggestuurde zorg	58%
Ja, wij werken toe naar belevingsgerichte zorg	26%

Nagenoeg alle instellingen melden dat zij anticiperen op nieuwe zorgbehoeften in de samenleving. Het meest genoemd is het toewerken naar vraaggestuurde zorg (58%). Een kwart van de instellingen (26%) werkt aan belevingsgerichte zorg.

#### 2.9.5 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=81).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	64%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	61%
Opstellen van protocollen of procedures	46%
Regionale afstemming en samenwerking	47%
Scholing in kwaliteitszorg	43%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	35%
Afstemming van zorgprocessen intern	37%
Interne toetsingen c.q. audits	37%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	41%
Externe beoordeling of certificering	21%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (64%) en het consequent (gaan) werken volgens de kwaliteitscyclus (61%).

21% van de instellingen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

### 2.9.6 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=81).

---

	%
<hr/>	
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	46%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	36%
Medewerkers (werving en scholing)	35%
Vraag gerichtheid en klantgerichtheid	30%
Kwaliteitszorg algemeen	28%
Product vernieuwing of uitbreiding	9%
Fusie of de nasleep daarvan	2%

---

In een open vraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen. Voor 46% van de instellingen is samenwerking met andere zorgaanbieders het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld in het kader van transmurale zorg, ketenzorg of samenwerking in de regio. In ruim eenderde van de instellingen (35%) is het personeel het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld werving, sociaal beleid en scholing.

Kwaliteitszorg is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 28% van de instellingen.

## 2.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 2.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=81)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

---

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,4
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	2,8
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,2
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,8
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	3,9
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	3,6
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,7

---

Relatief veel instellingen geven aan dat de besluitvorming in de instelling centraal geregeld is en niet decentraal. De communicatie wordt als meer als informeel dan als formeel bestempeld.

### 2.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=81)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

---

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	2,7
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,7
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft te veel onvervulbare vacatures	3,8
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,0
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart te veel concurrentie	4,7
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	2,5

---

Relatief veel instellingen zijn het eens met de stelling dat het ziekteverzuim in de instelling te hoog is, dat er te veel mensen op de wachtlijst staan en dat de werkdruk te hoog is. Relatief weinig respondenten vinden dat de instelling te veel concurrentie ervaart.



**2.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage instellingen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=81)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	5%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	47%
- een formele en gestructureerde instelling	7%
- een productiegerichte instelling	41%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	9%
- staat open voor veranderingen	48%
- benadrukt de regels	12%
- is meer coach en coördinator	30%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	21%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	26%
- zijn formele regels en afspraken	3%
- is het goed vervullen van je taken	52%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	47%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	12%
- continuïteit en stabiliteit	31%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	10%

Meer dan de helft van de instellingen (52%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel thuiszorginstellingen hebben zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (47%), waarbij de leiding open staat voor veranderingen (48%) en waar de waarde van het personeel en het belang van scholing wordt benadrukt (47%).

Weinig instellingen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

### **3 GEHANDICAPTENZORG**

#### **3.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

3.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	41
3.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	41
3.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	42

#### **3.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

3.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	43
3.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	44

#### **3.3 Procedures en specifieke protocollen in de gehandicaptenzorg: tabellen m.b.t.**

3.3.1	Algemene protocollen en procedures	44
3.3.2	Specifieke protocollen in de gehandicaptenzorg	45
3.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	46
3.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	46
3.3.5	Vakinhoudelijke protocollen in de gehandicaptenzorg	47
3.3.6	Procedures voor zorg- en begeleidingsplannen	47
3.3.7	Procedures voor de primaire processen	48

#### **3.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

3.4.1	Deelsystemen	49
3.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	50
3.4.3	Indicatoren voor monitoring	51

#### **3.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

3.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	51
3.5.2	Multidisciplinaire samenwerking in de instelling	52
3.5.3	Structureel overleg met ketenpartners	53
3.5.4	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	54

#### **3.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:**

3.6.1	Participatie van cliënten	55
3.6.2	Voorlichting aan cliënten	56
3.6.3	Inspraak van cliënten	57

<b>3.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
3.7.1	Positieve effecten	58
3.7.2	Veranderingen in regelgeving	59
3.7.3	Negatieve effecten	59
<b>3.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
3.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	60
3.8.2	Kostprijsstelsel	61
<b>3.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
3.9.1	Externe beoordelingen	61
3.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	62
3.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	63
3.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	64
3.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	65
<b>3.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
3.10.1	Organisatiestructuur	66
3.10.2	Werkdruk	66
3.10.3	Organisatiecultuur	67

### 3 GEHANDICAPTENZORG

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de instellingen in de gehandicaptenzorg gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 182 enquêtes die zijn ingevuld door instellingen voor gehandicaptenzorg. De respons was 69%.

Van de instellingen maakt 56% deel uit van een zorggroep of stichting.

Van de enquêtes is 59% ingevuld door de directie of het management van de instelling en 37% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in de instelling.

De meeste instellingen (73%) verlenen zorg en begeleiding aan mensen met een verstandelijke handicap. 28% van de instellingen is (mede) gericht op mensen met een lichamelijke handicap. 17% van de instellingen verleent zorg aan gehandicapte jeugdigen en 10% van de instellingen verleent zorg en begeleiding aan mensen met een zintuiglijke handicap.

Van de instellingen meldt 71% in de vragenlijst dat de VGN contact met de instelling mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 182 respondenten = 91 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2 % van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

### 3.1 Beleid en strategie

#### 3.1.1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=182)

	nee	i.o.	ja	missing	
Missie of visie op schrift		1	6	93	-
Kwaliteitsjaarverslag		11	15	74	-
Kwaliteitsbeleid op schrift		8	43	47	2
Productomschrijvingen		13	42	43	1
Kwaliteitswerkplan voor de instelling		15	46	37	1
Kwaliteitshandboek		32	50	17	1

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 93% van de instellingen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 6% van de instellingen in ontwikkeling. 1% heeft nog geen missie of visie geformuleerd.

Driekwart van de instellingen in de gehandicaptenzorg (74%) brengt een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 11% van de instellingen gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek. 17% van de instellingen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij precies de helft van de instellingen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

#### 3.1.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=182)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	17%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	40%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	58%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	9%
Andere voorzieningen	17%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	16%

Het meest frequent hebben instellingen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld (58%). Relatief veel instellingen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (40%).

Het minst vaak is een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (9%). 16% van de instellingen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 3.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=182)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	34%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	47%
Een extern bureau of adviseur	4%
De professionele zorgverleners	19%
Directie of management	79%
Hoofden of leidinggevenden	38%
Andere personen	9%
Niemand in het bijzonder	3%

---

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 79% van de instellingen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 3% van de instellingen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 3.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 3.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=182)

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	81%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	78%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	26%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	74%
Scholing van management en leidinggevenden	68%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	43%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	40%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	12%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	57%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	52%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	41%

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Vier van de vijf instellingen (81%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 78% van de instellingen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig instellingen (26%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (12%).

### 3.2.2 Is er voor begeleiders en of voor de verzorgenden werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage instellingen dat voor begeleiders en of de verzorgenden werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=182)

	begeleiders	verzorgenden
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>		
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	89%	48%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	42%	21%
Multidisciplinaire bewonersbesprekingen	86%	39%
Intervisie en/of supervisie	52%	18%
Interne studiedagen of themabesprekingen	91%	47%
Participeren in verbeterteams/projecten	43%	19%
Intercollegiale toetsing	24%	9%
Systematische toetsing door leidinggevenden	46%	21%
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	55%	26%

In zijn algemeenheid blijkt dat instellingen vaker tijd voor kwaliteitszorg vrijmaken voor begeleiders dan voor verzorgenden. Voor begeleiders wordt het meest frequent melding gemaakt van tijd voor interne studiedagen en themabesprekingen (91%). Voor verzorgenden wordt het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing het meest frequent genoemd (48%), direct gevolgd door interne studiedagen (47%).

Relatief weinig instellingen maken melding van intercollegiale toetsing door begeleiders of verzorgenden.

### 3.3 Procedures en specifieke protocollen in de gehandicaptenzorg

#### 3.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=182)

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichting (m.b.t. ondersteuning of begeleiding)	81%
Voorlichting aan de cliënt	25%
Voorbehouden handelingen	76%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	55%
Kritische momenten in het zorgproces	49%
Specifieke doelgroepen	24%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	55%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	24%



Vier van de vijf instellingen (81%) zeggen dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor specifieke ondersteunings- of begeleidingsactiviteiten. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in de gehandicaptenzorg.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen of werkinstructies betreffende de samenwerking met andere zorgaanbieders (24%) of betreffende de voorlichting aan de cliënt (25%).

### 3.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de gehandicaptenzorg (N=182)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Rapportage en dossiervorming	80%	34%
Bejegening en communicatie	37%	15%
Medicatiebeheer en medicatiedistributie	82%	42%
Veiligheid (bijv. m.b.t. epilepsie)	58%	28%
Melding van incidenten of FOBO	86%	56%
Omgaan met klachten van cliënten	92%	46%
Handelen bij (vermoeden van) seksueel misbruik	91%	37%
Middelen en maatregelen	60%	34%
Bepalen van wilsonbekwaamheid	17%	7%
Medische beslissingen rond het levenseinde	29%	13%
Handelwijze bij overlijden	74%	26%

Protocollen die in bijna alle instellingen aanwezig zijn betreffen de wijze waarop omgegaan moet worden met klachten van cliënten (92%) en de wijze waarop gehandeld dient te worden bij vermoeden van seksueel misbruik (91%).

Het minst vaak hanteren instellingen protocollen voor het vaststellen van wilsonbekwaamheid van cliënten (17%).

De naleving van protocollen wordt relatief weinig onderzocht. In zijn algemeenheid blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt onderzocht of het protocol wordt toegepast dan wel nageleefd.

### 3.3.3 Is er instellingsbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage instellingen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=182)

---

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	66%
Ja, er is wel een uniforme wijze	33%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	33%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	26%
– wie het protocol heeft vastgesteld	28%
– voor wie het protocol is bedoeld	30%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	24%

---

Tweederde van de instellingen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Instellingen die dat wel doen (33%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en nagenoeg altijd voor wie het protocol is bedoeld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 24% van de instellingen.

### 3.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

Percentage instellingen dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=182)

---

	%
Nee, er is geen protocollenbank	47%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	19%
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	4%
Voor de gehele instelling is er een protocollenbank	28%
Voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	19%

---

Bijna de helft van de instellingen (47%) geeft aan dat er geen protocollenbank in de instelling bestaat. In 28% van de instellingen is er wel een protocollenbank voor de gehele instelling.

Minder instellingen (19%) melden dat er een procedure wordt gehanteerd voor het actualiseren van protocollen.

**3.3.5 Werken hulpverleners met vakinhoudelijke protocollen voor begeleiding van of zorg aan bepaalde categorieën cliënten? Zo ja, kunt u daarvan enkele voorbeelden geven?**

Percentage instellingen dat beschikt over vakinhoudelijk protocollen in de gehandicaptenzorg (N=182)

	%
Nee, er zijn geen vakinhoudelijke protocollen	38%
Ja, er zijn wel vakinhoudelijke protocollen	56%

Ruim de helft van de instellingen geeft aan dat door hulpverleners (een of meerdere) vakinhoudelijke protocollen voor de zorg of begeleiding worden gehanteerd.

**3.3.6 Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor zorg- of begeleidingsplannen en wat is daarin geregeld?**

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorg- en begeleidingsplannen (N=182)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	2%
Ja, op instellingsniveau is er wel een systeem voor zorgplannen	97%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	95%
- de betrokkenheid van de cliënt bij het zorg/plan	91%
- de disciplines en middelen die worden ingezet	87%
- de communicatie rond het zorgplan	89%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de cliënt plaatsvindt	91%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	66%

Nagenoeg alle instellingen in de gehandicaptenzorg zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de ruime meerderheid van de instellingen.

Tweederde van de instellingen (66%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.

**3.3.7 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage instellingen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=182)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	20%
Ja, er zijn wel procedures	79%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- aanmelding en intake	75%
- uitvoering van de zorg- of dienstverlening	69%
- afsluiting van de zorg- of dienstverlening	49%

Volgens 75% van de instellingen is in procedures vastgelegd hoe de aanmelding en de intake van de cliënt verloopt.

De wijze waarop de afsluiting van de zorg of dienstverlening plaatsvindt is minder vaak in procedures geregeld (49).

### 3.4 Deelsystemen en indicatoren

#### 3.4.1 Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=182)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	1	19	79	1
Commissies (infecties, FONA, enz.)	20	21	56	2
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	38	48	10	4
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	52	30	15	3
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	5	30	64	1
Klachtenregistratie/behandeling	23	41	35	1
Management informatiesysteem	50	38	10	2
Interne audits	51	38	9	2
Interinstitutionele toetsing/visitatie	77	16	4	3
Benchmarking	58	34	6	2
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familierraad	3	36	59	2
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	25	45	28	2
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	37	37	24	2
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	83	13	2	2
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	60	34	5	1
Behoeftesonderzoek verwijzers	79	16	2	3

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de zorg- of begeleidingsplannen, namelijk in 79% van de instellingen. Volgens ruim de helft van de instellingen vormen ook de commissies, de functioneringsgesprekken en het periodieke overleg met de cliëntenraad een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem.

Bij de meeste andere deelsystemen blijkt dat (nog) niet het geval te zijn. De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 55% van de instellingen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. In 20% van de instellingen waren in 1999 een of twee verbeterprojecten in uitvoering. 28% van de instellingen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd. 5% heeft meer dan 10 projecten uitgevoerd. Eén instelling maakt melding van 20 kwaliteitsprojecten in 1999.

### 3.4.2 Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en -bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=182)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder cliënten	60%
Meningspeilingen onder medewerkers	54%
Exitinterviews onder cliënten	14%
Exitinterviews onder medewerkers	53%
Opvattingen van de cliëntenraad	91%
Opvattingen van ketenpartners	30%
Opvattingen van de financier	72%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	34%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	19%

De opvattingen van de cliëntenraad worden door 91% van de instellingen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Daarna volgen de opvattingen van de financier, die door 72% van de instellingen voor dat doel worden gebruikt.

Relatief weinig instellingen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (14%) en datzelfde geldt voor gegevens uit externe toetsingen of visitaties (19%).

### 3.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=182)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	14%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	84%
<i>Namelijk voor:</i>	
- het aantal zorgplannen in relatie tot het aantal cliënten	51%
- kwalitatieve controle van zorgplannen (bijv. ZIP-methode)	40%
- toegangstijden/wachtlijsten	25%
- ziekte en verloop van medewerkers	74%
- FOBO-registratie	74%
- klachten	79%
- andere indicatoren	9%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de klachtenregistratie (79%) direct gevolgd door gegevens over ziekte en verloop van medewerkers en de FOBO-gegevens (74%).

Weinig instellingen (9%) hebben aangegeven dat andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 3.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 3.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van bijvoorbeeld begeleiders, pedagogen enz.)?

Percentage instellingen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=182)

	%
<i>Management en begeleiders/pedagogen enz.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	3%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	28%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	56%
Andere vormen	9%

In ruim de helft van de instellingen (56%) wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners. Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (3%) zonder naar afstemming te streven.

### 3.5.2 Op welke wijze is de multidisciplinaire samenwerking intern in uw organisatie geregeld?

Percentage instellingen dat de multidisciplinaire samenwerking in de instelling op de volgende wijze heeft geregeld (N=182)

	%
<i>Multidisciplinaire zorg/begeleidingsplannen</i>	
- zorg/begeleidingsplannen worden multidisciplinair opgesteld	91%
- zorg/begeleidingsplan worden multidisciplinair geëvalueerd	84%
<i>Samenwerking tussen disciplines</i>	
- de samenwerking tussen de verschillende disciplines is schriftelijk geregeld (begeleiders, medici, paramedici, gedragswetenschappers etc)	54%
- de samenwerking tussen de verschillende disciplines wordt periodiek geëvalueerd	42%
<i>Samenwerking tussen sectoren.</i>	
- de samenwerking tussen de verschillende sectoren is schriftelijk geregeld (dagbesteding, wonen, werken, onderwijs etc.)	39%
- de samenwerking tussen de verschillende sectoren wordt periodiek geëvalueerd	40%

Bijna alle instellingen (91%) rapporteren dat de zorg- of begeleidingsplannen multidisciplinair worden opgesteld en doorgaans ook in multidisciplinair overleg worden geëvalueerd (84%).

Het minst vaak wordt de samenwerking tussen de verschillende sectoren (dagbesteding, wonen, onderwijs) schriftelijk geregeld en geëvalueerd (40%).



### 3.5.3 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage instellingen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=182)

	%
<i>Gezondheidszorg</i>	
Andere instellingen in de gehandicaptenzorg	91%
Eerstelijns gezondheidszorg (o.a. huisartsen)	33%
Thuiszorg	31%
Ouderenzorg	23%
Geestelijke gezondheidszorg	37%
<i>Overig</i>	
Regulier onderwijs	14%
Speciaal onderwijs	58%
Kinderdagverblijven	26%
Peuterspeelzalen	13%
Woningbouwverenigingen	50%
Arbeidsbemiddeling/-integratie	52%
Anderen	18%

De meest genoemde samenwerkingspartner (in de gezondheidszorg) zijn andere instellingen in de gehandicaptenzorg, zo meldt 91% van de instellingen.

In de onderwijssector wordt het meest samengewerkt met het speciaal onderwijs, namelijk door 58% van de instellingen.

Bijna even vaak werken instellingen in de gehandicaptenzorg samen met arbeidsbemiddelingsorganisaties (52%) en woningbouwverenigingen (50%).

Weinig instellingen melden dat structureel overleg plaatsvindt met het reguliere onderwijs of met peuterspeelzalen.

### 3.5.4 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage instellingen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=182).

---

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	70%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	26%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	17%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	4%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	12%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	10%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	4%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	3%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	10%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	4%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	3%

---

Van de instelling geeft 70% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens (of acht men dit niet van toepassing).

Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt dan gebeurt dat het meest frequent via het formuleren van een gemeenschappelijke visie (27%) en via gemeenschappelijk overleg om de kwaliteit te evalueren (12%).

Minder vaak wordt gemeld dat bij transmurale zorg de verantwoordelijkheden expliciet zijn toebedeeld (10%).

### 3.6 Participatie en inspraak van cliënten

#### 3.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage instellingen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=182)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	11	71	3	2	13
Ontwikkelen van normen of criteria	30	48	3	3	15
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	29	39	2	3	27
Participatie in (kwaliteits)commissies	26	42	4	2	26
Opstellen van protocollen of standaarden	29	50	3	3	15
Participatie in verbeterprojecten	30	40	2	1	27

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of ouderverenigingen

Bijna driekwart van de instellingen (71%) betreft de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

Minder vaak wordt de cliëntenraad betrokken bij het evalueren van de mate waarin de gestelde kwaliteitsdoelen zijn gehaald (39%).

Weinig instellingen (circa 5%) melden dat (ook) cliëntenorganisaties of ouderverenigingen betrokken zijn bij de kwaliteitszorg.

### 3.6.2 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie aan cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=182)

---

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	18%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	81%
<i>Namelijk over:</i>	
- de zorgverleningsovereenkomst	67%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	76%
- privacy-reglement	54%
- de cliëntenraad	71%
- de vertrouwenspersoon	51%
- het verbod op ongewenste intimiteiten	47%
- andere informatie	8%

---

81% van de instellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (76%) en informatie over de cliëntenraad (71%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het verbod op ongewenste intimiteiten (47%).

### 3.6.3 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage instellingen waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=182)

---

#### *Individueel niveau*

Cliënten hebben inspraak in het zorg of begeleidingsplan	94%
Periodiek wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	52%

#### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	97%
Aanbevelingen cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	82%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	81%

#### *Cliëntenorganisaties/ouderverenigingen enz.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	39%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	9%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	18%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	14%

---

In nagenoeg alle instellingen is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad (97%) en hebben cliënten inspraak in het zorgplan of begeleidingsplan (94%).

Het komt (nog) niet vaak voor dat instellingen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie, bijvoorbeeld door een RP/CP of oudervereniging (9%).

### 3.7 Positieve en negatieve effecten

#### 3.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=182)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de klantgerichtheid	30	65	1	4
Toename van tevredenheid van gebruikers	21	71	3	5
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	11	76	6	7
Toename van de inzet van de medewerkers	17	62	13	8
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	17	69	9	5
Betere profilering van de instelling	13	79	3	5
Toename van tevredenheid van externe partijen	10	79	4	7
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	32	64	1	3
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	17	78	2	3
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	10	57	24	9
Kostenbesparing in de eigen instelling	4	31	54	11
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	15	59	25

De eerste kolom laat zien dat minder dan de helft van de instellingen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg heeft bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (32%). Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (4%).

Wel verwachten de instellingen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

**3.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=182)

	% instellingen
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	68%
Formalisering van regels en procedures	48%
Bewaking van regels en procedures	57%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	54%
Betere toetsing van regels en procedures	42%
Verwijdering van regels en procedures	28%

In ruim tweederde van de instellingen (68%) is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in ruim de helft van de instellingen (57%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden instellingen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (28%).

**3.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden ten gevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=182)

	% instellingen
De werkdruk is toegenomen	49%
De kosten zijn gestegen	27%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	11%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	3%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	34%

In bijna de helft van de instellingen (49%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen.

Weinig instellingen (3%) zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

### 3.8 Inzicht in kwaliteitskosten

#### 3.8.1 Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage instellingen dat wel/niet inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	63%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	31%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	30%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	13%
Geen inzicht in verbeterkosten	29%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	15%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	14%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc.)	3%
Interne beoordelingen/interne audits	9%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	3%
Registratie van incidenten/complicaties	20%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	4%
Geen inzicht in beoordelingskosten	63%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	20%
Claims/schadevergoedingen	14%
Verlenging van verblijfs- of behandelduur	2%
Verspilling van materiaal	6%
Dubbel werk/inefficiënt werk	7%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	8%
Geen inzicht in herstelkosten	69%

63% van de instellingen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 31% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Weinig instellingen hebben inzicht in beoordelingskosten en in herstelkosten.

Wel meldt ruim de helft van de instellingen (57%; niet in de tabel) dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 21% van de instellingen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.



**3.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw instelling gewerkt met een kostprijsstelsel?**

Percentage instellingen met een kostprijsstelsel (N=182)

	%
Onbekend	13%
Nee	41%
Ja	43%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, cluster wonen)	28%
- de kosten per product (bijv. dagbesteding, maaltijdvoorziening)	29%
- de kosten voor het totale zorg/dienstverleningsproces per cliëntencategorie	18%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg-/dienstverleningsproces	14%

Er zijn bijna evenveel instellingen die wel met een kostprijsstelsel werken als instellingen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten per dienst en/of per product berekend (29%).

Het minst frequent worden de kosten van zorgprocessen berekend en de kosten van alle verrichtingen binnen dat zorgproces (14%).

**3.9 Toekomstplannen en certificering**

**3.9.1 Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage instellingen die reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=182)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	18%	24%
Met behulp van visitatie door de koepelorganisatie	2%	15%
Door een cliëntenorganisatie (bijv. FvO, Gehandicaptenraad)	9%	14%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	3%	18%
Andere vormen van beoordeling	12%	8%

Er zijn meer instellingen die de komende drie jaar streven naar een vorm van externe beoordeling dan instellingen die de afgelopen jaar extern zijn beoordeeld. Het meest frequent wordt een vorm van interinstitutionele toetsing genoemd.

### 3.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage instellingen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=182)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een kwaliteitskeurmerk/-label van de koepel-organisatie	56	20	-	24
Een HKZ-certificaat	57	10	-	33
Een ISO-certificaat	59	4	1	36
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	5	1	94

Ruim de helft van de instellingen werkt niet aan het behalen van een keurmerk of certificaat en een kwart tot een derde heeft deze vraag niet ingevuld (missing).

1% van de instellingen bezit een ISO-certificaat en 4% werkt aan het behalen van een dergelijk certificaat.

**3.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?**

Percentage instellingen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=182)

		%
VGN	- Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg MKG (concept, 1998)	76%
VGN	- Herkenbare Kwaliteit	24%
VGN/NIZW	- Cliënt in beeld: Instrument cliëntenraadpleging.	18%
FvO	- Kwaliteitsstandaarden van de Federatie van Ouderverenigingen	9%
NIZW/Fiad-Wdt	- Koers op Kwaliteit, Handboek Kwaliteitszorg	19%
NIZW/Fiad-Wdt	- Kwaliteit gekenmerkt, kwaliteitsstandaarden voor verstandelijk gehandicaptenzorg	17%
NIZW/NFVLG	- Kwaliteit in uitvoering: kwaliteitsstandaarden voor lichamelijke gehandicaptenzorg	13%
NIZW/NFVLG	- Maak uw plan	4%
ISO	- International Standards of Organization	6%
INK	- Instituut Nederlandse Kwaliteit	10%
HKZ	- Harmonisatiemodel van de SHKZ	9%

Het meest gebruikte model is het MKG-model van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. 76% van de instellingen gebruikt dit model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem.

De handleiding die het minst wordt gebruikt (4%) is die van het NIZW/NFVLG 'Maak uw plan'.

Tweederde van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt. 10% van de instellingen heeft voor twee systemen gekozen.

### 3.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=182).

---

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	59%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	57%
Opstellen van protocollen of procedures	46%
Regionale afstemming en samenwerking	48%
Scholing in kwaliteitszorg	39%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	32%
Afstemming van zorgprocessen intern	48%
Interne toetsingen c.q. audits	27%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	21%
Externe beoordeling of certificering	9%

---

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (59%) en het consequent (gaan) werken volgens de kwaliteitscyclus (57%).

Weinig instellingen (9%) hebben aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

**3.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?**

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=182).

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	12%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	28%
Medewerkers (werving en scholing)	13%
Vraag gerichtheid en klantgerichtheid	47%
Kwaliteitszorg algemeen	49%
Product vernieuwing of uitbreiding	13%
Bouw, verbouw of renovatie	3%
Fusie of de nasleep daarvan	8%

In een open vraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Kwaliteitszorg is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 49% van de instellingen.

Voor 47% van de instellingen is vraaggerichtheid en alle aspecten daarvan (bijvoorbeeld medezeggenschap, volwaardig burgerschap et cetera) het belangrijkste aandachtsgebied.

## 3.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 3.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=182)

1 = hiërarchisch, centraal, etc; 6 = plat, decentraal enz.

---

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	4,0
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,4
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,7
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	4,1
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,1
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,5
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,8

---

Relatief veel instellingen hebben aangegeven dat de medewerkers veel binding hebben met de instelling.

Relatief veel instellingen hebben aangegeven dat de besluitvorming centraal is geregeld.

### 3.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=182)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

---

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	2,5
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,8
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	4,1
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,2
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,7
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,0

---

Relatief veel instellingen zijn het eens met de stelling dat er teveel mensen op de wachtlijst staan.

Relatief veel instellingen zijn het oneens met de stelling dat men teveel concurrentie ervaart.

**3.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage instellingen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=182)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	23%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	65%
- een formele en gestructureerde instelling	4%
- een productiegerichte instelling	7%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	11%
- staat open voor veranderingen	53%
- benadrukt de regels	2%
- is meer coach en coördinator	32%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	23%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	40%
- zijn formele regels en afspraken	2%
- is het goed vervullen van je taken	31%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	43%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	23%
- continuïteit en stabiliteit	22%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	9%

Het meest frequent hebben instellingen in de gehandicaptenzorg zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (65%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (53%).

Weinig instellingen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 4 GGZ-INSTELLINGEN

### 4.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:

4.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	71
4.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	72
4.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	72

### 4.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:

4.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	73
4.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	74

### 4.3 Procedures en specifieke GGZ-protocollen: tabellen m.b.t.

4.3.1	Algemene protocollen en procedures	74
4.3.2	Specifieke GGZ protocollen	75
4.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	75
4.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	76
4.3.5	Procedures voor zorgplannen	76
4.3.6	Procedures voor de primaire processen	77

### 4.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:

4.4.1	Deelsystemen	78
4.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	79
4.4.3	Indicatoren voor monitoring	80

### 4.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:

4.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	81
4.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	81
4.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	82

### 4.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:

4.6.1	Participatie van cliënten	83
4.6.2	Informatie aan cliënten	84
4.6.3	Inspraak van cliënten en hun organisaties	85

### 4.7 Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:

4.7.1	Positieve effecten	86
4.7.2	Veranderingen in regelgeving	87
4.7.3	Negatieve effecten	87



**4.8 Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:**

4.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	88
4.8.2	Kostprijssysteem	89

**4.9 Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:**

4.9.1	Externe beoordelingen	89
4.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	90
4.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	90
4.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	91
4.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	91

**4.10 Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.**

4.10.1	Organisatiestructuur	92
4.10.2	Werkdruk	93
4.10.3	Organisatiecultuur	94

## 4 GGZ-INSTELLINGEN

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de instellingen in de Geestelijke Gezondheidszorg GGZ gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 144 enquêtes die zijn ingevuld door instellingen voor GGZ. De respons was 59%.

Van de instellingen maakt 34% deel uit van een zorggroep of stichting.

De zorg die de geënquêteerde instellingen leveren is als volgt te typeren:

APZ-zorg	37%
RIAGG-zorg	36%
RIBW-zorg	26%
Verslavingszorg	17%
MKD/MKT-zorg	13%
PAAZ-zorg	4%

Van de enquêtes is 46% ingevuld door de directie of het management van de instelling en 45% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in de instelling.

Van de instellingen meldt 81% in de vragenlijst dat GGZ-Nederland contact met de instelling mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 144 respondenten = 72 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 4.1 Beleid en strategie

### 4.1.1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=144)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	4	9	88	1
Kwaliteitsjaarverslag	9	12	79	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	4	38	58	-
Productomschrijvingen	6	48	46	-
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	10	42	48	-
Kwaliteitshandboek	31	49	18	2
Een interne gedragscode	31	23	42	4
Een professioneel statuut	54	17	22	8
Een privacy reglement	5	6	89	-
Een dossier reglement	6	18	73	3
Registratieregels	14	17	60	9

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 88% van de instellingen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 9% van de instellingen in ontwikkeling.

Van de instellingen in de GGZ brengt 79% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 9% van de instellingen gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 18% van de instellingen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij de helft van de instellingen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

89% van de instellingen heeft een privacy reglement en 73% van de instellingen eveneens een reglement voor het bijhouden van de dossiers. Weinig instellingen (22%) werken met een professioneel statuut.

#### 4.1.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=144)

---

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	31%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	49%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	63%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	11%
Andere voorzieningen	22%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	6%

---

Het meest frequent hebben instellingen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld (63%). Relatief veel instellingen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (49%).

Het minst vaak is een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (11%). 6% van de instellingen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

#### 4.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=144)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	35%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	58%
Een extern bureau of adviseur	1%
De professionele zorgverleners	23%
Directie of management	81%
Hoofden of leidinggevenden	34%
Andere personen	15%
Niemand in het bijzonder	1%

---

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 81% van de instellingen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 1% van de instellingen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 4.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 4.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=144)

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	90%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	82%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	23%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	67%
Scholing van management en leidinggevenden	72%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	51%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	33%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	7%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	62%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	54%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	46%

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Bijna alle instellingen (90%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 82% van de instellingen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig instellingen (23%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (7%).

#### 4.2.2 Wordt voor de professionele hulpverleners werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage instellingen dat voor professionele hulpverleners werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=144)

---

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	93%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	19%
Deel nemen aan casuïstiekbesprekingen	81%
Werkbegeleiding	74%
Intervisie	86%
Supervisie	63%
Intercollegiale toetsing	45%
Participeren in verbeterteams/projecten	58%
Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen	75%

---

Bij de ruime meerderheid van de instellingen wordt tijd ingeroosterd voor vakinhoudelijke na- en bijscholing (93%). Ook voor intervisie wordt vaak tijd ingeruimd (86%) en voor het deelnemen aan casuïstiek besprekingen (81%).

Weinig instellingen melden dat tijd is vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (19%).

### 4.3 Procedures en specifieke protocollen in de GGZ

#### 4.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=144)

---

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke behandelingenverrichtingen	72%
Voorlichting aan de cliënt	52%
Voorbehouden handelingen	56%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	38%
Kritische momenten in het zorgproces	58%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	49%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	65%
<b>Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders</b>	<b>34%</b>

---

72% van de instellingen zegt dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in de GGZ.

#### 4.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de GGZ (N=144)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Crisis interventie	60%	22%
Toepassing van dwang of separatie	55%	20%
Hulp bij zelfdoding	20%	6%
Stervensbegeleiding	6%	3%
Grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag	68%	23%

Protocollen die in veel instellingen aanwezig zijn betreffen grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag (68%) en crisisinterventie (60%). Weinig instellingen maken melding van een protocol voor hulp bij zelfdoding (20%) of stervensbegeleiding (6%).

De percentages in de tweede kolom tonen dat in minder dan de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of het protocol wordt toegepast of nageleefd.

#### 4.3.3 Is er instellingsbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage instellingen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=144)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	50%
Ja, er is wel een uniforme wijze	50%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	47%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	34%
– wie het protocol heeft vastgesteld	40%
– voor wie het protocol is bedoeld	42%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	33%

De helft van de instellingen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. De instellingen die dat wel doen (ook 50%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en nagenoeg altijd voor wie het protocol is bedoeld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 33% van de instellingen.

#### 4.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

Percentage instellingen dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=144)

---

	%
Nee, er is geen protocollenbank	40%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	13%
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	4%
Voor de gehele instelling is er een protocollenbank	42%
Voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	27%

---

40% van de instellingen geeft aan dat er geen protocollenbank in de instelling bestaat. In 40% van de instellingen is er een protocollenbank voor de gehele instelling en in 27% van de instellingen bestaan er ook procedures voor het actualiseren van de protocollen.

#### 4.3.5 Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor het bijhouden van zorgplannen en wat is daarin geregeld?

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorgplannen (N=144)

---

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	21%
Ja, er is er wel een systeem voor zorgplannen/dossiers	76%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	71%
- welke inspraak de cliënt heeft	60%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de cliënt plaatsvindt	65%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	31%

---

76% van de instellingen in de GGZ zegt dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de meerderheid van de instellingen.

Bijna een derde van de instellingen (31%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.



**4.3.6 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage instellingen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=144)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	17%
Ja, er zijn wel procedures	83%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- indicatiestelling / intake	76%
- behandelproces	61%
- afsluiting of ontslag	62%
- geneesmiddelenbeheer	54%

Volgens 83% van de instellingen is in procedures beschreven hoe de primaire processen zijn georganiseerd. In 76% van de instellingen is vastgelegd hoe de indicatiestelling en de intake van de cliënt verloopt.

De wijze waarop de afsluiting van de zorg of hulpverlening plaatsvindt is in 54% van de instellingen in procedures geregeld.

## 4.4 Deelsystemen en indicatoren

### 4.4.1 Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoordcategorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N= 144)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	4	42	51	2
Commissies (infecties, FONA, enz.)	25	30	44	1
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	33	54	11	2
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	42	42	11	5
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	1	42	57	1
Klachtenregistratie/behandeling	9	54	37	1
Management informatiesysteem	22	56	21	1
Interne audits	54	35	9	2
Interinstitutionele toetsing/visitatie	49	25	24	1
Benchmarking	54	42	4	1
<i>Cliënten en cliënten</i>				
Cliëntenraad / familiaarraad	16	35	49	1
Tevredenheidsonderzoek cliënten	32	49	18	1
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	49	31	19	1
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	69	24	6	1
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) cliënten	73	21	6	1
Behoeftesonderzoek verwijzers	73	22	5	1

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de functioneringsgesprekken (57%). Ook de resultaten van het periodieke overleg met de cliëntenraad (49%) en van (evaluaties van) de zorgplannen worden in de helft van de instellingen systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid (51%).

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 65% van de instellingen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. In 18% van de instellingen betreft dat een of twee verbeterprojecten. 37% van de instellingen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd. Eén instelling maakt melding van 21 kwaliteitsprojecten in 1999.

#### 4.4.2 Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=144)

	%
Waarderingsonderzoeken onder cliënten	51%
Waarderingsonderzoeken onder medewerkers	31%
Exitinterviews onder cliënten	29%
Exitinterviews onder medewerkers	47%
Opvattingen van de cliëntenraad	79%
Opvattingen van ketenpartners	49%
Opvattingen van de financier	68%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	29%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	43%

De opvattingen van de cliëntenraad worden door veel instellingen (79%) gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Dat geldt ook voor de resultaten van het overleg met de zorgverzekeraar c.q. de financier (68%).

Relatief weinig instellingen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (29%) en dat geldt ook voor resultaten van interne toetsingen (29%).

#### 4.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=144)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	17%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	76%
<i>Input-indicatoren</i>	
- het aanbod van doelgroepen/cliënten	50%
- de toegeleiding, indicatie(stelling) van cliënten	39%
- de zorgzwaarte van de doelgroepen/cliënten	42%
<i>Procesindicatoren:</i>	
- wachttijden voor hulpverlening of (onderdelen van) zorgprogramma's	55%
- frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt	38%
- wisselingen van 'hoofd-behandelaar'	4%
- aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen	16%
- aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen	19%
- percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners	31%
<i>Uitkomstindicatoren</i>	
- aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnose	33%
- aanwezige en ontslagen cliënten naar type hulpverlening of zorgprogramma	29%
- vermindering van klachten/stoornissen	24%
- mate van herstel in sociaal functioneren	15%
- tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening	39%
- aantal klachten van cliënten	47%
- aantal drop-outs of eenzijdige verbreking van de behandeling	26%
- mate van doelrealisatie bij afsluiting van de behandeling	25%
<i>Andere indicatoren</i>	5%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest gebruikte indicatoren in GGZ-instellingen zijn de wachttijden voor de hulpverlening (55%) en het aanbod aan cliënten of doelgroepen (50%). Ook de klachten worden relatief vaak als indicator voor monitoring van de kwaliteit gebruikt (47%).

Weinig instellingen melden dat de wisselingen van hoofdbehandelaar als indicator wordt gebruikt (4%).

Weinig instellingen (5%) hebben aangegeven dat ook nog andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 4.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 4.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?

Percentage instellingen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=144)

	%
<i>Management en professionals.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	7%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	16%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	66%
Andere vormen	5%

In tweederde van de instellingen wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners (66%).

Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen, zonder dat onderling gestreefd wordt naar afstemming (7%).

### 4.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage instellingen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=144)

	%
Andere GGZ-aanbieders in de regio	92%
Huisartsen	43%
Ziekenhuizen	30%
Thuiszorg	26%
Maatschappelijk werk	34%
Maatschappelijke opvang	41%
Arbeidsbemiddeling/integratie	38%
Woningbouw verenigingen	35%
Justitie / politie	44%
Anderen	25%

De meest genoemde samenwerkingspartners voor de GGZ-instellingen zijn andere GGZ-instellingen in de regio (92%). Daarna volgt justitie en politie (44%) en de huisartsen (43%). Het minst vaak wordt melding gemaakt van structurele samenwerking met de thuiszorg (26%).

#### 4.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage instellingen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=144).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	56%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	33%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	21%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	17%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	12%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	14%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	7%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	7%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	6%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	6%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	-

Van de instellingen geeft 56% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (33%) dan gebeurt dat het meest frequent via het formuleren van een gemeenschappelijke visie op de zorgverlening (21%) en via het hanteren van gezamenlijke protocollen voor de overdracht van de cliënt (17%).

Minder vaak worden andere vormen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking genoemd.

Van de instellingen heeft 20% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 18% van de instellingen noemt drie tot vijf zorgketens en een instelling maakt melding van 15 zorgketens c.q. transmurale zorg met een gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking.

## 4.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 4.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage instellingen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=144)

	nee nvt	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	22	63	1	4	10
Ontwikkelen van normen of criteria	33	46	4	5	12
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	44	38	1	3	15
Participatie in (kwaliteits)commissies	42	32	3	3	20
Opstellen van protocollen of standaarden	40	45	-	1	14
Participatie in verbeterprojecten	42	33	2	1	22

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of ouderverenigingen

Bijna tweederde (63%) van de instellingen betreft de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek. 46% van de instellingen betreft de cliëntenraad bij het opstellen van normen of criteria.

Minder vaak participeert de cliëntenraad in kwaliteitscommissies (32%) of in verbeterprojecten (33%).

Van de instellingen meldt circa 5% dat (ook) cliëntenorganisaties betrokken zijn bij de kwaliteitszorg.

#### 4.6.2 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten over hun rechtspositie?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=144)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	7%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	90%
<i>Namelijk over:</i>	
- inzage-, correctie- en kopierecht van hun dossier	73%
- voorafgaande toestemming voor gebruik van audiovisuele hulpmiddelen	39%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	85%
- het verbod op ongewenste intimiteiten	45%
- de vertrouwenspersoon	55%
- toestemming van de cliënt voor het opvragen van gegevens bij derden	74%
- toestemming voor het leveren van gegevens aan derden	75%
- het privacy-reglement	69%

90% van de instellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (85%) en informatie over het opvragen van gegevens (74%) of het verstrekken van gegevens aan derden (75%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen (39%).



#### 4.6.3 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage instellingen waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=144)

---

##### *Individueel niveau*

Cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan	94%
Er vinden geen verrichtingen plaats zonder toestemming van de cliënt (WGBO)	76%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	45%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	89%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	74%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	74%

##### *Cliëntenorganisaties/ouderenbonden enz.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	37%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	8%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	15%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	10%

---

In nagenoeg alle instellingen (94%) hebben cliënten inspraak in het zorgplan of hulpverleningsplan. Bij veel instellingen (89%) is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad.

Het komt (nog) relatief weinig voor dat instellingen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie (8%).

## 4.7 Positieve en negatieve effecten

### 4.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=144)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de cliëntgerichtheid	19	75	3	3
Toename van tevredenheid van cliënten	10	80	6	4
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	6	80	9	5
Toename van de inzet van de medewerkers	10	63	22	6
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	17	66	14	3
Betere profilering van de instelling	17	74	6	2
Toename van tevredenheid van externe partijen	13	79	3	5
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	19	78	1	2
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	8	76	10	6
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	6	54	33	7
Kostenbesparing in de eigen instelling	1	33	58	8
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	18	61	20

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig instellingen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (19%) en dat de cliëntgerichtheid is toegenomen (19%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (1%).

Wel verwachten de instellingen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

#### 4.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=144)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	71%
Formalisering van regels en procedures	69%
Bewaking van regels en procedures	62%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	60%
Betere toetsing van regels en procedures	46%
Verwijdering van regels en procedures	29%

In 71% van de instellingen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in bijna twee derde van de instellingen (62%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden instellingen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (29%).

#### 4.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=144)

	%
De werkdruk is toegenomen	49%
De kosten zijn gestegen	26%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	6%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	6%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	24%

In bijna de helft van de instellingen (49%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 26% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg kosten met zich mee.

Er zijn enkele instellingen (6%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 4.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 4.8.1 Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage instellingen dat wel/geen inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=144)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	69%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	26%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	19%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	9%
Geen inzicht in verbeterkosten	25%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	16%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	22%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	5%
Interne beoordelingen/interne audits	6%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	18%
Registratie van incidenten/complicaties	1%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	7%
Geen inzicht in beoordelingskosten	60%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	29%
Claims/schadevergoedingen	23%
Verlenging van behandelduur	6%
Verspilling van materiaal	3%
Dubbel werk/inefficiënt werk	4%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	1%
Geen inzicht in herstelkosten	60%

69% van de instellingen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 26% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Weinig instellingen hebben inzicht in beoordelingskosten i.v.m. certificering (5%).

Bijna de helft van de instellingen (49%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 16% van de instellingen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

#### 4.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw instelling gewerkt met een kostprijsstelsel?

Percentage instellingen met een kostprijsstelsel (N=144)

	%
Onbekend	11%
Nee	47%
Ja	39%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)	22%
- de kosten per product (bijv. dagbehandeling, maaltijdvoorziening)	29%
- de kosten voor het totale zorg/hulpverleningsproces per cliëntencategorie	7%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg/hulpverleningsproces	11%

Er zijn meer instellingen die niet met een kostprijsstelsel werken als instellingen die dat wel doen.

Het meest frequent worden de kosten per product berekend (29%).

Het minst frequent worden de kosten van zorg/hulpverleningsprocessen berekend (7%).

## 4.9 Toekomstplannen en certificering

### 4.9.1 Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

Percentage instellingen die reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=144)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling)
Met behulp van interinstitutionele toetsing	45%	31%
Met behulp van visitatie door de beroepsgroepen	15%	13%
Door een cliëntenorganisatie of RP/CP	9%	19%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	7%	22%
Andere vormen van beoordeling	13%	4%

45% van de instellingen meldt dat de instelling reeds beoordeeld is via een vorm van interinstitutionele toetsing en 31% van de instellingen streeft naar een dergelijke toetsing.

Weinig instellingen zijn door een onafhankelijk instituut beoordeeld (7%) of door een cliëntenorganisatie (9%). Meer instellingen zeggen de komende jaren wel te streven naar een vorm van externe beoordeling door een onafhankelijk instituut (22%) of door een cliëntenorganisatie (19%). Een zelfevaluatie heeft 9% van de instellingen gedaan.

#### 4.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage instellingen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=144)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een HKZ-certificaat	67	10	-	23
Een ISO-certificaat	69	5	4	22
Een INK-audit	61	27	2	10
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	4	-	96

27% van de instellingen werkt aan een INK-audit. 10% van de instellingen werkt aan het behalen van een HKZ-certificaat. 4% van de instellingen heeft een ISO-certificaat verworven.

#### 4.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=144)

		%
GGZ	- Interinstitutionele toetsing ITT (Kwaliteitstoetsing in de GGZ)	50%
ISO	- International Standards of Organization	11%
INK	- Instituut Nederlandse Kwaliteit	56%
BSC	- Balance Score Card	11%
HKZ	- Harmonisatiemodel van de SHKZ	28%
LPR of NP/CF	- Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief	15%
Anders		17%

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem vormt het INK-model (56%) direct gevolgd door het Kwaliteitstoetsingsmodel van de GGZ (50%).

Minder vaak wordt gebruik gemaakt van de ISO-normen of de BSC-methode (11%).

71% van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt.

**4.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?**

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=144).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	50%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	52%
Procesbeschrijvingen voor het primaire proces	56%
Opstellen van zorgprogramma's	63%
Regionale afstemming en samenwerking	59%
Scholing in kwaliteitszorg	35%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	59%
Zorgcircuits opstellen intern	27%
Interne toetsingen c.q. audits	26%
Zorgcircuits ontwikkelen met ketenpartners	49%
Externe beoordeling of certificering	10%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het opstellen van zorgprogramma's (63%). Veel genoemde prioriteiten voor het komend jaar is ook regionale samenwerking en afstemming (59%) en waarderingsonderzoeken of meningspeilingen (59%). 10% van de instellingen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

**4.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?**

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=144).

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	62%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	29%
Medewerkers (werving en scholing)	8%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	21%
Kwaliteitszorg algemeen	51%
Product vernieuwing of uitbreiding	8%
Fusie of de nasleep daarvan	10%
Bouw, verbouw of renovatie	2%

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Voor 62% van de instellingen is samenwerking met andere zorgaanbieders het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld in het kader van transmurale zorg, ketenzorg of samenwerking in de regio.

Kwaliteitszorg is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 51% van de instellingen.

## 4.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 4.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=144)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

---

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,8
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,4
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,6
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,9
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,2
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,2
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,8

---

Relatief veel instellingen geven aan dat de besluitvorming in de instelling centraal geregeld is en niet decentraal. De communicatie wordt meer als informeel dan als formeel bestempeld. Medewerkers hebben relatief veel binding met de instelling.



**4.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.**

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=144)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	3,1
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,9
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onervulbare vacatures	4,2
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	3,8
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,8
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,4

Relatief veel instellingen zijn het eens met de stelling dat de werkdruk te hoog is.

Relatief weinig respondenten vinden dat de instelling teveel concurrentie ervaart.

**4.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage instellingen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=144)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	16%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	58%
- een formele en gestructureerde instelling	8%
- een productiegerichte instelling	17%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	5%
- staat open voor veranderingen	56%
- benadrukt de regels	6%
- is meer coach en coördinator	34%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	15%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	34%
- zijn formele regels en afspraken	4%
- is het goed vervullen van je taken	47%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	38%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	26%
- continuïteit en stabiliteit	25%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	13%

Bijna de helft van de instellingen (47%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel GGZ-instellingen hebben zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (58%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (56%) en waar de waarde van het personeel en het belang van scholing wordt benadrukt (38%).

Weinig instellingen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 5 Verpleeghuizen

### 5.1 **Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

5.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	98
5.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	98
5.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	99

### 5.2 **Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

5.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	100
5.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	101

### 5.3 **Procedures en verpleeghuisprotocollen: tabellen m.b.t.:**

5.3.1	Algemene protocollen en procedures	101
5.3.2	Specifieke verpleeghuis protocollen	102
5.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	103
5.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	103
5.3.5	Medewerkers die betrokken zijn bij het opstellen van protocollen	104
5.3.6	Procedures voor zorgplannen	104
5.3.7	Procedures voor de primaire processen	105

### 5.4 **Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

5.4.1	Deelsystemen	106
5.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	107
5.4.3	Indicatoren voor monitoring	108

### 5.5 **Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

5.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	108
5.5.2	Multidisciplinaire samenwerking intern	109
5.5.3	Structureel overleg met ketenpartners	109
5.5.4	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	110

### 5.6 **Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:**

5.6.1	Participatie van cliënten	111
5.6.2	Informatie aan cliënten over rechtspositie	111
5.6.3	Informatie over zorginhoudelijke zaken	112
5.6.4	Inspraak van cliënten en hun organisaties	113

<b>5.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
5.7.1	Positieve effecten	114
5.7.2	Veranderingen in regelgeving	115
5.7.3	Negatieve effecten	115
<b>5.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
5.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	116
5.8.2	Kostprijsstelsel	117
<b>5.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
5.9.1	Externe beoordelingen	117
5.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	118
5.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	118
5.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	119
5.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	120
<b>5.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.</b>	
5.10.1	Organisatiestructuur	121
5.10.2	Werkdruk	121
5.10.3	Organisatiecultuur	122

## 5 Verpleeghuizen

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de verpleeghuizen gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 195 enquêtes die zijn ingevuld door verpleeghuizen. De respons was 71%. Van de verpleeghuizen geeft 85% aan deel uit te maken van een Zorggroep of Stichting.

Van de enquêtes is 51% ingevuld door de directie of het management van het verpleeghuis en 47% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in de instelling.

Van de respondenten meldt 80% in de vragenlijst dat de branche-organisatie contact met het verpleeghuis mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 195 respondenten = 97,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de respondenten dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 5.1 Beleid en strategie

### 5.1.1 In hoeverre beschikt uw verpleeghuis over onderstaande documenten?

Percentage verpleeghuizen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=195)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	-	9	91	-
Kwaliteitsjaarverslag	5	9	86	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	7	40	53	-
Productomschrijvingen	11	55	32	2
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	10	42	48	-
Kwaliteitshandboek	20	60	20	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 91% van de verpleeghuizen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 9% van de verpleeghuizen in ontwikkeling.

Van de verpleeghuizen brengt 86% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 5% van de verpleeghuizen gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek. 20% van de verpleeghuizen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij ruim de helft van de verpleeghuizen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 5.1.2 Zijn in uw verpleeghuis voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage verpleeghuizen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=195)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	12%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	51%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	67%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	13%
Andere voorzieningen	12%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	9%

Het meest frequent hebben verpleeghuizen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld (67%). Relatief veel verpleeghuizen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (51%).

Het minst vaak is een intern budget voor kwaliteitszorg gereserveerd (12%). 9% van de verpleeghuizen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 5.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in het verpleeghuis?

Percentage verpleeghuizen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=195)

	%
De stuurgroep of commissie(s)	37%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	61%
Een extern bureau of adviseur	2%
De professionele zorgverleners	10%
Directie of management	67%
Hoofden of leidinggevendēn	29%
Andere personen	9%
Niemand in het bijzonder	2%

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 67% van de verpleeghuizen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevendēn spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 2% van de verpleeghuizen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 5.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 5.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage verpleeghuizen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=195)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	84%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	78%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	16%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	71%
Scholing van management en leidinggevenden	70%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	42%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	35%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	7%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	57%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	41%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	39%

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

84% van de verpleeghuizen zegt dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 78% van de verpleeghuizen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In weinig verpleeghuizen (16%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (7%).



### 5.2.2 Wordt voor de verpleeghuisartsen, verpleging en verzorging, paramedici of overige disciplines werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage verpleeghuizen dat werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=195)

	verpleeghuis- artsen	verpleging & verzorging	para- medici	overig
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>				
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	92	90	90	85
Training in methoden voor kwaliteitszorg	13	24	21	19
Deel nemen aan bewoners/casusbesprekingen	91	89	89	61
Participeren in verbeterteams/projecten	61	69	63	60
Intercollegiale toetsing met interne collega's	58	28	44	23
Intercollegiale toetsing met externe collega's	69	6	39	20
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	89	87	74	59

In zijn algemeenheid blijkt dat veel verpleeghuizen tijd voor kwaliteitszorg vrijmaken voor de medewerkers. Voor alle disciplines hebben bijna alle verpleeghuizen tijd ingeroosterd voor het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing en eveneens voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen en het bijwonen van bewonersbesprekingen.

Relatief veel verpleeghuizen melden dat de medewerkers tijd krijgen om te participeren in kwaliteitsprojecten of verbeterteams. Het minst vaak is tijd vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg.

## 5.3 Procedures en specifieke protocollen in verpleeghuizen

### 5.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw verpleeghuis gebruikt?

Percentage verpleeghuizen dat onderstaande protocollen hanteert (N=195)

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke vaktechnische verrichtingen	99%
Voorlichting aan de cliënt	47%
Voorbehouden handelingen	95%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	81%
Kritische momenten in het zorgproces	53%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	46%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	48%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	45%

Nagenoeg alle verpleeghuizen hebben protocollen opgesteld voor specifieke vaktechnische verrichtingen (99%) en voor voorbehouden handelingen (95%). Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in verpleeghuizen.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen betreffende samenwerking met of overdracht naar andere zorgaanbieders (45%).

### 5.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage verpleeghuizen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor verpleeghuizen (N=195)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de cliënt	31%	13%
Verpleegkundige handelingen	95%	47%
Medicijnen voorschrijven	84%	44%
Medicijnen verstrekken	92%	51%
Infectie-preventie	75%	30%
Melding van incidenten	99%	64%
Omgaan met klachten	94%	54%
Toepassen van middelen en maatregelen	92%	50%
Processen rond het levenseinde	79%	28%
Handelwijze bij overlijden	82%	28%

Protocollen die in bijna alle verpleeghuizen aanwezig zijn betreffen de wijze waarop omgegaan moet worden met incidenten (99%) en klachten (94%). Bijna alle verpleeghuizen (95%) hanteren ook protocollen voor verpleegkundige handelingen, het voorschrijven van medicijnen (84%) en het verstrekken van medicijnen (92%).

Het minst vaak hanteren verpleeghuizen protocollen voor de bejegening van de cliënten (31%).

De naleving van protocollen wordt relatief weinig onderzocht. In zijn algemeenheid blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt onderzocht of het protocol wordt toegepast dan wel nageleefd.

### 5.3.3 Is er verpleeghuisbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage verpleeghuizen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=195)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	33%
Ja, er is wel een uniforme wijze	65%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	65%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	51%
– wie het protocol heeft vastgesteld	50%
– voor wie het protocol is bedoeld	54%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	42%

33% van de verpleeghuizen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Verpleeghuizen die dat wel doen (65%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en doorgaans ook voor wie het protocol is bedoeld (54%) en wie het protocol heeft ontwikkeld en vastgesteld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in 42% van de verpleeghuizen.

### 5.3.4 Is er in het verpleeghuis een procedure voor het documenteren en actualiseren van protocollen?

Percentage verpleeghuizen dat dergelijke procedures hanteert (N=195)

	%
Nee	17%
Nee, daar wordt aan gewerkt	40%
Er is een procedure voor het documenteren van protocollen/richtlijnen	19%
Er is een procedure voor het documenteren en voor het actualiseren van protocollen	25%

40% van de verpleeghuizen geeft aan dat er gewerkt wordt aan procedures voor het documenteren en actualiseren van protocollen en richtlijnen. Bij 25% van de instellingen worden dergelijke procedures reeds gehanteerd.

### 5.3.5 Wie zijn betrokken bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen?

Percentage verpleeghuizen waarbij de volgende functionarissen betrokken zijn bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen (N=195)

---

	%
Stafffunctionaris of kwaliteitsfunctionaris	59%
Verpleeghuisartsen	90%
Psychologen	37%
Pastoraal werk	27%
Paramedici	65%
Maatschappelijk werk	37%
Activiteitenbegeleiding	31%
Verpleegkundigen	87%
Verzorgenden/helpenden	79%
Anderen	24%

---

90% van de verpleeghuizen geeft aan dat de verpleeghuisartsen betrokken zijn bij het opstellen van protocollen of richtlijnen en 87% meldt dat (eveneens) verpleegkundigen daarbij betrokken zijn. Het minst vaak is het pastoraal werk en de activiteitenbegeleiding betrokken bij het opstellen van protocollen.

### 5.3.6 Is er op verpleeghuisniveau een procedure voor multidisciplinaire zorgplannen en wat is daarin geregeld?

Percentage verpleeghuizen dat procedures hanteert voor zorgplannen (N=195)

---

	%
Nee, op verpleeghuisniveau is er geen procedure voor zorgplannen	2%
Ja, er is er wel een systeem voor zorgplannen/dossiers	96%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	93%
- de verantwoordelijkheidstoedeling	77%
- de wijze waarop de cliënt bij het zorgplan wordt betrokken	89%
- het inzagerecht van cliënt (of familie)	85%
- welke disciplines bij de zorg zijn betrokken	92%
- op welke termijn en hoe de zorg met de cliënt wordt geëvalueerd	83%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	53%

---

Bijna alle verpleeghuizen (96%) zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op veel onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de meerderheid van de verpleeghuizen.

Ruim de helft van de verpleeghuizen (53%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.

**5.3.7 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage verpleeghuizen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=195)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	13%
Ja, er zijn wel procedures	86%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- Opnameprocedures	79%
- Zorgplansysteem (multidisciplinair)	81%
- Medicijnbeheer	75%
- Overplaatsing of ontslag	64%

Volgens 86% van de verpleeghuizen is in procedures vastgelegd hoe de primaire processen verlopen. Dat geldt voor de meeste in de tabel genoemde onderdelen van het primaire proces.

## 5.4 Deelsystemen en indicatoren

### 5.4.1 Vinden in uw verpleeghuis - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage verpleeghuizen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoordcategorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=195)

	nee n.v.t.	gedeeltelijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	2	28	70	-
Commissies (infecties, FONA, enz.)	4	34	61	1
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	25	61	10	5
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	47	41	8	4
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	7	41	51	1
Klachtenregistratie/behandeling	12	41	46	1
Management informatiesysteem	50	37	11	2
Interne audits	61	27	11	1
Interinstitutionele toetsing/visitatie	85	10	3	2
Benchmarking	50	42	6	2
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familierraad	6	37	56	1
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	32	39	28	1
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	48	39	13	-
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	86	9	3	2
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	41	14	3	42
Behoeftesonderzoek verwijzers	68	25	5	2

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt.

Het meest frequent zijn dat de evaluaties van de zorgplannen, namelijk in 70% van de verpleeghuizen. Ook de bevindingen van de diverse commissies zijn een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem in 61% van de verpleeghuizen. Daarna volgt het periodieke overleg met de cliëntenraad (56%) en de functioneringsgesprekken (51%)

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 74% van de verpleeghuizen (niet in de tabel) gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. Vaak betreft dat een of twee verbeterprojecten. 45% van de verpleeghuizen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd. Eén verpleeghuis maakt melding van 53 kwaliteitsprojecten in 1999.

#### 5.4.2 Welke gegevens worden door de directie gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage verpleeghuizen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=195)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder cliënten	63%
Meningspeilingen onder medewerkers	53%
Exitinterviews onder cliënten	21%
Exitinterviews onder medewerkers	53%
Opvattingen van de cliëntenraad	94%
Opvattingen van ketenpartners	52%
Opvattingen van de financier	68%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	25%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	21%

De opvattingen van de cliëntenraad worden door 94% van de verpleeghuizen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Daarna volgen de opvattingen van de financier c.q. zorgverzekeraar (68%) en de meningspeilingen onder cliënten, die door 63% van de verpleeghuizen voor evaluatie en bijstelling worden gebruikt.

Relatief weinig verpleeghuizen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (21%) en datzelfde geldt voor gegevens uit externe toetsingen of visitaties (21%).

### 5.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage verpleeghuizen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=195)

---

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	13%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	85%
<i>Namelijk voor:</i>	
- evaluaties van zorgplannen	39%
- gegevens over zorgzwaarte	44%
- wachtlijsten/tijden	59%
- ziekte en verloop van medewerkers	76%
- incidenten	72%
- de klachtenregistratie	75%
- andere indicatoren	5%

---

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de gegevens over ziekte en verloop van medewerkers (76%) en de klachtenregistratie (75%).

Weinig verpleeghuizen (5%) hebben aangegeven dat andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 5.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 5.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?

Percentage verpleeghuizen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=195)

---

	%
<i>Management en professionals.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	5%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	27%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	60%
Andere vormen	4%

---



In bijna twee derde van de verpleeghuizen (60%) wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners.

Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (5%), zonder dat men streeft naar onderlinge afstemming van het beleid.

### 5.5.2 Welke aspecten van de multidisciplinaire samenwerking zijn schriftelijk geregeld en wordt periodiek getoetst (voor zover van toepassing).

Percentage verpleeghuizen waarbij de multidisciplinaire samenwerking schriftelijk is geregeld en periodiek wordt getoetst (N=195)

	schriftelijk geregeld	periodiek getoetst
<i>Aspecten van multidisciplinaire samenwerking</i>		
Betrokkenheid van verschillende disciplines bij de zorg	88%	35%
De communicatie tussen de disciplines	76%	24%
Verantwoordelijkheid voor coördinatie van de zorg	86%	27%
De besluitvorming rond het zorgproces	82%	25%
De rol van de cliënt in de multidisciplinaire benadering	75%	19%

De ruime meerderheid van de verpleeghuizen meldt dat de betrokkenheid van de verschillende disciplines schriftelijk geregeld is (88%) en ook de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg (86%). De laatste kolom toont dat dergelijke schriftelijke afspraken in minder dan de helft van de gevallen periodiek wordt getoetst.

### 5.5.3 Met welke ketenpartners wordt structureel overlegd over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage verpleeghuizen dat structureel overleg heeft met de ketenpartners (N=195)

	%
Ziekenhuis	66%
Met de afdeling Geriatrie van het ziekenhuis	25%
Met de afdeling psychogeriatrie van de RIAGG	54%
Met thuiszorginstellingen	60%
Met huisartsen	46%
Met verzorgingshuis/huizen	84%
Meerdere partners over transmurale zorg	59%

De meest genoemde samenwerkingspartner voor verpleeghuizen zijn de verzorgingshuizen (84%) en de ziekenhuizen (66%). Het minst frequent wordt structureel overleg gemeld met de afdeling Geriatrie van het ziekenhuis (25%).

#### 5.5.4 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage verpleeghuizen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=195).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	46%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	44%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	27%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	21%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	28%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	23%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	10%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	11%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	6%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	4%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	8%

Van de verpleeghuizen geeft 46% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (44%) dan gebeurt dat het meest frequent via het formuleren van een gemeenschappelijke visie (27%) en via gemeenschappelijk overleg om de kwaliteit te evalueren (28%).

Minder vaak worden andere vormen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking genoemd.

Van de verpleeghuizen die melding maken van gezamenlijke kwaliteitsbewaking heeft 31% een of meerdere zorgketens of transmurale projecten ingevuld. 12% vermeldt 1 project. 17% meldt twee of drie projecten. En 1% maakt melding van 4 zorgketens of transmurale projecten met gezamenlijke kwaliteitsbewaking.

## 5.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 5.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage verpleeghuizen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=195)

	nee nvt	cliënten- raad*	cliënten- organisaties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	10	83	2	2	3
Ontwikkelen van normen of criteria	39	47	1	1	12
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	29	54	1	-	16
Participatie in (kwaliteits)commissies	42	42	1	1	14
Opstellen van protocollen of standaarden	54	34	1	-	11
Participatie in verbeterprojecten	44	39	1	1	16

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of andere belangenverenigingen

Veel verpleeghuizen betrekken de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek (83%).

Minder vaak wordt de cliëntenraad betrokken bij het opstellen van protocollen of het participeren in verbeterprojecten.

Weinig verpleeghuizen melden dat (ook) cliëntenorganisaties of andere belangenorganisaties betrokken zijn bij de kwaliteitszorg (zie derde kolom).

### 5.6.2 Verstrekt het verpleeghuis standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten over hun rechtspositie?

Percentage verpleeghuizen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=195)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	5%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	94%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	75%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	91%
- de privacy-bescherming	74%
- de cliëntenraad	87%

94% van de verpleeghuizen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (91%) en informatie over de cliëntenraad (87%). Ook wordt vaak standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (75%).

### 5.6.3 Over welke zorginhoudelijke zaken worden cliënten mondeling en/of schriftelijk geïnformeerd bij binnenkomst?

Percentage verpleeghuizen dat mondelinge en/of schriftelijke informatie aan cliënten verstrekt (N=195)

	mondeling geïnformeerd	schriftelijk geïnformeerd
<i>Informatie over:</i>		
Zorgvisie	46%	72%
Levensbeschouwelijke grondslag	49%	71%
Procedures bij opname en introductie	67%	57%
Huisregels	44%	77%
Basiskwaliteit van zorg- en dienstverlening	40%	32%
Financiële gevolgen voor de cliënt	53%	76%
Regeling en beheer van cliëntengelden	46%	73%

Veel informatie wordt zowel mondeling als schriftelijk gegeven, zoals de tabel laat zien. Mondelinge informatie betreft het meest frequent de procedures bij opname en introductie (67%). Schriftelijke informatie wordt daarnaast het meest gegeven over de huisregels (77%) en over de financiële gevolgen voor de cliënt (76%). Minder verpleeghuizen zeggen schriftelijke informatie te geven over de basiskwaliteit van de zorgverlening (32%).

#### 5.6.4 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage verpleeghuizen waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=195)

---

##### *Individueel niveau*

Cliënten hebben inspraak in het zorgplan	92%
Cliënten hebben inspraak bij overplaatsing of ontslag	67%
Er wordt geen zorg verleend zonder toestemming van de cliënt (WGBO)	77%
Periodiek wordt het oordeel van de cliënt over de zorgverlening gevraagd	60%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	99%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	85%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	87%

##### *Cliëntenorganisaties/ouderenbonden enz.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	19%
Cliëntenorganisaties beoordelen het verpleeghuis	3%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	12%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	5%

---

In nagenoeg alle verpleeghuizen is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad (99%) en hebben cliënten inspraak in het zorgplan (92%).

Het komt nog niet vaak voor dat verpleeghuizen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie (3%).

## 5.7 Positieve en negatieve effecten

### 5.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage verpleeghuizen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=195)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de cliëntgerichtheid	21	76	1	2
Toename van tevredenheid van gebruikers	14	80	3	3
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	8	88	2	2
Toename van de inzet van de medewerkers	11	71	13	4
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	11	77	6	6
Betere profilering van het verpleeghuis	10	82	5	3
Toename van tevredenheid van externe partijen	10	75	9	6
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	23	73	1	3
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	14	78	5	3
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	10	51	35	4
Kostenbesparing in de eigen instelling	4	52	40	4
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	26	55	18

De eerste kolom laat zien dat vrij weinig verpleeghuizen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (23%) en dat de cliëntgerichtheid is toegenomen (21%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (4%).

Wel verwachten de verpleeghuizen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 5.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw verpleeghuis veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage verpleeghuizen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=195)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	70%
Formalisering van regels en procedures	54%
Bewaking van regels en procedures	54%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	53%
Betere toetsing van regels en procedures	39%
Verwijdering van regels en procedures	35%

In 70% van de verpleeghuizen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in ruim de helft van de verpleeghuizen (54%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden verpleeghuizen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (35%).

### 5.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw verpleeghuis opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage verpleeghuizen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=195)

	%
De werkdruk is toegenomen	37%
De kosten zijn gestegen	19%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	5%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	2%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	38%

In ruim een derde van de verpleeghuizen (37%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen. Ook brengt kwaliteitszorg extra kosten met zich mee (19%).

Er zijn nauwelijks verpleeghuizen (2%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 5.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 5.8.1 Heeft uw verpleeghuis inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage verpleeghuizen dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=195).

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	67%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	29%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	24%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	19%
Geen inzicht in verbeterkosten	29%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	16%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	14%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	11%
Interne beoordelingen/interne audits	5%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	4%
Registratie van incidenten/complicaties	3%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	2%
Geen inzicht in beoordelingskosten	66%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	24%
Claims/schadevergoedingen	30%
Verlenging van verblijfs- of behandelduur	9%
Verspilling van materiaal	9%
Dubbel werk/inefficiënt werk	3%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	9%
Geen inzicht in herstelkosten	58%

67% van de verpleeghuizen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 29% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel verpleeghuizen melden geen inzicht te hebben in herstelkosten (58%) of beoordelingskosten (66%).

Ruim de helft van de verpleeghuizen (59%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 19% van de verpleeghuizen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.



### 5.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw verpleeghuis gewerkt met een kostprijsstelsel?

Percentage verpleeghuizen met een kostprijsstelsel (N=195)

	%
Onbekend	12%
Nee	42%
Ja	44%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, voedingsdienst)	37%
- de kosten per product (bijv. dagopvang,, maaltijdvoorziening)	33%
- de kosten voor het totale zorg/dienstverleningsproces per cliëntencategorie	3%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg/dienstverleningsproces	9%

Er zijn meer verpleeghuizen die wel met een kostprijsstelsel werken dan verpleeghuizen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten per dienst berekend (37%) en per product (33%).

Het minst frequent worden de kosten van zorg- of dienstverleningsprocessen berekend en de kosten van alle verrichtingen binnen dat zorgproces (3 tot 9%).

## 5.9 Toekomstplannen en certificering

### 5.9.1 Is uw verpleeghuis al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u eraan het verpleeghuis (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

Percentage verpleeghuizen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=195)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
Met behulp van een doorlichting/nulmeting	20%	29%
Door een cliënten/consumentenorganisatie bijv. RP/CP	3%	8%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. DNV of INK-audit)	8%	24%
Andere vormen van beoordeling	13%	7%

Er zijn meer verpleeghuizen die de komende drie jaar streven naar een vorm van externe beoordeling dan verpleeghuizen die afgelopen jaren extern zijn beoordeeld. 24% van de instellingen streeft naar een beoordeling door een onafhankelijk instituut en 8% naar een beoordeling door een cliënten /consumentenorganisatie.

### 5.9.2 Wordt in uw verpleeghuis gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteits-keurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage verpleeghuizen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=195)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een MIK-V-certificaat	43	46	1	10
Een ISO-certificaat	41	4	2	53
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	4	1	95

De helft van de verpleeghuizen werkt aan het behalen van een keurmerk of certificaat. Het meest frequent wordt gewerkt aan het behalen van een MIK-V certificaat (46%).

2% van de verpleeghuizen bezit een ISO-certificaat en 4% werkt aan het behalen van een dergelijk certificaat.

### 5.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage verpleeghuizen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=195)

	%
MIK-V - Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen	93%
ISO - International Standards of Organization	7%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	9%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	5%
NVVz - Instrument clientenperspectief	10%
NVBV - Kwaliteitsspel van de NVBV	20%
Anders	4%

Het meest gebruikte model (93%) is het MIK-V model voor verpleeghuizen. 20% van de verpleeghuizen gebruikt ook het Kwaliteitsspel van de NVBV.

De overige modellen en systemen worden niet veel genoemd.

Bijna alle verpleeghuizen (91%, niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt.

#### 5.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage verpleeghuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=195).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	67%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	59%
Opstellen van protocollen of procedures	57%
Regionale afstemming en samenwerking	35%
Scholing in kwaliteitszorg	41%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	43%
Afstemming van zorgprocessen intern	40%
Interne toetsingen c.q. audits	28%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	24%
Externe beoordeling of certificering	6%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (67%) en het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (59%).

6% van de verpleeghuizen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

### 5.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw verpleeghuis voor de komende vijf jaar?

Percentage verpleeghuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=195).

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	37%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	28%
Bouw, verbouw en renovatie	21%
Medewerkers (werving en scholing)	22%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	26%
Kwaliteitszorg algemeen	44%
Product vernieuwing of uitbreiding	14%
Fusie of de nasleep daarvan	10%

---

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Voor 44% van de verpleeghuizen is kwaliteitszorg het belangrijkste aandachtsgebied voor de komende vijf jaar. In 37% van de verpleeghuizen is (daarnaast) samenwerking met andere zorgaanbieders het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld in het kader van transmurale zorg of ketenkwaliteit. In 10% van de verpleeghuizen is de fusie of de nasleep daarvan het belangrijkste aandachtsgebied.

## 5.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 5.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw verpleeghuis typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=195)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,9
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,1
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,3
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	4,0
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,1
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,3
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	4,0

Wat betreft de besluitvorming wordt vaker gemeld dat deze centraal plaatsvindt en minder vaak decentraal.

Medewerkers blijken in veel verpleeghuizen veel binding met het verpleeghuis te hebben.

### 5.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw verpleeghuis? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=195)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	2,7
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,5
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	3,6
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,0
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,9
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	2,7

Relatief veel verpleeghuizen zijn het eens met de stelling dat de werkdruk in onze instelling te hoog is.

Weinig respondenten zijn het eens met de stelling dat het verpleeghuis teveel concurrentie ervaart.

**5.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage verpleeghuizen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=195)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	23%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	59%
- een formele en gestructureerde instelling	10%
- een productiegerichte instelling	9%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	11%
- staat open voor veranderingen	50%
- benadrukt de regels	9%
- is meer coach en coördinator	30%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	26%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	32%
- zijn formele regels en afspraken	5%
- is het goed vervullen van je taken	35%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	41%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	28%
- continuïteit en stabiliteit	27%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	3%

Het meest frequent hebben verpleeghuizen zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (59%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (50%). Bijna de helft (41%) van de verpleeghuizen zegt dat de instelling de waarde van het personeel en het belang van scholing benadrukt.

Weinig verpleeghuizen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 6 VERZORGINGSHUIZEN

### 6.1 **Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

6.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	126
6.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	126
6.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	127

### 6.2 **Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

6.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	128
6.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	129

### 6.3 **Procedures en verzorgingshuisprotocollen: tabellen m.b.t.:**

6.3.1	Algemene protocollen en procedures	129
6.3.2	Specifieke verzorgingshuis protocollen	130
6.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	131
6.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	131
6.3.5	Medewerkers die betrokken zijn bij het opstellen van protocollen	132
6.3.6	Procedures voor zorgplannen	132
6.3.7	Procedures voor de primaire processen	133

### 6.4 **Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

6.4.1	Deelsystemen	134
6.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	135
6.4.3	Indicatoren voor monitoring	136

### 6.5 **Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

6.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	136
6.5.2	Multidisciplinaire samenwerking intern	137
6.5.3	Structureel overleg met ketenpartners	138
6.5.4	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	138

### 6.6 **Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:**

6.6.1	Participatie van cliënten	139
6.6.2	Informatie aan cliënten over rechtspositie	140
6.6.3	Informatie over zorginhoudelijke zaken	140
6.6.4	Inspraak van cliënten en hun organisaties	141

<b>6.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
6.7.1	Positieve effecten	142
6.7.2	Veranderingen in regelgeving	143
6.7.3	Negatieve effecten	143
<b>6.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
6.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	144
6.8.2	Kostprijsstelsel	145
<b>6.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
6.9.1	Externe beoordelingen	145
6.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	146
6.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	146
6.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	147
6.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	148
6.9.6	Verwachtingen van de branche-organisatie	148
<b>6.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
6.10.1	Organisatiestructuur	149
6.10.2	Werkdruk	149
6.10.3	Organisatiecultuur	150



## 6 VERZORGINGSHUIZEN

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de verzorgingshuizen gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 193 enquêtes die zijn ingevuld door verzorgingshuizen. Het betreft een willekeurige steekproef uit alle verzorgingshuizen in Nederland. De respons was 66%.

Van de verzorgingshuizen geeft 69% aan deel uit te maken van een Zorggroep of Stichting.

Van de enquêtes is 60% ingevuld door de directie of het management van het verzorgingshuis en 40% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris.

Van de respondenten meldt 69% in de vragenlijst dat de branche-organisatie contact met het verzorgingshuis mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 193 respondenten = 96,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de respondenten dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 6.1 Beleid en strategie

### 6.1.1 In hoeverre beschikt uw verzorgingshuis over onderstaande documenten?

Percentage verzorgingshuizen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=193)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	2	10	88	-
Kwaliteitsjaarverslag	6	12	81	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	7	40	52	-
Productomschrijvingen	10	48	43	-
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	13	45	43	-
Kwaliteitshandboek	21	55	24	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 88% van de verzorgingshuizen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 10% van de verzorgingshuizen in ontwikkeling.

Van de verzorgingshuizen brengt 81% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 6% van de verzorgingshuizen gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek. 24% van de verzorgingshuizen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij ruim de helft van de verzorgingshuizen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 6.1.2 Zijn in uw verzorgingshuis voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage verzorgingshuizen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=193)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	18%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	49%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	66%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	21%
Andere voorzieningen	13%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	12%

Het meest frequent hebben verzorgingshuizen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (66%). Relatief veel verzorgingshuizen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (49%).

Het minst vaak is een intern budget voor kwaliteitszorg gereserveerd (18%). 12% van de verzorgingshuizen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 6.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in het verzorgingshuis?

Percentage verzorgingshuizen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=193)

	%
De stuurgroep of commissie(s)	37%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	59%
Een extern bureau of adviseur	10%
De professionele zorgverleners	7%
Directie of management	73%
Hoofden of leidinggevenden	39%
Andere personen	8%
Niemand in het bijzonder	3%

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 73% van de verzorgingshuizen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 3% van de verzorgingshuizen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 6.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 6.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage verzorgingshuizen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=193)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	74%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	73%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	30%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	76%
Scholing van management en leidinggevenden	68%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	40%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	34%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	7%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	64%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	30%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	35%

---

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Driekwart van de verzorgingshuizen (74%) zegt dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 73% van de verzorgingshuizen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig verzorgingshuizen (30%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (7%).

### 6.2.2 Wordt voor verpleging en verzorging werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage verzorgingshuizen dat voor verpleging en verzorging werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=193)

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	88%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	39%
Deel nemen aan bewonersbesprekingen	88%
Participeren in verbeterteams/projecten	65%
Intercollegiale toetsing met interne collega's	24%
Intercollegiale toetsing met externe collega's	17%
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	72%

In zijn algemeenheid blijkt dat veel verzorgingshuizen tijd voor kwaliteitszorg vrijmaken voor de medewerkers. 88% van de verzorgingshuizen heeft tijd ingeroosterd voor het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing en eveneens voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen (72%) en het bijwonen van bewonersbesprekingen (65%).

Relatief veel verzorgingshuizen melden dat de medewerkers tijd krijgen om te participeren in kwaliteitsprojecten of verbeterteams (65%). Het minst vaak is tijd vrijgemaakt voor intercollegiale toetsing met externe collega's (17%).

## 6.3 Procedures en specifieke protocollen in verzorgingshuizen

### 6.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw verzorgingshuis gebruikt?

Percentage verzorgingshuizen dat onderstaande protocollen hanteert (N=193)

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichtingen	87%
Voorlichting aan de cliënt	54%
Vorbehouden handelingen	91%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	60%
Kritische momenten in het zorgproces	38%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	29%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	51%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	45%

Veel verzorgingshuizen (91%) hebben protocollen opgesteld voor voorbehouden handelingen en 87% van de verzorgingshuizen zegt dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor

specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in verzorgingshuizen. Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen betreffende specifieke doelgroepen (29%).

### 6.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage verzorgingshuizen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor verzorgingshuizen (N=193)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de cliënt	42%	23%
Verpleegkundige handelingen	89%	40%
Toepassen van middelen en maatregelen	57%	26%
Omgaan met klachten	86%	43%
Infectie-preventie	51%	21%
Melding van incidenten	93%	55%
Processen rond het levenseinde	49%	19%
Handelwijze bij overlijden	69%	26%

Protocollen die in bijna alle verzorgingshuizen aanwezig zijn betreffen de wijze waarop omgegaan moet worden met incidenten (93%) en klachten (86%). Bijna alle verzorgingshuizen (89%) hanteren ook protocollen voor verpleegkundige handelingen. Het minst vaak hanteren verzorgingshuizen protocollen voor de bejegening van de cliënten (42%).

De naleving van protocollen wordt relatief weinig onderzocht. In zijn algemeenheid blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt onderzocht of het protocol wordt toegepast dan wel nageleefd.

### 6.3.3 Is er verzorgingshuisbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage verzorgingshuizen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=193)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	37%
Ja, er is wel een uniforme wijze	61%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	25%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	44%
– wie het protocol heeft vastgesteld	49%
– voor wie het protocol is bedoeld	56%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	36%

37% van de verzorgingshuizen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Verzorgingshuizen die dat wel doen (61%) vermelden doorgaans voor wie het protocol is bedoeld (56%) en wie het protocol heeft vastgesteld (49%).

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 36% van de verzorgingshuizen.

### 6.3.4 Is er in het verzorgingshuis een procedure voor het documenteren en actualiseren van protocollen?

Percentage verzorgingshuizen dat dergelijke procedures hanteert (N=193)

	%
Nee	16%
Nee, daar wordt aan gewerkt	44%
Er is een procedure voor het documenteren van protocollen/richtlijnen	12%
Er is een procedure voor het documenteren en voor het actualiseren van protocollen	26%

44% van de verzorgingshuizen geeft aan dat er gewerkt wordt aan procedures voor het documenteren en actualiseren van protocollen en richtlijnen. Bij 26% van de instellingen worden dergelijke procedures reeds gehanteerd.

### 6.3.5 Wie zijn betrokken bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen?

Percentage verzorgingshuizen waarbij de volgende functionarissen betrokken zijn bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen (N=193)

	%
Managers of hoofden	90%
Helpenden	22%
Verzorgenden	55%
Teamleiders	75%
Stafffunctionaris of kwaliteitsfunctionaris	52%
Anderen	15%

90% van de verzorgingshuizen geeft aan dat hoofden of leidinggevendenden betrokken zijn bij het opstellen van protocollen of richtlijnen en 75% meldt dat (eveneens) teamleiders daarbij betrokken zijn. Het minst vaak (22%) zijn helpenden betrokken bij het opstellen van protocollen.

### 6.3.6 Is er op verzorgingshuisniveau een procedure voor zorgplannen en wat is daarin geregeld?

Percentage verzorgingshuizen dat procedures hanteert voor zorgplannen (N=193)

	%
Nee, op verzorgingshuisniveau is er geen procedure voor zorgplannen	18%
Ja, er is er wel een systeem voor zorgplannen/dossiers	82%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	80%
- de verantwoordelijkheidstoedeling	56%
- de wijze waarop de cliënt bij het zorgplan wordt betrokken	68%
- het inzagerecht van cliënt (of familie)	60%
- op welke wijze afstemming plaatsvindt met betrokken professionals	60%
- op welke termijn en hoe de zorg met de cliënt wordt geëvalueerd	62%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	36%

Ruim vier op de vijf verzorgingshuizen (82%) zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op veel onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de meerderheid van de verzorgingshuizen.

Ruim een derde van de verzorgingshuizen (36%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.



**6.3.7 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage verzorgingshuizen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=193)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	20%
Ja, er zijn wel procedures	80%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- Opnameprocedures	67%
- Zorgplansysteem	63%
- Medicijnbeheer	69%
- Overplaatsing of vertrek	51%

Volgens 80% van de verzorgingshuizen is in procedures vastgelegd hoe de primaire processen verlopen. Het meest frequent (69%) is het medicijnbeheer in procedures geregeld; het minst frequent geldt dat voor overplaatsing of vertrek van de cliënt (51%).

## 6.4 Deelsystemen en indicatoren

### 6.4.1 Vinden in uw verzorgingshuis - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage verzorgingshuizen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=193)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	7	37	55	1
Commissies (infecties, FONA, enz.)	17	39	43	1
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	47	39	13	1
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	51	37	11	1
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	11	25	64	-
Klachtenregistratie/behandeling	17	40	43	-
Management informatiesysteem	47	40	13	-
Interne audits	58	31	10	1
Interinstitutionele toetsing/visitatie	89	8	3	-
Benchmarking	53	39	6	1
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familiaarraad	2	31	66	1
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	33	38	29	-
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	50	34	15	1
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	89	8	1	2
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	66	29	5	-
Behoeftesonderzoek verwijzers	82	16	2	-

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent is dat het periodieke overleg met de cliëntenraad (66%) als cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem. Daarna volgen de resultaten van de functioneringsgesprekken (64%) en de evaluaties van de zorgplannen, namelijk in 55% van de verzorgingshuizen.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 68% van de verzorgingshuizen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. Doorgaans betreft dat een of twee verbeterprojecten. 38% van de verzorgingshuizen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd. Eén verzorgingshuis maakt melding van 16 kwaliteitsprojecten in 1999.

#### 6.4.2 Welke gegevens worden door de directie gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage verzorgingshuizen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=193)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder cliënten	66%
Meningspeilingen onder medewerkers	62%
Exitinterviews onder cliënten	17%
Exitinterviews onder medewerkers	36%
Opvattingen van de cliëntenraad	90%
Opvattingen van ketenpartners	40%
Opvattingen van de financier	56%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	26%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	17%

De opvattingen van de cliëntenraad worden door 90% van de verzorgingshuizen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Daarna volgen de meningspeilingen onder cliënten, die door 66% van de verzorgingshuizen voor dat doel worden gebruikt.

Relatief weinig verzorgingshuizen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (17%) en datzelfde geldt voor gegevens uit externe toetsingen of visitaties (17%).

### 6.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage verzorgingshuizen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=193)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	13%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	86%
<i>Namelijk voor:</i>	
- evaluaties van zorgplannen	47%
- gegevens over zorgzwaarte	74%
- wachtlijsten/tijden	60%
- ziekte en verloop van medewerkers	74%
- incidenten	62%
- klachten	67%
- andere indicatoren	5%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de gegevens over zorgzwaarte (74%) en gegevens over ziekte en verloop van medewerkers (74%).

Weinig verzorgingshuizen (5%) hebben aangegeven dat andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 6.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 6.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?

Percentage verzorgingshuizen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=193)

	%
<i>Management en professionals.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	3%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	26%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	62%
Andere vormen	5%

In bijna twee derde van de verzorgingshuizen (62%) wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners.

Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (3%).

**6.5.2 Welke aspecten van de multidisciplinaire samenwerking zijn schriftelijk geregeld en wordt periodiek getoetst (voor zover van toepassing).**

Percentage verzorgingshuizen waarbij de multidisciplinaire samenwerking schriftelijk is geregeld en periodiek wordt getoetst (N=193)

	schriftelijk geregeld	periodiek getoetst
<i>Aspecten van multidisciplinaire samenwerking</i>		
Betrokkenheid van verschillende disciplines bij de zorg	53%	25%
De communicatie tussen de disciplines	43%	19%
Verantwoordelijkheid voor coördinatie van de zorg	51%	18%
De besluitvorming rond het zorgproces	46%	19%
De rol van de cliënt in de multidisciplinaire benadering	36%	15%

Van de verzorgingshuizen geeft 72% aan (niet in de tabel) dat meerdere disciplines bij de zorg- of dienstverlening zijn betrokken. In 24% van de verzorgingshuizen is dat niet van toepassing.

Ruim de helft van de verzorgingshuizen meldt dat de betrokkenheid van de verschillende disciplines schriftelijk geregeld is (53%). Dat geldt ook voor de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg (51%).

De laatste kolom toont dat dergelijke schriftelijke afspraken in minder dan de helft van de gevallen periodiek wordt getoetst.

### 6.5.3 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage verzorgingshuizen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=193)

	%
Huisartsen	72%
Ziekenhuis	20%
Verpleeghuis	88%
Andere verzorgingshuizen	78%
Thuiszorginstellingen	59%
Woningbouw corporaties	40%
Meerdere partners over transmurale zorg	31%

De meest genoemde samenwerkingspartner voor verzorgingshuizen zijn het verpleeghuis (88%) en andere verzorgingshuizen (78%). Ook de huisarts wordt frequent genoemd (72%). Weinig verzorgingshuizen (20%) melden dat structureel overleg plaatsvindt met het ziekenhuis.

### 6.5.4 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage verzorgingshuizen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=193).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	59%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	30%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	19%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	11%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	17%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	12%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	8%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	7%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	9%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	5%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	4%

Van de verzorgingshuizen geeft 59% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteits-

bewaking plaatsvindt dan gebeurt dat het meest frequent via het formuleren van een gemeenschappelijke visie (10%) en via gemeenschappelijk overleg om de kwaliteit te evalueren (17%).

Minder vaak worden andere vormen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking genoemd.

Van de verzorgingshuizen die melding maken van gezamenlijke kwaliteitsbewaking heeft 23% een of meerdere zorgketens of transmurale projecten ingevuld. 12% vermeldt 1 project. 10% meldt twee of drie projecten. En 1% maakt melding van 4 zorgketens of transmurale projecten met gezamenlijke kwaliteitsbewaking.

## 6.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 6.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage verzorgingshuizen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=193)

	nee nvt	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	16	66	4	2	12
Ontwikkelen van normen of criteria	40	46	3	1	10
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	38	41	2	-	19
Participatie in (kwaliteits)commissies	45	38	3	-	14
Opstellen van protocollen of standaarden	53	32	1	-	14
Participatie in verbeterprojecten	42	33	3	-	22

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of ouderverenigingen

Tweederde van de verzorgingshuizen betreft de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

Minder vaak wordt de cliëntenraad betrokken bij het opstellen van protocollen of het participeren in verbeterprojecten.

Weinig verzorgingshuizen melden dat (ook) cliëntenorganisaties of ouderverenigingen betrokken zijn bij de kwaliteitszorg (zie derde kolom).

### 6.6.2 Verstrekt het verzorgingshuis standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten over hun rechtspositie?

Percentage verzorgingshuizen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=193)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	14%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	85%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	23%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	80%
- de privacy-bescherming	63%
- de cliëntenraad	78%

85% van de verzorgingshuizen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (80%) en informatie over de cliëntenraad (78%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (23%).

### 6.6.3 Over welke zorginhoudelijke zaken worden cliënten mondeling en/of schriftelijk geïnformeerd bij binnenkomst?

Percentage verzorgingshuizen dat mondelinge en/of schriftelijke informatie aan cliënten verstrekt (N=193)

	mondeling geïnformeerd	schriftelijk geïnformeerd
<i>Informatie over:</i>		
Zorgvisie	63%	62%
Levensbeschouwelijke grondslag	56%	67%
Procedures bij opname en introductie	75%	56%
Zorgcoördinator (aanspreekpersoon)	79%	50%
Huisregels	52%	86%
De aard van het aanbod	57%	60%
Overplaatsingscriteria	54%	43%
Financiële gevolgen voor de cliënt	49%	55%

Veel informatie wordt zowel mondeling als schriftelijk gegeven, zoals de tabel laat zien. Mondelinge informatie betreft het meest frequent de zorg coördinator of aanspreekpersoon (79%) en de procedures bij opname en introductie (75%). Schriftelijke informatie wordt



daarnaast het meest gegeven over de huisregels (86%) en de levensbeschouwelijke grondslag (67%). Minder verzorgingshuizen zeggen schriftelijke informatie te geven over overplaatsingscriteria (43%) en minder mondelinge informatie wordt gegeven over de financiële gevolgen voor de cliënt (49%).

#### 6.6.4 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage verzorgingshuizen waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=193)

##### *Individueel niveau*

Cliënten hebben inspraak in het zorgplan	86%
Periodiek wordt het oordeel van de cliënt over de zorgverlening gevraagd	57%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	95%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	76%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	79%

##### *Cliëntenorganisaties/ouderenbonden enz.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	34%
Cliëntenorganisaties beoordelen het verzorgingshuis	8%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	14%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	9%

In nagenoeg alle verzorgingshuizen is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad (95%) en hebben cliënten inspraak in het zorgplan of begeleidingsplan (86%).

Het komt nog niet vaak voor dat verzorgingshuizen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie, bijvoorbeeld door een RP/CP (8%).

## 6.7 Positieve en negatieve effecten

### 6.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage verzorgingshuizen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=193)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de cliëntgerichtheid	22	75	-	3
Toename van tevredenheid van gebruikers	17	76	6	1
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	16	78	5	1
Toename van de inzet van de medewerkers	22	64	9	4
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	16	77	6	1
Betere profilering van het verzorgingshuis	22	74	3	1
Toename van tevredenheid van externe partijen	15	75	6	4
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	19	80	-	1
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	13	80	3	4
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	15	60	21	4
Kostenbesparing in de eigen instelling	10	45	40	5
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	4	24	52	20

De eerste kolom laat zien dat vrij weinig verzorgingshuizen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de cliëntgerichtheid is toegenomen (22%), dat de inzet van de medewerkers is toegenomen (22%) en dat kwaliteitszorg geleid heeft tot een betere profilering van het verzorgingshuis (22%). Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (10%).

Wel verwachten de verzorgingshuizen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

**6.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw verzorgingshuis veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage verzorgingshuizen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=193)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	81%
Formalisering van regels en procedures	57%
Bewaking van regels en procedures	63%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	56%
Betere toetsing van regels en procedures	46%
Verwijdering van regels en procedures	36%

In 81% van de verzorgingshuizen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in twee derde van de verzorgingshuizen (63%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden verzorgingshuizen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (36%).

**6.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw verzorgingshuis opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage verzorgingshuizen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=193)

	% verzorgingshuizen
De werkdruk is toegenomen	39%
De kosten zijn gestegen	33%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	6%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	3%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	39%

In ruim een derde van de verzorgingshuizen (39%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en brengt kwaliteitszorg extra kosten met zich mee (33%).

Er zijn nauwelijks verzorgingshuizen (3%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 6.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 6.8.1 Heeft uw verzorgingshuis inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage verzorgingshuizen dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=193).

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	75%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	37%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	37%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	9%
Geen inzicht in verbeterkosten	21%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	20%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	18%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	17%
Interne beoordelingen/interne audits	15%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	12%
Registratie van incidenten/complicaties	3%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	7%
Geen inzicht in beoordelingskosten	58%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	21%
Claims/schadevergoedingen	21%
Verlenging van verblijfs- of behandelduur	9%
Verspilling van materiaal	9%
Dubbel werk/inefficiënt werk	9%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	5%
Geen inzicht in herstelkosten	65%

75% van de verzorgingshuizen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 37% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel verzorgingshuizen melden geen inzicht te hebben in herstelkosten (65%) of beoordelingskosten (58%).

Ruim de helft van de verzorgingshuizen (56%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 8% van de verzorgingshuizen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

### 6.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw verzorgingshuis gewerkt met een kostprijsstelsel?

Percentage verzorgingshuizen met een kostprijsstelsel (N=193)

	%
Onbekend	11%
Nee	40%
Ja	47%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, voedingsdienst)	39%
- de kosten per product (bijv. dagopvang,, maaltijdvoorziening)	39%
- de kosten voor het totale zorg/dienstverleningsproces per cliëntencategorie	8%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg/dienstverleningsproces	8%

Er zijn meer verzorgingshuizen die wel met een kostprijsstelsel werken dan verzorgingshuizen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten per dienst berekend (39%) en per product (39%).

Het minst frequent worden de kosten van zorg- of dienstverleningsprocessen berekend en de kosten van alle verrichtingen binnen dat zorgproces (8%).

## 6.9 Toekomstplannen en certificering

### 6.9.1 Is uw verzorgingshuis al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar het verzorgingshuis (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

Percentage verzorgingshuizen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=193)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	7%	9%
Met behulp van Externe Kwaliteitstoetsing door WZF/VDB/LOC	7%	26%
Door een cliëntenorganisatie bijv LOC of RP/CP	8%	7%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	4%	16%
Andere vormen van beoordeling	9%	3%

Er zijn meer verzorgingshuizen die de komende drie jaar streven naar een vorm van externe beoordeling dan verzorgingshuizen die de afgelopen jaar extern zijn beoordeeld. Het meest frequent wordt de Externe Kwaliteitstoetsing door WZF/VDB/LOC genoemd (26%).

### 6.9.2 Wordt in uw verzorgingshuis gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteits-keurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage verzorgingshuizen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=193)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een WoonZorg Kwaliteitslabel	40	17	4	39
Een HKZ-certificaat	37	20	1	42
Een ISO-certificaat	39	6	1	54
Een MIK-V-certificaat	35	27	-	38
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	4	-	96

Ruim een derde van de verzorgingshuizen werkt niet aan het behalen van een keurmerk of certificaat. Het meest frequent wordt gewerkt aan het behalen van een MIK-V certificaat (27%) gevolgd door een HKZ-certificaat (20%).

1% van de verzorgingshuizen bezit een ISO-certificaat en 6% werkt aan het behalen van een dergelijk certificaat.

### 6.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage verzorgingshuizen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=193)

	%
WZF - EKV-eisen Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen	26%
HKZ-model - Beschreven in Goed Geregeld Kwaliteitswijzer etc. WZF	45%
ISO - International Standards of Organization	5%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	3%
MIK-V - Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen	42%
LOC - Meet en bespreekprocedure	7%
LOC - Kwaliteit van verzorgingshuizen, bewoners aan het woord	9%
Anders	5%

Het meest gebruikte model (45%) is het HKZ-model, zoals beschreven in Goed Geregeld, Kwaliteitswijzer Verzorgingshuizen van de WZF. Bijna even vaak wordt het MIK-V model voor verpleeghuizen gebruikt (42%). Een kwart van de verzorgingshuizen gebruikt ook de EKV-eisen (26%).

De overige modellen en systemen worden niet veel genoemd.

Drie kwart van de verzorgingshuizen (73%, niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt.

#### 6.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage verzorgingshuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=193).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	78%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	44%
Opstellen van protocollen of procedures	76%
Regionale afstemming en samenwerking	37%
Scholing in kwaliteitszorg	51%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	45%
Afstemming van zorgprocessen intern	40%
Interne toetsingen c.q. audits	24%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	24%
Externe beoordeling of certificering	9%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (78%) en het opstellen van protocollen of proceduresconsequent (76%).

9% van de verzorgingshuizen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar hoge prioriteit heeft.

### 6.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw verzorgingshuis voor de komende vijf jaar?

Percentage verzorgingshuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=193).

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	18%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	25%
Bouw, verbouw en renovatie	15%
Medewerkers (werving en scholing)	19%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	17%
Kwaliteitszorg algemeen	63%
Product vernieuwing of uitbreiding	14%
Fusie of de nasleep daarvan	9%

---

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen. Voor 63% van de verzorgingshuizen is kwaliteitszorg het belangrijkste aandachtsgebied voor de komende vijf jaar. In 9% van de verzorgingshuizen is de fusie of de nasleep daarvan het belangrijkste aandachtsgebied.

### 6.9.6 Wat verwacht u van de WZF c.q. de (toekomstige) branche-organisatie m.b.t. ondersteuning van kwaliteitszorg?

Percentage verzorgingshuizen dat het volgende verwacht (N=193)

---

	%
Het bevorderen van uitwisseling tussen zorg-verpleegverzorgingshuizen	72%
Ondersteunen van een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen	60%
Het organiseren van externe toetsing vanuit de branche-organisatie	39%
Anders	8%

---

Het meest frequent verwachten verzorgingshuizen (72%) dat de branche-organisatie de uitwisseling tussen zorg-verpleeginstellingen op het gebied van kwaliteitszorg bevordert. Daarna volgt het ondersteunen van een netwerk van kwaliteitsfunctionarissen (60%). Andere wensen worden door niet veel verzorgingshuizen gemeld (8%).



## 6.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 6.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw verzorgingshuis typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=193)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,9
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,1
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,5
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	4,0
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,2
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,6
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,8

Wat betreft de besluitvorming wordt vaker gemeld dat deze centraal plaatsvindt en minder vaak decentraal.

Medewerkers blijken in veel verzorgingshuizen veel binding met het verzorgingshuis te hebben.

### 6.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw verzorgingshuis? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=193)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	2,9
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,8
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	4,2
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,0
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,9
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,6

Relatief veel verzorgingshuizen zijn het eens met de stelling dat de werkdruk in onze instelling te hoog is.

Weinig respondenten zijn het eens met de stelling dat het verzorgingshuis teveel concurrentie ervaart.

**6.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage verzorgingshuizen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=193)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	23%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	60%
- een formele en gestructureerde instelling	9%
- een productiegerichte instelling	6%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	10%
- staat open voor veranderingen	49%
- benadrukt de regels	7%
- is meer coach en coördinator	32%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	21%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	36%
- zijn formele regels en afspraken	3%
- is het goed vervullen van je taken	37%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	48%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	18%
- continuïteit en stabiliteit	29%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	4%

Het meest frequent hebben verzorgingshuizen zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (60%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (49%). Bijna de helft (48%) van de verzorgingshuizen zeggen dat de instelling de waarde van het personeel en het belang van scholing benadrukt.

Weinig verzorgingshuizen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 7 Ziekenhuizen

### 7.1 **Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

7.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	154
7.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	154
7.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	155

### 7.2 **Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

7.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	156
7.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	157
7.2.3	Visitatie van de medisch specialisten	157

### 7.3 **Procedures en ziekenhuisprotocollen: tabellen m.b.t.:**

7.3.1	Algemene protocollen en procedures	158
7.3.2	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	158
7.3.3	Specifieke ziekenhuis protocollen	159
7.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	160
7.3.5	Ziekenhuiscommissies	160

### 7.4 **Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

7.4.1	Deelsystemen	161
7.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	162
7.4.3	Indicatoren voor monitoring	163

### 7.5 **Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

7.5.1	Samenhang in het kwaliteitsbeleid van management en medisch specialisten	164
7.5.2	Herontwerpen van zorgprocessen	164
7.5.3	Structureel overleg met ketenpartners	165
7.5.4	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	165

### 7.6 **Participatie en inspraak van patiënten: tabellen m.b.t.:**

7.6.1	Participatie van patiënten	166
7.6.2	Informatie aan patiënten over rechtspositie	167
7.6.3	Inspraak van patiënten en hun organisaties	167

### 7.7 **Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:**

7.7.1	Positieve effecten	168
7.7.2	Veranderingen in regelgeving	169
7.7.3	Negatieve effecten	169

<b>7.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
7.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	170
7.8.2	Kostprijsstelsel	171
<b>7.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
7.9.1	Externe beoordelingen	171
7.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	172
7.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	173
7.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	173
7.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	174
<b>7.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
7.10.1	Organisatiestructuur	175
7.10.2	Werkdruk	175
7.10.3	Organisatiecultuur	176

## 7 Ziekenhuizen

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de ziekenhuizen gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 101 enquêtes die zijn ingevuld door ziekenhuizen en enkele revalidatiecentra. De respons was 68%.

Van de ziekenhuizen geeft 24% aan deel uit te maken van een Zorggroep of Stichting.

Van de enquêtes is 42% ingevuld door de directie of het management van het ziekenhuis en 60% is (mede) ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. Bij 22% zijn ook nog andere personen betrokken geweest bij het invullen van de vragenlijst.

Van de respondenten meldt 80% in de vragenlijst dat de NVZ contact met het ziekenhuis mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in het ziekenhuis in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 101 respondenten = 50,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de respondenten dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 7.1 Beleid en strategie

### 7.1.1 In hoeverre beschikt uw ziekenhuis over onderstaande documenten?

Percentage ziekenhuizen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=101)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	3	4	91	2
Kwaliteitsjaarverslag	-	2	97	1
Kwaliteitsbeleid op schrift	5	37	56	2
Productomschrijvingen	27	47	22	4
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	15	42	41	2
Kwaliteitshandboek	34	53	10	3

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 91% van de ziekenhuizen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 4% van de ziekenhuizen in ontwikkeling.

Van de ziekenhuizen brengt 97% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 2% van de ziekenhuizen is dat nog in ontwikkeling.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek. 10% van de ziekenhuizen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij ruim de helft van de ziekenhuizen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 7.1.2 Zijn in uw ziekenhuis voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage ziekenhuizen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=101)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	50%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	79%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	79%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	21%
Andere voorzieningen	9%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	4%

Het meest frequent hebben ziekenhuizen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld (79%). Veel ziekenhuizen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (79%).

Het minst vaak is een extern bureau of adviseur ingeschakeld (21%).

4% van de ziekenhuizen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 7.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in het ziekenhuis?

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=101)

	%
De stuurgroep of commissie(s)	63%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	74%
Een extern bureau of adviseur	3%
De professionele hulpverleners	36%
Directie of management	71%
Hoofden of leidinggevenden	46%
Andere personen	18%
Niemand in het bijzonder	3%

Volgens de respondenten is de kwaliteitsfunctionaris de motor achter de kwaliteitszorg in 74% van de ziekenhuizen, direct gevolgd door directie of het management (71%). De stuurgroepen en commissies spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg (63%).

In 3% van de ziekenhuizen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 7.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 7.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage ziekenhuizen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=101)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	82%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	88%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	19%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	74%
Scholing van management en leidinggevenden	77%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	39%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	29%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	12%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	65%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	42%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	30%

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Veel ziekenhuizen (82%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 88% van de ziekenhuizen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig ziekenhuizen (19%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (12%).



### 7.2.2 Is voor verplegend personeel, paramedici of medisch specialisten werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage ziekenhuizen dat werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=101)

	verplegend personeel	para- medici	medisch specialisten
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>			
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	99	88	75
Training in methoden voor kwaliteitszorg	49	38	27
Multidisciplinaire patiëntbesprekingen	81	80	85
Intercollegiale toetsing/toetsingsstudies	26	37	54
Visitaties door de beroepsverenigingen	13	30	89
Participeren in verbeterteams/projecten	81	79	67
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	87	84	74

In zijn algemeenheid blijkt dat veel ziekenhuizen tijd voor kwaliteitszorg vrijmaken voor de medewerkers. In 90% van de ziekenhuizen is tijd ingeroosterd voor het verplegend personeel en paramedici (88%) voor het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing. Voor de medisch specialisten geldt dat in 75% van de ziekenhuizen.

Voor visitaties door de beroepsverenigingen is in 89% van de ziekenhuizen tijd ingeroosterd voor de medisch specialisten. Bij de andere beroepsgroepen komt dat minder frequent voor.

### 7.2.3 Wat wordt gedaan met de visitatierapporten die de maatschap ontvangt?

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft wat met de visitatierapporten wordt gedaan (N=101)

	%
De visitatierapporten worden besproken in de maatschap	77%
De visitatierapporten worden besproken in de medische staf	28%
De visitatierapporten worden besproken met de directie	68%
N.a.v. de visitatie worden verbeteracties gepland en op schrift gesteld	45%
De resultaten van deze verbeteracties worden gepubliceerd in het jaarverslag	7%

Volgens de respondenten worden de visitatierapporten in 77% van de ziekenhuizen besproken in de maatschap en in 68% van de ziekenhuizen worden deze rapporten eveneens met de directie besproken. Weinig respondenten melden dat de resultaten van (eventuele) verbeteracties worden gepubliceerd in het jaarverslag.

### 7.3 Procedures en specifieke protocollen in ziekenhuizen

#### 7.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw ziekenhuis gebruikt?

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande protocollen hanteert (N=101)

---

*Procedures/protocollen m.b.t.*

Specifieke vaktechnische verrichtingen	96%
Voorlichting aan de patiënt	74%
Voorbehouden handelingen	93%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	65%
Kritische momenten in het zorgproces	56%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	85%
Routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting	46%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	67%

---

Veel ziekenhuizen (96%) hebben protocollen opgesteld voor specifieke verrichtingen, en voor voorbehouden handelingen (93%). Zie tabel 7.3.3 voor specifieke protocollen in ziekenhuizen.

#### 7.3.2 Is er ziekenhuisbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage ziekenhuizen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=101)

---

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	34%
Ja, er is wel een uniforme wijze	64%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	63%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	55%
– wie het protocol heeft vastgesteld	55%
– voor wie het protocol is bedoeld	55%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	52%

---

34% van de ziekenhuizen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Ziekenhuizen die dat wel doen (64%) vermelden doorgaans alle in de tabel genoemde aspecten.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 52% van de ziekenhuizen.

### 7.3.3 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage ziekenhuizen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor ziekenhuizen (N=101)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Een actueel ziekenhuisprotocol voor:</i>		
- het invullen van patiëntenstatus/dossiers	53	15
- prophylactisch antibiotica gebruik	66	28
- pre-operatieve screening	64	23
- medicatiebeleid	65	29
- bloedtransfusie beleid	75	33
- aanvragen van bloed(producten)	75	30
<i>Preventieve protocollen</i>		
- infectie-preventie	86	50
- preventie van decubitus	79	40
- vermijden van valincidenten	42	15
- voorkomen van medicatie(toedienings)fouten	47	22
- MIP-meldingen	94	41
<i>Klachtenprotocollen</i>		
- klachtenopvang	91	49
- klachtenbemiddeling	92	49
- klachtenbehandeling	95	49
- WA-procedure (wettelijke aansprakelijkheid)	60	34

Protocollen die in bijna alle ziekenhuizen aanwezig zijn betreffen de klachtenbehandeling (95%), de melding van incidenten (94%) en de klachtenbemiddeling (92%).

Het minst vaak hanteren ziekenhuizen protocollen voor het vermijden van valincidenten (42%).

De naleving van protocollen wordt relatief weinig onderzocht. In zijn algemeenheid blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt onderzocht of het protocol wordt toegepast dan wel nageleefd.

### 7.3.4 Is er in het ziekenhuis een procedure voor het documenteren en actualiseren van protocollen?

Percentage ziekenhuizen dat dergelijke procedures hanteert (N=101)

	%
Nee	15%
Nee, daar wordt aan gewerkt	38%
Er is een procedure voor het documenteren van protocollen/richtlijnen	11%
Er is een procedure voor het documenteren en voor het actualiseren van protocollen	36%

38% van de ziekenhuizen geeft aan dat er gewerkt wordt aan het opstellen van procedures voor het documenteren en actualiseren van protocollen en richtlijnen. Bij 36% van de instellingen worden dergelijke procedures reeds gehanteerd.

### 7.3.5 Zijn er ziekenhuiscommissies die systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid? En, zo ja, welke?

Percentage ziekenhuizen dat waarbij commissies nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid (N=101)

	%
Nee, commissies gaan dat niet na	12%
Ja, commissies gaan dat wel na	87%
<i>Namelijk de volgende commissies:</i>	
- infectie-commissie	72%
- FONA/MIP-commissie	72%
- formularium commissie	31%
- commissie bloedtransfusie beleid	42%
- commissie antibiotica beleid	30%
- decubitus commissie	44%
- necrologie commissie	19%
- intercollegiale toetsingscommissie	25%

Van de ziekenhuizen zegt 87% dat commissies systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbetering hebben geleid. Commissies die dat het meest frequent doen zijn de infectie-commissie (72%) en de FONA/MIP-commissie (eveneens 72%).

Minder frequent komt dat volgens de respondenten voor bij de intercollegiale toetsingscommissie (25%) en de necrologie-commissie (19%).

## 7.4 Deelsystemen en indicatoren

### 7.4.1 Vinden in uw ziekenhuis - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=101)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Behandelplannen of zorgplannen	16	55	26	3
Commissies (infecties, FONA, enz.)	2	38	60	-
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	28	59	11	2
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	38	53	7	2
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	2	51	46	1
Klachtenregistratie/behandeling	6	38	55	1
Management informatiesysteem	40	41	17	2
Interne audits	55	32	12	1
Interinstitutionele toetsing/visitatie	46	28	26	-
Benchmarking	37	51	11	1
<i>Patiënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad	37	37	26	-
Tevredenheidsonderzoek patiënten	17	49	33	1
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	45	36	18	1
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	45	44	11	-
Behoefteonderzoek onder (potentiele) patiënten	74	19	6	1
Behoefteonderzoek verwijzers	63	30	6	1

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt.

Het meest frequent zijn dat de bevindingen van de ziekenhuiscommissies (60%). Ook de klachtenregistratie (55%) en de gegevens van de functioneringsgesprekken (46%) worden door relatief veel ziekenhuizen systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel andere deelsystemen volgens de respondenten nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 84% van de ziekenhuizen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten.

In 14% van de ziekenhuizen betreft dat een of twee verbeterprojecten.

41% van de ziekenhuizen heeft in 1999 drie tot tien projecten uitgevoerd.

17% heeft 11 tot 39 projecten uitgevoerd.

6% heeft meer dan 40 projecten uitgevoerd in 1999.

#### **7.4.2 Welke gegevens worden door de medische staf en welke door (top)managers gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?**

Percentage ziekenhuizen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=101)

	door medisch staf	door (top-) managers
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder patiënten	44	71
Meningspeilingen onder medewerkers	14	51
Exitinterviews onder patiënten	22	46
Exitinterviews onder medewerkers	4	50
Opvattingen van de cliëntenraad	13	51
Opvattingen van ketenpartners	39	61
Opvattingen van de financier	47	77
Bevindingen van interne toetsingen (audits)	30	37
Bevindingen van externe toetsingen of visitaties	86	70

De gegevens die het meest voor evaluatie gebruikt worden door de medische staf zijn de bevindingen uit de visitaties (86%). De opvattingen van de financier worden door 47% voor dat doel gebruikt. Het minst frequent wordt melding gemaakt van exitinterviews van de medewerkers (4%).

Bij het top-management worden de opvattingen van de financier het meest frequent genoemd (77%). Daarna volgen de meningspeilingen onder patiënten die door 71% van de ziekenhuizen voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt.

Het minst frequent wordt melding gemaakt van de bevindingen uit interne audits (37%).

### 7.4.3 Welke indicatoren worden door de medische staf en welke door (top)managers gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage ziekenhuizen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=101)

	door medische staf	door (top)managers
<i>Gebruikte indicatoren:</i>		
- productiecijfers van afdelingen	64	91
- medische outcome gegevens (bijv. complicaties)	63	12
- toegangstijden (tot de eerste afspraak)	57	76
- doorstroomtijden (van het totale zorgproces)	33	48
- wachttijden (in de wachtkamer)	35	51
- ziekte en verloop van medewerkers	16	90
- formele klachtenregistratie	59	91
- overzichten van ongenoegens en klachtenbemiddeling	45	75
- andere indicatoren	7	11

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren die gebruikt worden door de medische staf zijn de productiecijfers (64%) en medische outcome gegevens (63%).

De minst genoemde indicator zijn cijfers over ziekte en verloop van medewerkers (16%).

Bij de topmanagers worden als indicatoren genoemd de productiecijfers (91%) en de klachtenregistratie (91%). Volgens de respondenten gebruikt het topmanagement in 90% van de ziekenhuizen ook cijfers over ziekte en verloop van medewerkers als indicator voor het monitoren van de kwaliteit. Het minst genoemd zijn de medische outcome gegevens (12%).

## 7.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 7.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en van medisch specialisten?

Percentage ziekenhuizen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en medisch specialisten op de volgende wijze is geregeld (N=101)

---

	%
<i>Management en medisch specialisten:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	2%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	36%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	55%
Andere vormen	6%

---

In bijna ruim de helft van de ziekenhuizen (55%) wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de medisch specialisten

Het komt zelden voor dat het management en de medisch specialisten elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (2%), zonder dat naar afstemming wordt gestreefd.

### 7.5.2 Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het herontwerpen (redesign/break-through van afdelingsoverstijgende zorgprocessen? Zo ja, op welke wijze?

Percentage ziekenhuizen dat werkt aan het herontwerpen van zorgprocessen (N=101)

---

	%
Nee, dit is niet aan de orde	14%
Ja, er wordt gewerkt aan herontwerpen van processen	85%
<i>Namelijk:</i>	
- via een enkel voorbeeld project	31%
- via verbeterprojecten op diverse afdelingen	42%
- op ziekenhuisniveau is dit structureel onderdeel van het beleid	24%
- op een andere wijze	6%

---

Van de ziekenhuizen geeft 85% aan dat in het ziekenhuis gewerkt wordt aan het herontwerpen of redesign van afdelingsoverstijgende zorgprocessen. Het meest frequent gebeurt dat (42%) via verbeterprojecten op diverse afdelingen.

In 24% van de ziekenhuizen is dit structureel onderdeel van het beleid.



### 7.5.3 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage ziekenhuizen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=101)

	%
Met huisartsen	77%
Met thuiszorginstellingen	67%
Met verpleeghuizen	78%
Met GGZ-instellingen	41%
Met revalidatie-instellingen	49%
Meerdere partners over transmurale zorg	67%

De meest genoemde samenwerkingspartner voor ziekenhuizen zijn verpleeghuizen (78%) en huisartsen (77%).

Het minst frequent is er structureel overleg met GGZ-instellingen (41%).

### 7.5.4 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage ziekenhuizen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=101).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	38%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	59%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	29%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de patiënt	51%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	29%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	21%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	13%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	11%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	2%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	2%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	2%

Van de ziekenhuizen geeft 38% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens.

Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (59%) dan gebeurt dat het meest frequent via gezamenlijke protocollen voor de overdracht van de patiënt (51%).

In de vragenlijst is gevraagd op welke zorgketens deze gezamenlijke kwaliteitsbewaking betrekking heeft. Het meest genoemd (niet in de tabel) is dat:

de CVA-zorg, door 55% van de ziekenhuizen gemeld;

Diabeteszorg, 40%;

COPD/astma-zorg, 26%.

Daarnaast heeft 42% van de ziekenhuizen aangegeven dat er nog andere zorgketens met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bestaan (24% noemt 1 keten; 14% noemt 2 tot 6 ketens).

## 7.6 Participatie en inspraak van patiënten

### 7.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden patiënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage ziekenhuizen waar patiënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=101)

	nee n.v.t.	patiënten- cliënten raad*	patiënten- organi- saties	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	31	36	13	8	12
Ontwikkelen van normen of criteria	49	21	12	6	12
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	54	13	6	3	24
Participatie in (kwaliteits)commissies	51	18	8	2	21
Opstellen van protocollen of standaarden	58	9	7	2	24
Participatie in verbeterprojecten	47	13	16	1	23

\* of (commissies van) patiënten in de instelling

In 36% van de ziekenhuizen wordt de cliëntenraad betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek. In 13% van de ziekenhuizen worden patiëntenorganisaties daarbij betrokken. En in nog eens 8% van de ziekenhuizen worden beide partijen daarbij betrokken.

### 7.6.2 Verstrekt het ziekenhuis standaard schriftelijke informatie aan nieuwe patiënten over hun rechtspositie?

Percentage ziekenhuizen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe patiënten verstrekt over hun rechtspositie (N=101)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	17%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	82%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	57%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	82%
- de privacy-bescherming	63%
- inzage recht	67%
- WA-procedure	19%
- de cliëntenraad	27%

82% van de ziekenhuizen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan patiënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (82%) en informatie over het inzagerecht (67%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over de WA-procedure (19%).

### 7.6.3 Op welke wijze hebben patiënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage ziekenhuizen waarin patiënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=101)

#### *Individueel niveau*

Patiënten hebben inspraak in het opstellen van hun behandelplan	77%
Samen met de patiënt wordt het behandelplan geëvalueerd	60%

#### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	65%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	36%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	41%

#### *Patiënten/consumentenorganisaties*

Met patiëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	58%
Patiëntenorganisaties toetsen het ziekenhuis	15%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	23%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	23%

In 77% van de ziekenhuizen melden de respondenten dat patiënten inspraak hebben in het opstellen van het behandelplan. In relatief veel ziekenhuizen (65%) is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad.

In 15% van ziekenhuizen is een toetsing uitgevoerd door een patiëntenorganisatie, bijvoorbeeld door een RP/CP.

## 7.7 Positieve en negatieve effecten

### 7.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage ziekenhuizen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=101)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Patiënten</i>				
Toename van de patiëntgerichtheid	27	68	3	2
Toename van tevredenheid van patiënten	19	74	3	4
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	8	84	6	2
Toename van de inzet van de medewerkers	6	73	14	7
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	15	73	8	4
Betere profilering van het ziekenhuis	23	70	4	3
Toename van tevredenheid van externe partijen	15	72	8	5
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	31	67	-	2
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	12	79	6	3
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	4	53	32	11
Kostenbesparing in de eigen instelling	6	60	26	8
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	3	39	39	19

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig ziekenhuizen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt.

Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (31%) en dat de patiëntgerichtheid is toegenomen (27%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (6%).

Wel verwachten de ziekenhuizen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 7.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw ziekenhuis veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage ziekenhuizen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=101)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	79%
Formalisering van regels en procedures	69%
Bewaking van regels en procedures	61%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	49%
Betere toetsing van regels en procedures	49%
Verwijdering van regels en procedures	34%

In 79% van de ziekenhuizen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in bijna twee derde van de ziekenhuizen (61%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden ziekenhuizen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (34%).

### 7.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw ziekenhuis opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage ziekenhuizen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=101)

	%
De werkdruk is toegenomen	51%
De kosten zijn gestegen	38%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	5%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	6%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	29%

De helft van de ziekenhuizen (51%) meldt dat de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg is toegenomen. 38% van de respondenten zegt dat het invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich meebrengt

Er zijn nauwelijks ziekenhuizen (6%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 7.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 7.8.1 Heeft uw ziekenhuis inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage ziekenhuizen dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=101).

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	60%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	39%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	27%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	15%
Geen inzicht in verbeterkosten	34%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	36%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	14%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	27%
Interne beoordelingen/interne audits	13%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	18%
Registratie van incidenten/complicaties	7%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	7%
Geen inzicht in beoordelingskosten	54%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	45%
Claims/schadevergoedingen	61%
Verlenging van verblijfs- of behandelduur	17%
Verspilling van materiaal	5%
Dubbel werk/inefficiënt werk	2%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	6%
Geen inzicht in herstelkosten	38%

60% van de ziekenhuizen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 39% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel ziekenhuizen melden geen inzicht te hebben in beoordelingskosten (54%).

Twee derde van de ziekenhuizen (63%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 45% van de ziekenhuizen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

### 7.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw ziekenhuis gewerkt met een kostprijsstelsel?

Percentage ziekenhuizen met een kostprijsstelsel (N=101)

	%
Onbekend	12%
Nee	45%
Ja	43%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)	29%
- de kosten per product (bijv. dagbehandeling,, maaltijdvoorziening)	20%
- de kosten voor het totale zorgproces per patiëntencategorie	8%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorgproces	19%

Er zijn bijna evenveel ziekenhuizen die wel niet een kostprijsstelsel werken als ziekenhuizen die dat wel doen.

Het meest frequent worden de kosten per dienst berekend (29%) en per product (20%).

Het minst frequent worden de kosten van zorg- of behandelprocessen per patiëntencategorie berekend (8%).

## 7.9 Toekomstplannen en certificering

### 7.9.1 Is uw ziekenhuis al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar het ziekenhuis (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

Percentage ziekenhuizen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=101)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	22%	17%
Met accreditatie georganiseerd door NIAZ/PACE	9%	50%
Door een patiënten/consumer.tenorganisatie bijv RP/CP	14%	14%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. certificering)	14%	17%
Door het accreditatie-instituut van CCKL	28%	34%
Andere vormen van beoordeling	22%	10%

Het meest frequent wordt gemeld dat het ziekenhuis reeds beoordeeld is via het accreditatie-instituut CCKL (28%). Er zijn veel ziekenhuizen (50%) die de komende drie jaar streven naar een vorm van externe beoordeling in het kader van NIAZ/PACE.

Minder frequent wordt gestreefd naar beoordeling door een patiënten/consumentenorganisatie (14%).

### 7.9.2 Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage ziekenhuizen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=101)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Accreditatie van het NIAZ	27	46	1	26
Een HKZ-certificaat/certificaten	36	6	-	58
Een ISO-certificaat	22	11	20	47
Een CCKL-certificaat	17	45	22	16
Andere soorten certificaten of keurmerken	1	12	13	74

Bijna de helft van de ziekenhuizen (46%) werkt aan het behalen van een NIAZ accreditatie en 45% aan een CCKL-accreditatie.

Het minst wordt melding gemaakt van het werken aan een HKZ-certificaat (6%).

20% van de ziekenhuizen bezit inmiddels een ISO-certificaat (voor een of meerdere afdelingen) en 22% een CCKL-certificaat.



### 7.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=101)

	%
PACE - Proefaccreditatie van ziekenhuizen	48%
NIAZ - Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen	58%
ISO - International Standards of Organization	34%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	67%
CCKL - Richtlijn voor Klinisch Chemisch Laboratoria	73%
GLP - Good Laboratory Practice	30%
GCP - Good Clinical Practice	27%
GMP - Good Medical Practice	30%
HKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector	8%
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.	19%
NP/CF - Instrument Patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen	26%

Alle respondenten noemen meerdere modellen of systemen.

Het meest gebruikt wordt de CCKL-Richtlijn (73%), gevolgd door het INK-model (67%).

Het HKZ-model wordt het minst frequent genoemd (8%).

Bijna twee derde van de ziekenhuizen (64%; niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor het ziekenhuis is gemaakt.

### 7.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage ziekenhuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=101).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	78%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	61%
Opstellen van protocollen of procedures	56%
Regionale afstemming en samenwerking	51%
Scholing in kwaliteitszorg	54%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	48%
Herontwerp van zorgprocessen intern	55%
Interne toetsingen c.q. audits	39%
Herontwerp van zorgprocessen met ketenpartners	35%
Externe beoordeling of certificering	27%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (78%) en het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus.

27% van de ziekenhuizen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar hoge prioriteit heeft.

#### **7.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw ziekenhuis voor de komende vijf jaar?**

Percentage ziekenhuizen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=101).

---

	%
<hr/>	
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	54%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	30%
Bouw, verbouw en renovatie	7%
Medewerkers (werving en scholing)	6%
Vraag gerichtheid en patiëntgerichtheid	16%
Kwaliteitszorg algemeen	63%
Product vernieuwing of uitbreiding	5%
Fusie of de nasleep daarvan	10%

---

In een open vraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Voor 63% van de ziekenhuizen is kwaliteitszorg het belangrijkste aandachtsgebied voor de komende vijf jaar.

In 5% van de ziekenhuizen is het vernieuwen of uitbreiden van het aanbod het belangrijkste aandachtsgebied.

## 7.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 7.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw ziekenhuis typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=101)

1 = hiërarchisch, centraal, etc.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,8
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,6
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,3
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,8
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,3
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,4
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,7

In het ziekenhuis is relatief veel protocollair geregeld (3,3)

Medewerkers blijken in veel ziekenhuizen relatief veel binding met het ziekenhuis te hebben (4,4).

### 7.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw ziekenhuis? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=101)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	3,4
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,9
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	3,8
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,1
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,7
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,4

Relatief veel ziekenhuizen zijn het eens met de stelling dat de werkdruk in onze instelling te hoog is.

Weinig respondenten zijn het eens met de stelling dat het ziekenhuis teveel concurrentie ervaart.

**7.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje d t type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage ziekenhuizen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=101)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	16%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	55%
- een formele en gestructureerde instelling	9%
- een productiegerichte instelling	22%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	7%
- staat open voor veranderingen	58%
- benadrukt de regels	11%
- is meer coach en coördinator	25%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	29%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	34%
- zijn formele regels en afspraken	5%
- is het goed vervullen van je taken	34%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	22%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	34%
- continuïteit en stabiliteit	31%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	13%

Het meest frequent hebben ziekenhuizen zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (55%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (58%).

Weinig ziekenhuizen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 8 GEZONDHEIDSCENTRA

### 8.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:

8.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	180
8.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	180
8.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	181

### 8.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:

8.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	182
8.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	183

### 8.3 Procedures en multidisciplinaire werkafspraken: tabellen m.b.t.

8.3.1	Algemene protocollen en procedures	183
8.3.2	Multidisciplinaire werkafspraken	184
8.3.3	Procedures voor het actualiseren van werkafspraken	185
8.3.4	Procedures voor zorg/behandelplannen	185

### 8.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:

8.4.1	Deelsystemen	186
8.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	187
8.4.3	Indicatoren voor monitoring	188

### 8.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:

8.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	188
8.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	189
8.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	189

### 8.6 Participatie en inspraak van patiënten: tabellen m.b.t.:

8.6.1	Participatie van patiënten	190
8.6.2	Informatie aan patiënten over rechtspositie	191
8.6.3	Informatie aan patiënten over zorgaanbod en werkwijze	191
8.6.4	Cliëntenraad	192
8.6.5	Inspraak van patiënten en hun organisaties	192

### 8.7 Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:

8.7.1	Positieve effecten	193
8.7.2	Veranderingen in regelgeving	194
8.7.3	Negatieve effecten	194

<b>8.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
8.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	195
8.8.2	Kostprijsstelsysteem	196
<b>8.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
8.9.1	Externe beoordelingen	196
8.9.2	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	197
8.9.3	Prioriteiten op de korte termijn	197
8.9.4	Prioriteiten op de lange termijn	198
<b>8.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
8.10.1	Organisatiestructuur	199
8.10.2	Werkdruk	199
8.10.3	Organisatiecultuur	200

## **8 GEZONDHEIDSCENTRA**

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de gezondheidscentra gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 67 enquêtes die zijn ingevuld door gezondheidscentra. De respons was 58%.

Van de centra maakt 69% deel uit van een Zorggroep of Stichting.

Van de enquêtes is 76% ingevuld door de het management van het centrum en 5% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in het centrum.

Van de centra meldt 73% in de vragenlijst dat de LVG contact met het centrum mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in het centrum in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 67 respondenten = 33,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de respondenten dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 8.1 Beleid en strategie

### 8.1.1 In hoeverre beschikt uw centrum over onderstaande documenten?

Percentage centra dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=67)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	10	13	76	-
Kwaliteitsjaavverslag	5	13	82	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	30	34	36	-
Productomschrijvingen	27	31	40	2
Kwaliteitswerkplan voor het centrum	27	37	36	-
Kwaliteitshandboek	61	30	9	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 76% van de centra een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 13% van de centra in ontwikkeling.

Van de centra brengt 82% een kwaliteitsjaavverslag uit. Bij 5% van de centra gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 9% van de centra heeft een kwaliteitshandboek samengesteld; bij 30% van de centra wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 8.1.2 Zijn in uw centrum voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage centra dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=67)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	3%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	24%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	25%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	2%
Andere voorzieningen	19%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	42%

Het meest frequent hebben centra een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (25%). Relatief veel centra hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (24%).

Het minst vaak is een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (2%).

42% van de centra zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.



**8.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in het centrum?**

Percentage centra dat aan geeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=67)

	%
De stuurgroep of commissie(s)	16%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	9%
Een extern bureau of adviseur	-
De professionals (disciplines)	45%
Het management of management	63%
Hoofden of leidinggevenden	12%
Andere personen	8%
Niemand in het bijzonder	9%

Volgens de respondenten is de het management de motor achter de kwaliteitszorg in 63% van de centra. De disciplines spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg (45%).

In 9% van de centra is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 8.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 8.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?<sup>1</sup>

Percentage centra dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=67)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	64%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	67%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	10%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	55%
Scholing van management en leidinggevenden	40%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	21%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	33%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	10%
<i>Sturing</i>	
Het management geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van het centrum	40%
Het management bewaakt de werkplannen	37%
Het management toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	39%

---

\* Medewerkers staat (ook) voor professionals

Tweederde van de centra meldt dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen (64%). Ook kunnen de medewerkers in 67% van de centra in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig centra (10%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (10%).

---

<sup>1</sup> Deze vraag is alleen van toepassing als het centrum een personeelsbeleid heeft, bijvoorbeeld in loondienstcentra.

### 8.2.2 Wordt voor huisartsen, fysiotherapeuten en - voor zover van toepassing apotheker(s) en apothekersassistenten werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage centra dat werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=67)

	huis- arts	huisarts- assist.	fysio- thera.	apo- * theke- r	apotheke- r assist.*
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>					
Volgen vakinhoudelijke na-/bijscholing	100	96	85	49	49
Training in methoden van kwaliteitszorg	22	15	24	13	10
Multidisciplinaire patiëntbesprekingen	93	51	76	30	10
Intercollegiale toetsing met interne collega's	79	39	54	22	12
Intercollegiale toetsing met extern collega's	69	12	43	21	3
FTO-overleg	96	8	2	51	2
Participeren in verbetereteams/projecten	58	33	31	24	10
Ontwikkelen van werkafspraken/protocollen	90	72	66	42	28

\* als geen apotheker in het centrum aanwezig is, is deze vraag niet van toepassing

Bij alle centra wordt tijd ingeroosterd voor vakinhoudelijke na- en bijscholing voor alle disciplines en medewerkers. Ook voor multidisciplinaire patiëntbesprekingen is in veel centra tijd ingeruimd. Relatief weinig centra melden dat tijd is vrijgemaakt voor het ontwikkelen van multidisciplinaire werkafspraken.

Minder frequent is tijd ingeroosterd voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg.

## 8.3 Protocollen en multidisciplinaire werkafspraken

### 8.3.1 Wat voor soort protocollen - voor zover van toepassing - worden in uw centrum gebruikt?

Percentage centra dat onderstaande protocollen hanteert (N=67)

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichtingen	91%
Voorlichting aan de patiënt	63%
Vorbehouden handelingen	42%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	34%
Kritische momenten in het zorgproces	21%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	88%
Routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting	51%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	45%

Van de centra zegt 91% dat er protocollen (of werkinstructies) bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke werkafspraken in gezondheidscentra. Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen of werkinstructies voor kritische momenten in het zorgproces (21%).

### 8.3.2 Voor welke categorieën bestaan multidisciplinaire werkafspraken en van welke wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage centra dat beschikt over onderstaande werkafspraken (N=67)

	werkafpraak is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Multidisciplinaire werkafspraken voor:</i>		
Chronische patiënten ambuland (bijv. DMII, Astma)	87%	39%
Zorgintensieve patiënten thuis	48%	10%
Kinderen en jeugd (eenduidige advisering/afstemming)	39%	15%
Klachten met psychosociale achtergrond	49%	18%
Patiënten met bewegingsproblemen	63%	19%
Meervoudige problematiek (ouderen, multiprobleemgezin)	31%	12%
Programmatische preventie (groep, cervix screening)	84%	31%
Voorschrift en medicatiebeleid	64%	34%

Multidisciplinaire werkafspraken die in veel centra aanwezig zijn betreffen werkafspraken voor chronische patiënten (87%) en programmatische preventie (84%).

Minder vaak zijn werkafspraken aanwezig voor meervoudige problematiek (31%).

De percentages in de tweede kolom tonen dat in minder dan de helft van de gevallen waarin een werkafpraak aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of de werkafpraak wordt toegepast of nageleefd.

Van de centra meldt 88% (niet in de tabel) dat de standaarden van de beroepsverenigingen in het centrum worden gebruikt. De model werkafspraken van de LVG worden door 49% van de centra gebruikt, zo melden de respondenten.

### 8.3.3 Hoe wordt gezorgd voor het ontwikkelen, bewaken en actualiseren van werkafspraken?

Percentage centra dat hiervoor wel/geen systematiek heeft (N=67)

	%
Daar is nog geen systematiek (procedure) voor	37%
Daar is een systematiek (procedure) voor op discipline niveau	15%
Daar is een systematiek (procedure) voor op centrumniveau	42%
Anders	10%

42% van de centra hanteert op centrum niveau een procedure voor het ontwikkelen, bewaken en actualiseren van de multidisciplinaire werkafspraken. In 37% van de centra is daar nog geen systematiek voor.

### 8.3.4 Is er op centrumniveau een procedure (systematiek) voor zorg/behandelplannen (werkafspraken) voor patiënten waarbij meerdere disciplines betrokken zijn? Zo ja, wat is daarin geregeld?

Percentage centra dat wel/geen procedures hanteert voor zorg/behandelplannen (N=67)

	%
Nee, er is geen procedure voor geïntegreerde behandelplannen	57%
Ja, er is er wel procedure voor geïntegreerde behandelplannen	42%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	33%
- de disciplines die daarbij betrokken zijn	39%
- de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd	33%
- de eindverantwoordelijkheid voor de hulpverlening	28%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de hulpverlening plaatsvindt	25%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de plannen wordt gecontroleerd	18%

Ruim de helft van de centra (57%) zegt dat geen procedure voor geïntegreerde zorg/behandelplannen wordt gehanteerd. De centra die dat wel doen (42%) antwoorden ook bevestigend op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel).

Minder centra (18%) melden dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.

## 8.4 Deelsystemen en indicatoren

### 8.4.1 Vinden in uw centrum - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage centra dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoordcategorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=67)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Behandelingsplan/zorgplannen	40	48	9	3
Commissies/werkgroepen (bijv. infecties.)	66	25	5	5
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	10	64	25	-
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	24	60	16	-
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	15	37	45	3
Klachtenregistratie/behandeling	31	31	36	2
Management informatiesysteem (bijv. HIS)	66	21	10	3
Interne audits	64	31	5	-
Interinstitutionele toetsing/visitatie	76	21	3	-
Benchmarking	61	34	5	-
<i>Patiënten en gebruikers</i>				
Clëntenraad	64	19	16	-
Tevredenheidsonderzoek patiënten	27	48	22	3
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	36	49	13	2
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	93	5	3	-
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	82	13	3	2
Behoeftesonderzoek verwijzers	91	6	2	2

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de functioneringsgesprekken (45%), en daarna de klachten (36%). Ook de resultaten van de monodisciplinaire intercollegiale toetsing van de disciplines worden in 25% van de centra systematisch voor bijsturing van het beleid gebruikt.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

#### 8.4.2 Welke gegevens gebruikt het centrum voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage centra dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=67)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder patiënten	63%
Meningspeilingen onder medewerkers	90%
Exitinterviews onder patiënten	10%
Exitinterviews onder medewerkers	27%
Opvattingen van de cliëntenraad	22%
Opvattingen van ketenpartners	22%
Opvattingen van de financier	33%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	34%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	15%
Geen van deze gegevens	5%

De meningspeilingen onder de medewerkers worden het meest frequent door de centra (90%) gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Relatief veel centra (63%) zeggen dat ook tevredenheidsmetingen onder patiënten voor dat doel worden gebruikt.

Relatief weinig centra zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder patiënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (10%) en dat geldt ook voor resultaten van externe toetsingen (15%).

### 8.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage centra dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=67)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	24%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	75%
<i>Namelijk:</i>	
- de productiecijfers (behandelingen, medicatie)	58%
- gegevens over uitkomsten van de hulpverlening (resultaat/outcome)	33%
- klachten	61%
- wachtlijsten/tijden	45%
- ziekte en verloop van medewerkers	46%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de klachten (61%) direct gevolgd door de productiecijfers (58%).

Minder centra (33%) hebben aangegeven dat gegevens over de uitkomsten van de hulpverlening worden gemeten voor het monitoren van de kwaliteit.

## 8.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 8.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de disciplines in het centrum)?

Percentage centra waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en disciplines op de volgende wijze is geregeld (N=67)

	%
<i>Management en disciplines.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	8%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	43%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	37%
Andere vormen	10%

In 43% van de centra ontwikkelen het management en de disciplines afzonderlijk een kwaliteitsbeleid, waarbij naar afstemming wordt gestreefd.



### 8.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage centra dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=67)

	%
Medisch specialisten	51%
Ziekenhuizen	34%
Verzorgingshuizen	46%
Verpleeghuizen	28%
Thuiszorg	75%
Meerdere partners over transmurale zorg	33%

De meest genoemde samenwerkingpartners voor de centra zijn de thuiszorginstellingen (75%) en de medisch specialisten (51%).

Minder vaak is er structureel overleg met de verpleeghuizen (28%).

### 8.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage centra met wel/geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=67).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	64%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	22%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	8%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de patiënt	19%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	10%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	9%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	8%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	5%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	3%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	2%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	2%

Van de centra geeft 64% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (22%) dan gebeurt dat het meest frequent via het hanteren van gezamenlijke protocollen

voor de overdracht van de patiënt (19%) en gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren (10%).

Minder vaak worden andere vormen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking gemeld.

Van de centra heeft 9% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 14% van de centra noemt drie tot zeven zorgketens en 1% van de centra maakt melding van 10 zorgketens c.q. transmurale zorg met een gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking.

## 8.6 Participatie en inspraak van patiënten

### 8.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden patiënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage centra waar patiënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=67)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	patiënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken jaarverslag/werkplan	60	24	8	3	6
Bespreken uitkomsten van klachtenregistraties en meningspeilingen enz.	57	31	3	3	6
Ontwikkelen van normen of criteria	73	13	2	2	10
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	76	8	-	-	16
Participatie in (kwaliteits)commissies	79	6	-	2	13
Opstellen van werkafspraken of standaarden	81	6	5	-	9
Participatie in verbeterprojecten	81	9	-	2	9

\* of (commissies van) patiënten in het centrum \*\* of consumentenorganisaties

Bijna eenderde van de centra (31%) betreft de cliëntenraad (of commissies van patiënten) bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

Minder vaak wordt de cliëntenraad betrokken bij het opstellen van standaarden of protocollen (6%).

Enkele centra melden dat (ook) patiëntenorganisaties, bijvoorbeeld een RP/CP betrokken zijn bij de kwaliteitszorg.

### 8.6.2 Verstrekt het centrum standaard schriftelijke informatie aan nieuwe patiënten over hun rechtspositie?

Percentage centra dat standaard wel/geen schriftelijke informatie aan nieuwe patiënten verstrekt over hun rechtspositie (N=67)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	43%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	54%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	12%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	52%
- de privacy-bescherming	43%
- de cliëntenraad	12%

54% van de centra verstrekt standaard schriftelijke informatie aan patiënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (52%) en informatie over de privacy bescherming (43%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (12%) of de cliëntenraad (12%).

### 8.6.3 Verstrekt het centrum standaard schriftelijke informatie aan nieuwe patiënten over het zorgaanbod en de werkwijze van het centrum?

Percentage centra dat standaard wel/geen informatie aan patiënten verstrekt (N=67)

	%
Nee, standaard wordt daarover geen schriftelijke informatie gegeven	10%
Ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie gegeven	88%
<i>Namelijk over:</i>	
Visie op zorg/uitgangspunten	34%
Korte typering van het zorgaanbod	75%
Samenstelling van het hulpverleningsteam	79%
Werkwijze (afstemming en coördinatie waar nodig)	58%
Bereikbaarheids- en beschikbaarheidsregeling	87%

88% van de centra verstrekt standaard informatie aan patiënten omtrent het zorgaanbod en de werkwijze. Het meest frequent betreft dat de samenstelling van het hulpverleningsteam (79%) en de typering van het zorgaanbod (75%).

Minder vaak betreft de informatie de visie of zorguitgangspunten van het centrum (34%).

#### 8.6.4 Zijn er pogingen gedaan om een cliëntenraad in het leven te roepen en hoe is dat verlopen?

Percentage centra dat het volgende heeft ondernomen m.b.t. het instellen van een cliëntenraad (N=67)

---

	%
Nee, er zijn geen pogingen gedaan	16%
Er wordt binnenkort een pogingen gedaan	13%
Er zijn wel pogingen gedaan	69%
<i>Met als resultaat:</i>	
- er konden niet voldoende leden voor een cliëntenraad worden gevonden	27%
- er is een cliëntenraad	27%
- anders	16%

---

69% van de centra heeft pogingen gedaan om een cliëntenraad in het leven te roepen. 27% van de centra meldt dat niet voldoende leden voor een dergelijke raad konden worden gevonden. Eveneens bij 27% van de centra is dat wel gelukt.

#### 8.6.5 Op welke wijze hebben patiënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage centra waarin patiënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=67)

##### *Individueel niveau*

Patiënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het behandelplan	48%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de patiënt gevraagd	22%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	31%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	15%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	13%

##### *Patiëntenorganisaties.*

Met patiëntenorganisaties wordt periodiek overlegd (bijv. RP/CP)	27%
Patiëntenorganisaties toetsen het centrum	5%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	10%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	5%

---

In 48% van de centra hebben patiënten inspraak in het opstellen en evalueren van het behandelplan. In 31% van de centra is een vorm van inspraak geregeld via periodiek overleg met de cliëntenraad.

## 8.7 Positieve en negatieve effecten

### 8.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage centra dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=67)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Patiënten</i>				
Toename van de patiëntgerichtheid	21	55	3	21
Toename van tevredenheid van patiënten	9	73	6	12
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	25	58	9	8
Toename van de inzet en flexibiliteit van medewerkers	24	31	28	16
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de organisatie	8	54	22	16
Betere profilering van het centrum	9	78	5	9
Toename van tevredenheid van externe partijen	12	58	18	12
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorg/behandelprocessen	25	58	2	15
Verbeteringen in zorg/behandelresultaten	15	67	2	16
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	16	33	33	18
Kostenbesparing in het eigen centrum	6	25	51	18
Kostenbesparing, maar niet in het eigen centrum	10	34	30	25

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig centra inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (25%) en dat de tevredenheid van de medewerkers is toegenomen (25%). Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (6%).

Wel verwachten de centra veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 8.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw centrum veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage centra dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=67)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	57%
Formalisering van regels en procedures	30%
Bewaking van regels en procedures	28%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	37%
Betere toetsing van regels en procedures	22%
Verwijdering van regels en procedures	15%

In 57% van de centra is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 37% van de centra wordt de werking van regels beter geëvalueerd en geactualiseerd.

Minder vaak melden centra dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (15%).

### 8.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw centrum opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage centra waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=67)

	%
De werkdruk is toegenomen	42%
De kosten zijn gestegen	16%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	2%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	5%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	28%

In 42% van de centra is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 16% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich mee.

Er zijn nauwelijks centra (5%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 8.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 8.8.1 Heeft uw centrum inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage centra dat inzicht wel/niet heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=67)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	43%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	18%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	21%
Intercollegiale toetsing	10%
Geen inzicht in verbeterkosten	49%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	15%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	9%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc)	6%
Interne beoordelingen/interne audits	2%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	8%
Registratie van incidenten/complicaties	2%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	3%
Geen inzicht in beoordelingskosten	75%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	16%
Claims/schadevergoedingen	12%
Verlenging van behandelduur	2%
Verspilling van materiaal	3%
Dubbel werk/inefficiënt werk	3%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	-
Geen inzicht in herstelkosten	78%

43% van de centra heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 21% heeft inzicht in de kosten van het ontwikkelen en implementeren van protocollen of werkafspraken. Relatief veel centra hebben geen inzicht in beoordelingskosten (75%) en in herstelkosten (78%).

Bijna de helft van de centra (48%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 25% van de centra bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**8.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw centrum gewerkt met een kostprijsstelsel?**

Percentage centra met een kostprijsstelsel (N=67)

	%
Onbekend	13%
Nee	79%
Ja	5%
<i>Ons centrum berekent kosten van het totale zorgproces per patiëntencategorie:</i>	
- voor een patiëntencategorie (bijv. DMII of COPD)	2%
- voor alle patiëntencategorieën	2%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen het hulpverleningsproces	-
- anders	2%

Van de centra werkt 79% niet met een kostprijsstelsel en 5% wel. Zelden worden de kosten per patiëntencategorie berekend (2%).

## 8.9 Toekomstplannen en certificering

**8.9.1 Is uw centrum al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar het centrum (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage centra dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=67)

	het centrum is reeds beoordeeld	het centrum streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van toetsing door een ander centrum	8%	9%
Met behulp van visitatie georganiseerd door de LVG	15%	19%
Door een patiëntenorganisatie of RP/CP	3%	9%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	5%	6%
Andere vormen van beoordeling	25%	13%

15% van de centra is reeds beoordeeld via visitatie georganiseerd door de LVG en 8% is getoetst door een ander centrum. Meer centra streven naar een visitatie georganiseerd door de LVG (19%). Toetsing door een RP/CP wordt weinig gemeld (3%).



### 8.9.2 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage centra dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=67)

	%
LVG - Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum	70%
LVG - Handleiding voor het Kwaliteitsjaarverslag van een centrum	69%
LVG - Zorgaanbod gezondheidscentrum	52%
ISO - International Standards of Organization	-
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	2%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	30%
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	9%
Anders	13%

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem vormen de kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum van de LVG (70%), direct gevolgd door de Handleiding voor een Kwaliteitsjaarverslag, eveneens van de LVG (69%).

Het minst wordt melding gemaakt van gebruik van het INK-model (2%) of de ISO-normen.

Van de centra zegt 16% (niet in de tabel) dat inmiddels op het managementniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor het gehele centrum is gemaakt.

### 8.9.3 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage centra dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=67).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	42%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	31%
Opstellen van nieuwe werkafspraken	61%
Regionale afstemming en samenwerking	30%
Scholing in kwaliteitszorg	33%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	21%
Integratie/afstemming van zorgprocessen intern	42%
Interne toetsingen c.q. audits	22%
Integratie/afstemming van zorgprocessen met ketenpartners (extern)	31%
Externe beoordeling of certificering	6%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het ontwikkelen van nieuwe multidisciplinaire werkafspraken (61%). Relatief veel centra geven prioriteit aan uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (42%) en aan de interne integratie en afstemming van zorgprocessen (42%).

6% van de centra heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar hoge de belangrijkste prioriteit is.

#### **8.9.4 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw centrum voor de komende vijf jaar?**

Percentage centra dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=67).

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	54%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	45%
Medewerkers (werving en scholing)	22%
Vraag gerichtheid en patiëntgerichtheid	18%
Kwaliteitszorg algemeen	31%
Product vernieuwing of uitbreiding	13%
Bouw, verbouw of renovatie	16%
Fusie of de nasleep daarvan	2%

---

In een open vraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen. Voor 54% van de centra is samenwerking met andere zorgaanbieders het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld in het kader van transmurale zorg, ketenzorg of samenwerking in de regio.

Kwaliteitszorg algemeen is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 31% van de centra.

## 8.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 8.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw centrum typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=67)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	4,5
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,9
In het centrum is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,9
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,8
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,7
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met het centrum	4,6
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,9

Relatief veel centra geven aan dat de communicatie meer als informeel dan als formeel wordt bestempeld.

En relatief veel centra zeggen dat de medewerkers veel binding met het centrum hebben.

### 8.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw centrum? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=67)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor ons centrum	4,7
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in ons centrum is te hoog	3,0
<i>Vacatures:</i> het centrum heeft teveel onvervulbare vacatures	4,7
<i>Fusies:</i> het centrum is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,5
<i>Concurrentie:</i> het centrum ervaart teveel concurrentie	5,2
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in het centrum is te hoog	4,7

Relatief veel centra zijn het eens met de stelling dat de werkdruk te hoog is.

Relatief weinig respondenten vinden dat het centrum teveel concurrentie ervaart.

**8.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen organisaties. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage centra dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=67)

	%
<i>Deze organisatie is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke organisatie; het is net een grote familie	37%
- een actieve organisatie met veel nieuwe activiteiten	40%
- een formele en gestructureerde organisatie	5%
- een productiegerichte organisatie	19%
<i>De leiding in deze organisatie:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	12%
- staat open voor veranderingen	31%
- benadrukt de regels	-
- is meer coach en coördinator	55%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	22%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	31%
- zijn formele regels en afspraken	-
- is het goed vervullen van je taken	52%
<i>Deze organisatie benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	40%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	12%
- continuïteit en stabiliteit	43%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	3%

Meer dan de helft van de centra (52%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel centra hebben zich getypeerd als een actieve organisatie met veel nieuwe activiteiten (40%), waarbij de leiding wordt getypeerd als coach en coördinator (55%).

Weinig centra die zichzelf als een formele organisatie met de nadruk op regelgeving typeren.

## 9 AMW-INSTELLINGEN

### 9.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:

9.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	204
9.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	204
9.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	205

### 9.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:

9.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	206
9.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	207
9.2.3	Prioriteiten in na- en bijscholing	207

### 9.3 Procedures en AMW-protocollen: tabellen m.b.t.:

9.3.1	Algemene protocollen en procedures	208
9.3.2	Specifieke AMW protocollen	208
9.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	209
9.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	209
9.3.5	Procedures voor dossiervorming	210
9.3.6	Procedures voor de primaire processen	210

### 9.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:

9.4.1	Deelsystemen	211
9.4.2	Gebruik van de registratiegegevens	212
9.4.3	Overige gegevens voor evaluatie en bijstelling	212
9.4.4	Indicatoren voor monitoring	213

### 9.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:

9.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	214
9.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	214
9.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	215

### 9.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:

9.6.1	Participatie van cliënten	216
9.6.2	Informatie aan cliënten	217
9.6.3	Cliëntenraad	217
9.6.4	Inspraak van cliënten en hun organisaties	218

<b>9.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
9.7.1	Positieve effecten	219
9.7.2	Veranderingen in regelgeving	220
9.7.3	Negatieve effecten	220
<b>9.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
9.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	221
9.8.2	Kostprijsstelsel	222
<b>9.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
9.9.1	Externe beoordelingen	222
9.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	223
9.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	223
9.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	224
9.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	224
<b>9.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
9.10.1	Organisatiestructuur	225
9.10.2	Werkdruk	226
9.10.3	Organisatiecultuur	227

## 9 ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJK WERK INSTELLINGEN AMW

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk AMW gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 85 enquêtes die zijn ingevuld door AMW-instellingen. De respons was 52%.

Van de instellingen maakt 65% deel uit van een zorggroep of stichting.

Van de enquêtes is 61% ingevuld door de directie of het management van de instelling en 18% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige enquêtes zijn ingevuld door andere functionarissen in de instelling.

Van de instellingen meldt 75% in de vragenlijst dat de branche-organisatie VOG-AMW contact met de instelling mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 85 respondenten = 42,5 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

## 9.1 Beleid en strategie

### 9.1.1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=85)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	2	14	84	-
Kwaliteitsjaarverslag	44	25	29	2
Kwaliteitsbeleid op schrift	19	43	38	-
Productomschrijvingen	11	28	60	1
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	21	48	28	2
Kwaliteitshandboek	40	40	18	2

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 84% van de instellingen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 14% van de instellingen in ontwikkeling.

Van de instellingen in het AMW heeft 60% productomschrijvingen gemaakt. Bij 11% is dat niet het geval.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 18% van de instellingen heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij 40% van de instellingen wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 9.1.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=85)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	19%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	28%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	35%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	24%
Andere voorzieningen	18%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	19%

Het meest frequent hebben instellingen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (35%). Relatief veel instellingen hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (28%).

Het minst vaak is een apart budget voor kwaliteitszorg gereserveerd (19%).

19% van de instellingen zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.



### 9.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=85)

	%
De stuurgroep of commissie(s)	22%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	27%
Een extern bureau of adviseur	9%
De professionele zorgverleners	22%
Directie of management	61%
Hoofden of leidinggevenden	44%
Andere personen	13%
Niemand in het bijzonder	4%

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 61% van de instellingen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg. In 4% van de instellingen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 9.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 9.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=85)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	82%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	91%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	28%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers	79%
Scholing van management en leidinggevenden	60%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	49%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	42%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	17%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	55%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	51%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	37%

\* Medewerkers staat voor maatschappelijk werkers

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Veel instellingen (82%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 91% van de instellingen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig instellingen (28%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (17%).

### 9.2.2 Wordt voor maatschappelijk werkers werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage instellingen dat voor maatschappelijk werkers werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=85)

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	88%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	27%
Deel nemen aan casuïstiekbesprekingen	88%
Werkbegeleiding	85%
Intervisie	77%
Supervisie	52%
Intercollegiale toetsing	55%
Participeren in verbeterteams/projecten	40%
Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen	62%

Bij de ruime meerderheid van de instellingen wordt tijd ingeroosterd voor vakinhoudelijke na- en bijscholing (88%). Ook voor werkbegeleiding (85%) en voor het deelnemen aan casuïstiek besprekingen wordt doorgaans tijd ingeroosterd (88%).

Minder instellingen melden dat tijd is vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (27%).

### 9.2.3 Welke problematiek heeft in 1999 hoge prioriteit in de na- en bijscholing?

Percentage instellingen dat de hoge prioriteit toekent aan de volgende problematiek in de bij- en nascholing (N=85).

	%
Psychosociale hulpverlening	55%
Ouderen problematiek	27%
Sekse-specifieke hulpverlening	24%
Allochtonen of migranten	26%
Seksueel misbruik - incest	14%
Financiële problemen	45%
Arbeidsgerelateerde problemen	13%
Andere aspecten	52%

Psychosociale hulpverlening heeft de hoogste prioriteit in 55% van de instellingen. In 45% heeft scholing in financiële problematiek hoge prioriteit. Relatief veel instellingen geven andere dan in de tabel genoemde prioriteiten aan (52%).

### 9.3 Procedures en specifieke protocollen in het AMW

#### 9.3.1 Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=85)

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke aspecten van hulpverlening, begeleiding etc.	58%
Voorlichting aan de cliënt	37%
Voorbehouden handelingen	8%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	2%
Kritische momenten in het zorgproces	21%
Specifieke doelgroepen	29%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	74%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	49%

58% van de instellingen zegt dat er protocollen of richtlijnen bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in het AMW. Een aantal van de in de tabel genoemde protocollen zijn niet van toepassing in AMW-instellingen.

#### 9.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor het AMW (N=85)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Informatieverstrekking aan derden	57%	12%
Crisis interventie	44%	12%
Grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag	45%	8 %
Klachtenopvang	91%	22%

Protocollen die in veel instellingen aanwezig zijn betreffen de klachtenopvang (91%). Meer dan de helft van de instellingen hanteert ook protocollen voor de informatieverstrekking aan derden (57%).

Van de instellingen heeft 49% (niet in de tabel) aangegeven dat er ook met vakinhoudelijke protocollen wordt gewerkt.

De percentages in de tweede kolom tonen dat in minder dan de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of het protocol wordt toegepast of nageleefd.

### 9.3.3 Is er in de AMW-instelling een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage instellingen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=85)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	72%
Ja, er is wel een uniforme wijze	27%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	25%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	22%
– wie het protocol heeft vastgesteld	20%
– voor wie het protocol is bedoeld	22%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	11%

Van de instellingen hanteert 72% geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. De instellingen die dat wel doen (27%) vermelden bijna altijd de datum waarop het protocol is gemaakt (25%) en nagenoeg altijd voor wie het protocol is bedoeld (22%). Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 11% van de instellingen.

### 9.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele AMW-instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

Percentage instellingen dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=85)

	%
Nee, er is geen protocollenbank	73%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	8 %
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	4%
Voor de gehele instelling is er een protocollenbank	9%
Voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	8%

73% van de instellingen geeft aan dat er geen protocollenbank in de instelling bestaat. In 9% van de instellingen is er een protocollenbank voor de gehele instelling en in 8% van de instellingen bestaan er ook procedures voor het actualiseren van de protocollen.

### 9.3.5 Is er een procedure (systematiek) voor dossiervorming voor de gehele instelling en wat is daarin geregeld?

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor dossiervorming (N=85)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor dossiervorming	18%
Ja, er is er wel een systeem voor dossiervorming	82%
<i>Daarin is geregeld dat het dossier bevat:</i>	
- het intakeverslag	78%
- het behandelplan	74%
- voortgangsverslagen	75%
- evaluatie van de afsluiting van de hulpverlening	68%
- correspondentie met en over de cliënt	75%
- checklist over de gegeven informatie	41%

82% van de instellingen in het AMW zegt dat er een procedure voor dossiervorming wordt gehanteerd. Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door drie kwart van de instellingen.

Bijna 41% van de instellingen meldt dat het dossier ook een checklist dient te bevatten met de gegeven informatie.

### 9.3.6 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.

Percentage instellingen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=85)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	21%
Ja, er zijn wel procedures	78%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- intakesystematiek	75%
- gespreksystematiek (lengte/frequentie)	45%
- afsluiting van de hulpverlening	57%
- 24-uurs bereikbaarheid	32%

Volgens 78% van de instellingen is in procedures beschreven hoe de primaire processen zijn georganiseerd. In 75% van de instellingen is de intakesystematiek in procedures vastgelegd. Minder frequent is de 24-uurs bereikbaarheid in procedures geregeld (32%).

## 9.4 Deelsystemen en indicatoren

### 9.4.1 Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=85)

	nee n.v.t.	gedeeltelijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Hulpverleningsplannen	17	53	29	1
Commissies (bijv. voor incidenten)	64	24	8	5
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	19	59	21	1
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	66	20	8	6
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	12	21	66	1
Klachtenregistratie/behandeling	32	46	20	2
Management informatiesysteem	27	54	17	2
Interne audits	52	37	12	-
Interinstitutionele toetsing/visitatie	92	6	1	1
Benchmarking	43	37	18	2
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familierraad	66	21	11	2
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	33	44	22	1
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	33	42	25	-
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	74	19	6	1
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	69	22	5	4
Behoeftesonderzoek verwijzers	74	17	6	3

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de functioneringsgesprekken (66%). Ook de (evaluatie van) de hulpverleningsplannen worden in 29% van de instellingen systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 35% van de instellingen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. In 18% van de instellingen betreft dat

een of twee verbeterprojecten. 17% van de instellingen heeft in 1999 drie tot zeven kwaliteitsprojecten uitgevoerd.

#### **9.4.2 Worden de registratiegegevens op instellingsniveau gebruikt voor beleidsevaluatie en -bijstelling?**

Percentage instellingen dat de registratiegegevens op de volgende wijze gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=85)

	%
Door AMW-ers voor kwaliteitsbewaking	35%
Door AMW-ers voor beleidsevaluatie	47%
Door het management voor kwaliteitsbewaking	65%
Door het management voor beleidsevaluatie	87%
Op een andere wijze	24%

De registratiegegevens wordt het meest frequent door het management gebruikt voor beleidsevaluatie (87%) en voor kwaliteitsbewaking (65%). De gegevens worden in minder instellingen door de maatschappelijk werkers voor kwaliteitsbewaking gebruikt (35%).

#### **9.4.3 Welke andere gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?**

Percentage instellingen dat ook de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=85)

	%
Meningspeilingen onder cliënten	41%
Meningspeilingen onder medewerkers	65%
Exitinterviews onder cliënten	9%
Exitinterviews onder medewerkers	40%
Opvattingen van de cliëntenraad	14%
Opvattingen van ketenpartners	35%
Opvattingen van de financier	81%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	28%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	13%

De opvattingen van de financier worden door veel instellingen (81%) gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Dat geldt ook in wat mindere mate voor de resultaten van meningspeilingen onder de medewerkers (65%).



## AMW-instellingen

Relatief weinig instellingen zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (9%) en dat geldt ook voor resultaten van toetsingen of visitaties (13%).

### 9.4.4 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=85)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	13%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	86%
<i>Namelijk:</i>	
- de productiecijfers	85%
- gegevens over uitkomsten van de hulpverlening	45%
- toegangstijden / wachtlijsten	64%
- ziekte en verloop van medewerkers	59%
- klachten	55%
- andere indicatoren	9%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest gebruikte indicatoren in AMW-instellingen zijn de productiecijfers (85%). Ook de toegangstijden of wachttijden voor de hulpverlening worden door 64% van de instellingen voor monitoring gebruikt.

Weinig instellingen (9%) hebben aangegeven dat ook nog andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 9.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 9.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de maatschappelijk werkers)?

Percentage instellingen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en maatschappelijk werkers op de volgende wijze is geregeld (N=85)

---

	%
<i>Management en maatschappelijk werkers.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	8%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	13%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	73%
Andere vormen	4%

---

In bijna drie kwart van de instellingen wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de maatschappelijk werkers (73%).

Het komt zelden voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen, zonder dat onderling gestreefd wordt naar afstemming (8%).

### 9.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage instellingen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=85)

---

	%
Met RIAGG	69%
Huisartsen	77%
Maatschappelijke opvang	32%
Lokaal Welzijnswerk	68%
Met Sociale Dienst/Kredietbank	78%
Met anderen	53%

---

De meest genoemde samenwerkingspartners voor AMW-instellingen de sociale dienst/kredietbank (78%) direct gevolgd door de huisartsen (77%).

Het minst vaak wordt melding gemaakt van structurele samenwerking met de maatschappelijke opvang (32%).

### 9.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage instellingen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=85).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	55%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	26%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	11%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	19%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	13%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	13%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	7%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	8%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	2%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	2%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	4%

Van de instellingen geeft 55% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (26%) dan gebeurt dat het meest frequent via het hanteren van gezamenlijke protocollen voor de overdracht van de cliënt (19%).

Van de instellingen heeft 15% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 9% van de instellingen noemt drie tot vijf zorgketens en een instelling maakt melding van 12 zorgketens c.q. transmurale zorg met een gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking.

## 9.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 9.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage instellingen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=85)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	69	19	-	-	12
Ontwikkelen van normen of criteria	81	6	2	-	11
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	75	11	1	-	13
Participatie in (kwaliteits)commissies	84	1	1	-	14
Opstellen van protocollen of standaarden	82	5	-	-	13
Participatie in verbeterprojecten	82	2	-	-	15

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of andere belangenorganisaties

In 19% van de instellingen wordt een cliëntenraad betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek. 11% van de instellingen betreft de raad bij het beoordelen of de beoogde doelen zijn gehaald. Zelden participeert de cliëntenraad in kwaliteitscommissies (1%).

Ook zelden melden de instellingen dat ook cliëntenorganisaties betrokken zijn bij de kwaliteitszorg (2%).

### 9.6.2 Verstrek de instelling standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten over hun rechtspositie?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=85)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	20%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	79%
<i>Namelijk over:</i>	
- toestemmingsvereiste (WGBO)	40%
- het privacy-reglement	75%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	72%
- andere informatie	15%

79% van de instellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over de privacybescherming (75%) en het klachtenmeldpunt (72%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (40%).

### 9.6.3 Zijn er pogingen gedaan om een cliëntenraad in het leven te roepen en hoe is dat verlopen?

Percentage instellingen dat het volgende heeft ondernomen m.b.t. het instellen van een cliëntenraad (N=85)

	%
Nee, er zijn geen pogingen gedaan	31%
Er wordt binnenkort een pogingen gedaan	14%
Er zijn wel pogingen gedaan	53%
<i>Met als resultaat:</i>	
- er konden niet voldoende leden voor een cliëntenraad worden gevonden	21%
- er is een cliëntenraad, maar niet representatief voor het AMW	19%
- er is een cliëntenraad, die wel representatief is voor het AMW	7%
- anders	11%

53% van de instellingen heeft pogingen gedaan om een cliëntenraad in het leven te roepen. Van de instellingen zegt 21% dat niet voldoende leden voor een dergelijke raad konden worden gevonden. In 7% van de instellingen functioneert een cliëntenraad representatief voor het AMW.

#### 9.6.4 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage instellingen waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=85)

---

##### *Individueel niveau*

Cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan	74%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	58%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	17%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	8%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	8%

##### *Cliëntenorganisaties.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	9%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	1%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	2%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	5%

---

In veel instellingen (74%) worden cliënten betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan. Bij ruim de helft van de instellingen (58%) wordt bij afsluiting het oordeel van de cliënt gevraagd.

Het komt (nog) zelden voor dat instellingen worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie (1%).

## 9.7 Positieve en negatieve effecten

### 9.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=85)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de cliëntgerichtheid	25	65	5	5
Toename van tevredenheid van gebruikers	15	72	6	7
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	19	65	9	7
Toename van de inzet van de medewerkers	19	58	17	7
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	17	72	6	6
Betere profilering van de instelling	18	74	1	7
Toename van tevredenheid van externe partijen	26	63	4	7
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	28	65	2	5
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	18	70	6	6
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	20	49	27	4
Kostenbesparing in de eigen instelling	7	29	52	12
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	2	22	51	25

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig instellingen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de zorgprocessen verbeterd zijn (28%), dat externe partijen meer tevreden zijn (26%) en dat de cliëntgerichtheid is toegenomen (25%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (7%).

Wel verwachten de instellingen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 9.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=85)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	68%
Formalisering van regels en procedures	58%
Bewaking van regels en procedures	42%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	40%
Betere toetsing van regels en procedures	39%
Verwijdering van regels en procedures	25%

In 68% van de instellingen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 58% van de instellingen zijn regels en procedures geformaliseerd. Minder vaak melden instellingen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (25%).

### 9.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=85)

	% instellingen
De werkdruk is toegenomen	52%
De kosten zijn gestegen	21%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	8%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	11%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	28%

In de helft van de instellingen (52%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 21% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich mee.

Er zijn ook instellingen (11%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.



## 9.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 9.8.1 Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage instellingen dat wel/geen inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=85)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	71%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	33%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	34%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	19%
Geen inzicht in verbeterkosten	24%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	15%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	42%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc.)	7%
Interne beoordelingen/interne audits	13%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	2%
Registratie van incidenten/complicaties	9%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	1%
Geen inzicht in beoordelingskosten	52%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	25%
Claims/schadevergoedingen	12%
Verlenging van behandelduur	4%
Verspilling van materiaal	4%
Dubbel werk/inefficiënt werk	6%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	2%
Geen inzicht in herstelkosten	72%

71% van de instellingen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 33% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Weinig instellingen hebben inzicht in herstelkosten (72%).

Bijna de helft van de instellingen (46%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 32% van de instellingen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**9.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw instelling gewerkt met een kostprijsstelsel?**

Percentage instellingen met een kostprijsstelsel (N=85)

	%
Onbekend	6%
Nee	40%
Ja	54%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, technische dienst)	26%
- de kosten per product (bijv. crisisopvang, schuldsanering)	29%
- de kosten voor het totale hulpverleningsproces per cliëntencategorie	24%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat hulpverleningsproces	24%

Er zijn meer instellingen die wel met een kostprijsstelsel werken als instellingen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten per product berekend (29%).

Wat minder frequent worden de kosten van hulpverleningsprocessen berekend (24%).

## 9.9 Toekomstplannen en certificering

**9.9.1 Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage instellingen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=85)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	4%	17%
Met behulp van visitatie georganiseerd door de VOG	5%	24%
Door een cliëntenorganisatie of RP/CP	1%	1%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	9%	21%
Andere vormen van beoordeling	14%	11%

Weinig instellingen melden dat de instelling reeds beoordeeld is via een vorm van interinstitutionele toetsing of visitatie of door een onafhankelijk instituut. Wel wordt door relatief veel instellingen gestreefd naar een vorm van externe beoordeling, toetsing of visitatie.

### 9.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage instellingen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=85)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een keurmerk van de koepelorganisatie	53	18	2	27
Een HKZ-certificaat	46	14	-	40
Een ISO-certificaat	48	12	1	39
Andere soorten certificaten of keurmerken	1	5	1	93

18% van de instellingen werkt aan het verwerven van een keurmerk van de branche-organisatie en 14% werkt aan het verwerven van een HKZ-certificaat.

1% van de instellingen heeft een ISO-certificaat verworven.

### 9.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=85)

	%
VOG - Afgewogen Kwaliteitsnormen Maatschappelijk Werk en Checklist	87%
ISO - International Standards of Organization	13%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	7%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	9%
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	-
Anders	5%

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem wordt gevormd door de Afgewogen Kwaliteitsnormen Maatschappelijk Werk van de VOG (87%).

Het INK-model is het minst genoemde model (7%).

53% van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt.

#### 9.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=85).

---

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	48%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	37%
Opstellen van procedures/richtlijnen	64%
Regionale afstemming en samenwerking	35%
Scholing in kwaliteitszorg	39%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	31%
Zorg coördinatie en afstemming intern	20%
Interne toetsingen c.q. audits	17%
Zorg coördinatie en afstemming met ketenpartners	20%
Externe beoordeling of certificering	9%

---

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het opstellen van procedures en richtlijnen (64%). Veel genoemde prioriteiten voor het komend jaar zijn ook het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (48%).

9% van de instellingen heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

#### 9.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn.

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	24%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	35%
Medewerkers (werving en scholing)	22%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	16%
Kwaliteitszorg algemeen	60%
Product vernieuwing of uitbreiding	9%
Fusie of de nasleep daarvan	9%
Bouw, verbouw of renovatie	-

---

## AMW-instellingen

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Kwaliteitszorg algemeen is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 60% van de instellingen.

Voor 35% van de instellingen is de bedrijfsvoering (daarnaast) het belangrijkste aandachtsgebied en voor 24% de samenwerking met andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld in het kader van samenwerking in de regio.

## 9.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 9.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=85)

1 = hiërarchisch, centraal, etc.; 6 = plat, decentraal etc.

---

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,6
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,1
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,9
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,8
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,1
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,1
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,8

---

Relatief veel instellingen geven aan dat de besluitvorming in de instelling centraal geregeld is en niet decentraal. De communicatie wordt als meer als informeel dan als formeel bestempeld. Medewerkers hebben relatief veel binding met de instelling.

**9.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera.**

**Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.**

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=85)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

---

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	3,5
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,8
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	4,8
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,0
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,8
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,6

---

Relatief veel instellingen zijn het eens met de stelling dat de werkdruk te hoog is.

Relatief weinig respondenten vinden dat de instelling teveel concurrentie ervaart of teveel onvervulbare vacatures heeft.

**9.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage instellingen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=85)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	15%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	51%
- een formele en gestructureerde instelling	8%
- een productiegerichte instelling	27%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	2%
- staat open voor veranderingen	52%
- benadrukt de regels	6%
- is meer coach en coördinator	39%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	14%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	28%
- zijn formele regels en afspraken	6%
- is het goed vervullen van je taken	54%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	38%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	20%
- continuïteit en stabiliteit	35%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	9%

Ruim de helft van de instellingen (54%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel AMW-instellingen hebben zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (51%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (52%) en waar de waarde van het personeel en het belang van scholing wordt benadrukt (38%).

Weinig instellingen die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 10 SOCIAAL PEDAGOGISCHE DIENSTEN SPD

### 10.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:

10.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	231
10.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	232
10.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	232

### 10.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:

10.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	233
10.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	234

### 10.3 Procedures en SPD-protocollen: tabellen m.b.t.:

10.3.1	Algemene protocollen en procedures	234
10.3.2	Specifieke SPD protocollen	235
10.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	235
10.3.4	Procedures voor zorgplannen	236
10.3.5	Procedures voor de primaire processen	236

### 10.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:

10.4.1	Deelsystemen	237
10.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	238
10.4.3	Indicatoren voor monitoring	239

### 10.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:

10.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	239
10.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	240
10.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	241

### 10.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:

10.6.1	Participatie van cliënten	242
10.6.2	Informatie aan cliënten	243
10.6.3	Inspraak van cliënten en hun organisaties	244

### 10.7 Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:

10.7.1	Positieve effecten	245
10.7.2	Veranderingen in regelgeving	246
10.7.3	Negatieve effecten	246



**10.8 Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:**

10.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	247
10.8.2	Kostprijsstelsysteem	248

**10.9 Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:**

10.9.1	Externe beoordelingen	248
10.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	249
10.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	249
10.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	250
10.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	250

**10.10 Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:**

10.10.1	Organisatiestructuur	251
10.10.2	Werkdruk	252
10.10.3	Organisatiecultuur	253

## 10 SOCIAAL PEDAGOGISCHE DIENSTEN SPD

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de Sociaal Pedagogische Diensten die lid zijn van SOMMA gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 28 enquêtes die zijn ingevuld door SPD-en. De respons was 60%.

Van de SPD'en maakt 21% deel uit van een zorggroep of stichting.

Van de enquêtes is 79% ingevuld door de directie of het management van de SPD en 36% is ingevuld (of mede ingevuld) door de kwaliteitsfunctionaris.

Van de SPD'en meldt 71% in de vragenlijst dat de branche-organisatie SOMMA contact met de SPD mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de SPD in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 28 respondenten = 14 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

### **Let op**

Ondanks de kleine aantallen SPD'en worden in de tabellen percentages vermeld, omdat dit in het gehele tabellenboek gebeurt. Het zou misverstanden kunnen geven indien alleen in dit hoofdstuk aantallen werden gepresenteerd. Wel is bij elke tabel vermeld dat rekening gehouden moet worden met de kleine aantallen.

## 10.1 Beleid en strategie

### 10.1.1 In hoeverre beschikt uw SPD over onderstaande documenten?

Percentage SPD'en dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	4	7	89	-
Kwaliteitsjaarverslag	11	25	64	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	7	43	46	4
Productomschrijvingen	4	46	50	-
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	11	57	29	4
Kwaliteitshandboek	43	46	11	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 89% van de SPD'en een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 7% van de SPD'en in ontwikkeling.

Van de SPD'en brengt 64% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 11% van de SPD'en gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 11% van de SPD'en heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij bijna de helft van de SPD'en (46%) wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 10.1.2 Zijn in uw SPD voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage SPD'en dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	7%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	29%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	61%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	14%
Andere voorzieningen	32%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	14%

---

Het meest frequent hebben SPD'en een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld (61%). Relatief veel SPD'en hebben ook een stuurgroep of een of meerdere kwaliteitscommissies ingesteld (29%).

Het minst vaak is een extra budget voor kwaliteitszorg gereserveerd (7%).

14% van de SPD'en zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 10.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw SPD?

Percentage SPD'en dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	11%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	43%
Een extern bureau of adviseur	-
De professionals (zorgverleners)	4%
Directie of management	75%
Hoofden of leidinggevenden	39%
Andere personen	7%
Niemand in het bijzonder	4%

---

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 75% van de SPD'en. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 4% van de SPD'en is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 10.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 10.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage SPD-en dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	100%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	86%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	29%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers	68%
Scholing van management en leidinggevendenden	57%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	32%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	61%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	7%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	61%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	61%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	61%

\* Medewerkers staat voor professionele hulpverleners

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Alle SPD'en zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 86% van de SPD'en in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig SPD'en (29%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg.

Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (7%).

### 10.2.2 Wordt voor medewerkers werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage SPD'en dat voor medewerkers werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	96%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	18%
Werkbegeleiding	96%
Intervisie	89%
Supervisie	64%
Intercollegiale toetsing	57%
Participeren in verbeterteams/projecten	39%
Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen	79%

---

Bij de ruime meerderheid van de SPD'en wordt tijd ingeroosterd voor vakinhoudelijke na- en bijscholing en voor werkbegeleiding (96%). Ook voor intervisie wordt vaak tijd ingeruimd (89%) en voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen (79%).

Weinig SPD'en melden dat tijd is vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (18%).

## 10.3 Procedures en specifieke protocollen in het SPD

### 10.3.1 Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) - voor zover van toepassing - worden in uw SPD gebruikt?

Percentage SPD'en dat onderstaande protocollen hanteert (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke aspecten van ondersteuning of begeleiding	79%
Voorlichting aan de cliënt	54%
Voorbehouden handelingen	11%
Het gebruik van hulpmiddelen	14%
Kritische momenten in het zorgproces	64%
Specifieke doelgroepen	50%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	93%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	50%

---

93% van de SPD'en zegt dat er protocollen bestaan voor de gehele routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting. Een aantal in de tabel genoemde protocollen is niet van toepassing in een SPD.

### 10.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage SPD'en dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de SPD (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Protocol PPG	61%	39%
Protocol BZW	57%	39%
Protocol Ps-H	46%	25%
Protocol dossiervorming	79%	39%
Protocol omgaan met agressie	43%	25%
Protocol BOPZ	54%	18%
Protocol seksueel misbruik	89%	43%

Protocollen die in veel SPD'en aanwezig zijn betreffen het protocol seksueel misbruik (89%) en het protocol voor dossiervorming (79%). Minder vaak is er een protocol voor het omgaan met agressie (43%).

De percentages in de tweede kolom tonen dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of het protocol wordt toegepast of nageleefd.

### 10.3.3 Is er in de SPD een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage SPD'en dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	64%
Ja, er is wel een uniforme wijze	36%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	36%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	32%
– wie het protocol heeft vastgesteld	32%
– voor wie het protocol is bedoeld	36%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	14%

Bijna twee derde (64%) van de SPD'en hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. De SPD'en die dat wel doen (36%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en voor wie het protocol is bedoeld en minder vaak de actualisering (14%).

**10.3.4 Is in procedures of checklisten vastgelegd hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage SPD'en dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	4%
Ja, er zijn wel procedures	93%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- aanmelding en hulpvraagverduidelijking	89%
- zorgtoewijzing t/m realisatie	68%
- afsluiting en nazorg	61%

---

Volgens 93% van de SPD'en is in procedures beschreven hoe de primaire processen zijn georganiseerd. In 89% van de SPD'en is vastgelegd hoe de aanmelding en de hulpvraag verduidelijking verloopt.

De wijze waarop de afsluiting van de zorg plaatsvindt is in 61% van de SPD'en in procedures geregeld.

**10.3.5 Is er op SPD-niveau een procedure (systematiek) voor zorg- of begeleidingsplannen en wat is daarin geregeld?**

Percentage SPD'en dat procedures hanteert voor zorg- en begeleidingsplannen (N=28; desondanks worden percentages gepresenteerd)

---

	%
Nee, op SPD-niveau is er geen procedure voor zorg/begeleidingsplannen	14%
Ja, er is er wel een systeem voor zorg/begeleidingsplannen	86%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	82%
- de betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan	75%
- de disciplines en middelen die worden ingezet	68%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de cliënt plaatsvindt	68%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	25%

---

Veel SPD'en zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd (86%). Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de ruime meerderheid van de SPD'en.

Minder vaak is vastgelegd op welke termijn en hoe de volledigheid van de plannen wordt gecontroleerd (25%).



## 10.4 Deelsystemen en indicatoren

### 10.4.1 Vinden in uw SPD - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage SPD'en dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoordcategorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorg/begeleidingsplannen	4	43	50	3
Werkgroepen/commissies (bijv. voor calamiteiten)	36	54	3	7
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	18	64	11	7
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	43	39	4	14
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	7	32	61	-
Klachtenanalyse en -behandeling	21	46	32	-
Management informatiesysteem	18	64	18	-
Interne audits	64	29	7	-
Interinstitutionele toetsing/visitatie	89	4	7	-
Benchmarking	50	36	14	-
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familieraad	11	32	57	-
Meningspeiling onder gebruikers	29	43	25	3
Meningspeiling onder medewerkers	21	57	18	4
Meningspeiling onder verwijzers	79	7	7	7
Marktonderzoek onder (potentiele) gebruikers	54	39	4	3
Marktonderzoek verwijzers	64	32	-	4

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de functioneringsgesprekken (61%). Ook de resultaten van het periodieke overleg met de cliëntenraad (57%) en van (evaluaties van) de zorgplannen worden in (ruim) de helft van de SPD'en systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid (50%).

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 43% van de SPD'en gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. In 11% van de SPD'en betreft dat een of twee verbeterprojecten. 32% van de SPD'en heeft in 1999 drie tot acht projecten uitgevoerd.

#### 10.4.2 Welke gegevens worden op SPD-niveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage SPD'en dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Meningspeilingen onder cliënten	57%
Meningspeilingen onder medewerkers	64%
Exitinterviews onder cliënten	7%
Exitinterviews onder medewerkers	36%
Opvattingen van de cliëntenraad	82%
Opvattingen van ketenpartners	68%
Opvattingen van de financier	86%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	14%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	14%

De opvattingen van de financier worden door veel SPD'en (86%) gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Dat geldt ook voor de resultaten van het overleg met de cliëntenraad (82%).

Relatief weinig SPD'en zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoeleinden worden gebruikt (7%) en dat geldt ook voor resultaten van interne en externe toetsingen (14%).

### 10.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage SPD'en dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	14%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	82%
<i>Namelijk:</i>	
- het aantal zorgplannen in relatie tot het aantal cliënten	29%
- evaluaties van de zorgplannen	50%
- toegangstijden / wachtlijsten	79%
- ziekte en verloop van medewerkers	61%
- klachten	61%
- andere indicatoren	7%

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest gebruikte indicatoren in SPD'en zijn de toegangstijden en wachttijden voor de hulp- of dienstverlening (79%). Ook de klachten worden relatief vaak als indicator voor monitoring van de kwaliteit gebruikt (61%) en gegevens over ziekte en verloop van medewerkers (61%).

Weinig SPD'en (7%) hebben aangegeven dat ook nog andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 10.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 10.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en dat van de hulpverleners?

Percentage SPD'en waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en hulpverleners op de volgende wijze is geregeld (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Management en hulpverleners.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	-
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	21%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	75%
Andere vormen	4%

In drie kwart van de SPD'en wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners (75%).

Het komt zelden weinig voor dat het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (21%).

### 10.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage SPD'en dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Gezondheidszorg</i>	
Met andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg	100%
Eerstelijns gezondheidszorg (o.a. huisartsen)	21%
Thuiszorg	57%
Ouderenzorg	7%
Jeugdzorg	68%
Geestelijke gezondheidszorg	64%
AMW	36%
<i>Overig</i>	
Regulier onderwijs	4%
Speciaal onderwijs	86%
Woningbouwverenigingen	14%
Arbeidsbemiddeling/-integratie	86%
Met anderen	21%

---

De meest genoemde samenwerkingspartners voor het SPD zijn andere organisaties in de gehandicaptenzorg (100%). Ook wordt frequent samengewerkt met jeugdzorg (68%) en de geestelijke gezondheidszorg (64%).

Veel samenwerking is er ook met het speciaal onderwijs (86%) en met bureau's voor arbeidsbemiddeling of arbeidsintegratie (86%).

Het minst vaak wordt melding gemaakt van structurele samenwerking met het reguliere onderwijs (4%).

**10.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?**

Percentage SPD'en met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=28; desondanks worden percentages vermeld).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	57%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	32%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	25%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	11%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	25%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	11%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	7%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	11%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	7%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	4%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	4%

Van de SPD'en geeft 57 aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (32) dan gebeurt dat het meest frequent via het formuleren van een gemeenschappelijke visie op de zorgverlening (25) en via gezamenlijke overleg om de kwaliteit te evalueren (25%).

Minder vaak worden andere vormen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking genoemd.

Van de SPD'en heeft 14% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 18% van de SPD'en noemt drie tot vier zorgketens en een SPD maakt melding van 6 zorgketens c.q. transmurale zorg met een gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking.

## 10.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 10.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage SPD'en waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	21	54	4	4	18
Ontwikkelen van normen of criteria	25	50	4	11	11
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	32	36	4	7	21
Participatie in (kwaliteits)commissies	57	7	-	7	29
Opstellen van protocollen of standaarden	25	39	4	18	14
Participatie in verbeterprojecten	46	4	7	4	39

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of ouderverenigingen

Ruim de helft (54%) van de SPD'en betreft de cliëntenraad bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek. 50% van de SPD'en betreft de cliëntenraad ook bij het opstellen van normen of criteria.

Minder vaak participeert de cliëntenraad in kwaliteitscommissies (7%) of in verbeterprojecten (4%).

Van de SPD'en meldt 18% dat ook organisaties van cliënten betrokken zijn bij het opstellen van protocollen of richtlijnen. de kwaliteitszorg.

### 10.6.2 Verstrekt de SPD standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten over hun rechtspositie?

Percentage SPD'en dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	18%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	82%
<i>Namelijk over:</i>	
- het cliëntendossier	43%
- het inzagerecht	54%
- privacy bescherming	68%
- de cliëntenraad	29%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	79%

82% van de SPD'en verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (79%) en informatie over de privacy bescherming (68%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over de cliëntenraad (29%).

### 10.6.3 Op welke wijze hebben cliënten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage SPD'en waarin cliënten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

#### *Individueel niveau*

Cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan	93%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	43%

#### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	93%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	75%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	68%

#### *Cliëntenorganisaties.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	82%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	14%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	61%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	43%

---

In nagenoeg alle SPD'en (93%) hebben cliënten inspraak in het zorgplan of hulpverleningsplan. Bij veel SPD'en (eveneens 93%) is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met de cliëntenraad.

Het komt (nog) relatief weinig voor dat SPD'en worden beoordeeld of getoetst door een cliëntenorganisatie (14%).



## 10.7 Positieve en negatieve effecten

### 10.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage SPD'en dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de cliëntgerichtheid	29	68	-	3
Toename van tevredenheid van gebruikers	18	79	-	3
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	11	79	7	3
Toename van de inzet van de medewerkers	25	57	14	4
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	18	57	18	7
Betere profilering van de instelling	14	79	-	7
Toename van tevredenheid van externe partijen	14	79	-	7
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	21	71	-	7
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	14	79	-	7
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	11	64	11	14
Kostenbesparing in de eigen instelling	7	29	50	14
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	11	14	50	25

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig SPD'en inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de klantgerichtheid is toegenomen (29%) en dat de inzet van de medewerkers is toegenomen (25%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (7%).

Wel verwachten de SPD'en veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 10.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw SPD veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage SPD'en dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	79%
Formalisering van regels en procedures	79%
Bewaking van regels en procedures	54%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	50%
Betere toetsing van regels en procedures	32%
Verwijdering van regels en procedures	7%

---

In 79% van de SPD'en is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in eveneens 79% van de SPD'en zijn regels geformaliseerd.

Weinig SPD'en melden dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (7%).

### 10.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw SPD opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage SPD'en waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
De werkdruk is toegenomen	43%
De kosten zijn gestegen	21%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	7%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	11%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	43%

---

In bijna de helft van de SPD'en (43%) is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in 21% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich mee.

Er zijn SPD'en (11%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 10.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 10.8.1 Heeft uw SPD inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage SPD'en dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	54%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	29%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	39%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	18%
Geen inzicht in verbeterkosten	43%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	21%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	36%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc.)	4%
Interne beoordelingen/interne audits	7%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	-
Registratie van incidenten/complicaties	-
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	4%
Geen inzicht in beoordelingskosten	57%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	29%
Claims/schadevergoedingen	4%
Verlenging van behandelduur	-
Verspilling van materiaal	-
Dubbel werk/inefficiënt werk	4%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	4%
Geen inzicht in herstelkosten	68%

54% van de SPD'en heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 29% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Weinig SPD'en hebben inzicht in beoordelingskosten of in herstelkosten.

Een kwart van de SPD'en (25%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 7% van de SPD'en bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**10.8.2 Voor een adequaat kwaliteitsbeleid is onder meer inzicht nodig in kosten en baten van zorg. Wordt in dat verband door u op dit moment gewerkt met een intern kostprijsstelsel?**

Percentage SPD'en met een kostprijsstelsel (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Onbekend	18%
Nee	46%
Ja	36%
<i>Onze SPD berekent intern de kosten van:</i>	
- zorgprocessen op hoofdlijnen	32%
- gedetailleerd (van alle elementen binnen die zorgprocessen)	4%
- anders	-

Er zijn meer SPD'en die niet met een kostprijsstelsel werken (46%) als SPD'en die dat wel doen (36%).

Het meest frequent worden de kosten van zorgprocessen op hoofdlijnen berekend (32%).

Het minst frequent worden gedetailleerde kosten berekend (4%).

## 10.9 Toekomstplannen en certificering

**10.9.1 Is uw SPD al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage SPD'en dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	4%	21%
Met behulp van visitatie	7%	14%
Door een cliëntenorganisatie (bijv. FvO, Gehandicaptenraad)	7%	29%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	4%	21%
Andere vormen van beoordeling	14%	14%

45% van de SPD'en meldt dat de instelling reeds beoordeeld is via een vorm van interinstitutionele toetsing en 31% van de SPD'en streeft naar een dergelijke toetsing.

Weinig SPD'en zijn inmiddels beoordeeld. Relatief veel SPD'en streven de komende jaren

naar een beoordeling door een cliëntenorganisatie (29%) of met behulp van interinstitutionele toetsing of een onafhankelijk instituut (beide 21%).

### 10.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage SPD'en dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een HKZ-certificaat	71	4	-	25
Een ISO-certificaat	71	4	-	25
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	11	-	89

Er zijn niet veel SPD'en die werken aan het behalen van een certificaat.

### 10.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage SPD'en dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
SOMMA - Goed, Beter Kwaliteit. Werkboek Kwaliteitsverbetering door SPD-en	82%
SOMMA - Instrument cliëntenraadpleging	36%
SOMMA - Protocol Begeleid Zelfstandig Wonen	36%
SOMMA - Gedragscode voor medewerkers van de SPD	32%
SOMMA - Dossieranalyse Begeleid Zelfstandig Wonen	18%
SOMMA - Protocol: Omgaan met ontevredenheid van cliënten	25%
SOMMA - Checklist voor het maken van cliëntgerichte zorgprotocollen	29%
ISO - International Standards of Organization	-
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	14%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	4%
FvO - Kwaliteitsstandaarden Federatie van Ouderverenigingen	21%
Anders	11%

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem vormt het Werkboek van SOMMA: Goed, Beter, Kwaliteit (82%). Het ISO-systeem wordt niet gebruikt.

#### 10.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage SPD'en dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar\* (N=28; desondanks worden percentages vermeld).

---

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	54%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	43%
Opstellen van procedures en richtlijnen	61%
Regionale afstemming en samenwerking	50%
Scholing in kwaliteitszorg	46%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	36%
Interne coördinatie en afstemming	50%
Interne toetsingen c.q. audits	7%
Coördinatie en afstemming met ketenpartners	29%
Externe beoordeling of certificering	7%

---

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het opstellen van procedures en richtlijnen (61%). Veel genoemde prioriteiten voor het komend jaar zijn ook verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten (54%) en regionale samenwerking en afstemming (50%) en interne afstemming (eveneens 50%).

7% van de SPD'en heeft aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

#### 10.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw SPD voor de komende vijf jaar?

Percentage SPD'en dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn.

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	32%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	39%
Medewerkers (werving en scholing)	7%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	57%
Kwaliteitszorg algemeen	39%
Product vernieuwing of uitbreiding	14%
Fusie of de nasleep daarvan	7%
Bouw, verbouw of renovatie	-

---

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Voor 57% an de SPD'en is vraaggerichtheid en cliëntgerichtheid het belangrijkste aandachtsgebied voor de komende jaren.

Kwaliteitszorg algemeen is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 39% van de SPD'en.

## 10.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 10.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	3,7
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,1
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,8
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	4,0
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,3
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,8
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,8

Relatief veel SPD'en geven aan dat de besluitvorming in de instelling centraal geregeld is en niet decentraal.

Medewerkers hebben relatief veel binding met de instelling.

**10.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.**

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

---

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	3,6
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,9
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	5,0
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	4,2
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,5
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,8

---

Relatief veel SPD'en zijn het eens met de stelling dat de werkdruk te hoog is.

Relatief weinig respondenten vinden dat de instelling teveel onvervulbare vacatures heeft



**10.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen SPD'en. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage SPD'en dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=28; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	21%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	64%
- een formele en gestructureerde instelling	7%
- een productiegerichte instelling	14%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	18%
- staat open voor veranderingen	50%
- benadrukt de regels	-
- is meer coach en coördinator	36%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	29%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	14%
- zijn formele regels en afspraken	4%
- is het goed vervullen van je taken	57%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	36%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	21%
- continuïteit en stabiliteit	28%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	25%

Ruim de helft van de SPD'en (57%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel SPD'en hebben zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (64%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (50%) en waar de waarde van het personeel en het belang van scholing wordt benadrukt (36%).

Weinig SPD'en die zichzelf als een formele organisatie met de nadruk op regelgeving typeren.

## **11 GGD**

### **11.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:**

11.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	257
11.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	257
11.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	258

### **11.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:**

11.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	259
11.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	260

### **11.3 Procedures en GGD-protocollen: tabellen m.b.t.:**

11.3.1	Algemene protocollen en procedures	260
11.3.2	Specifieke GGD protocollen	261
11.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	261
11.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	262
11.3.5	Procedures voor de primaire processen	262
11.3.6	Medewerkers betrokken bij het opstellen van protocollen	263

### **11.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:**

11.4.1	Deelsystemen	264
11.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	265
11.4.3	Indicatoren voor monitoring	266

### **11.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:**

11.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	267
11.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	267
11.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	268

### **11.6 Participatie en inspraak van klanten: tabellen m.b.t.:**

11.6.1	Participatie van patiënten/klanten	269
11.6.2	Informatie aan patiënten/klanten	270
11.6.3	Cliëntenraad	270
11.6.4	Inspraak van patiënten/klanten en hun organisaties	271

### **11.7 Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:**

11.7.1	Positieve effecten	272
11.7.2	Veranderingen in regelgeving	273
11.7.3	Negatieve effecten	273

**11.8 Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:**

11.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	274
11.8.2	Kostprijsstelsysteem	275

**11.9 Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:**

11.9.1	Externe beoordelingen	275
11.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	276
11.9.3	Gebruikte kwaliteitsmodellen en systemen	276
11.9.4	Prioriteiten op de korte termijn	277
11.9.5	Prioriteiten op de lange termijn	277
11.9.6	Verwachtingen van de LV-GGD	278

**11.10 Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:**

11.10.1	Organisatiestructuur	279
11.10.2	Werkdruk	279
11.10.3	Organisatiecultuur	280

## 11 GGD

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten GGD'en gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 46 enquêtes die zijn ingevuld door GGD'en. De respons was 89%.

Van de enquêtes is 48% ingevuld door de directie of het management van de GGD en 54% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. Enkele enquêtes zijn door beide ingevuld.

Van de GGD'en meldt 59% in de vragenlijst dat de branche-organisatie LV-GGD contact met de GGD mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de GGD in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 46 respondenten = 23 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de GGD'en dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

### **Let op**

Ondanks de kleine aantallen GGD'en worden in de tabellen percentages vermeld, omdat dit in het gehele tabellenboek gebeurt. Het zou misverstanden kunnen geven indien alleen in dit hoofdstuk aantallen werden gepresenteerd. Wel is bij elke tabel vermeld dat rekening gehouden moet worden met de kleine aantallen.

## 11.1 Beleid en strategie

### 11.1.1 In hoeverre beschikt uw GGD over onderstaande documenten?

Percentage GGD'en dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	9	24	65	2
Kwaliteitsjaarverslag	2	11	87	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	22	39	37	2
Productomschrijvingen	9	26	63	2
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	37	28	30	4
Kwaliteitshandboek	44	28	28	-

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 65% van de GGD'en een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 24% van de GGD'en in ontwikkeling.

Van de GGD'en in het GGD brengt 87% een kwaliteitsjaarverslag uit. Bij 2% van de GGD'en gebeurt dat nog niet.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitshandboek: 28% van de GGD'en heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld; bij eveneens 28% van de GGD'en wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt.

### 11.1.2 Zijn in uw GGD voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage GGD'en dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	33%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	33%
Meerdere werkgroepen	46%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	70%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	28%
Andere voorzieningen	11%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	17%

Het meest frequent hebben GGD'en een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (70%). Relatief veel GGD'en hebben ook meerdere kwaliteitswerkgroepen ingesteld (46%).

Het minst vaak is een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (28%). 17% van de GGD'en zegt geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.

### 11.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw GGD?

Percentage GGD'en dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	24%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	67%
Een extern bureau of adviseur	2%
De professionals (zorgverleners)	20%
Directie of management	65%
Hoofden of leidinggevenden	52%
Andere personen	4%
Niemand in het bijzonder	4%

---

Volgens de respondenten is de kwaliteitsfunctionaris de motor achter de kwaliteitszorg in 67% van de GGD'en. Direct gevolgd door directie of het management, die in 65% van de GGD;'en als trekkers worden beschouwd.

In 4% van de GGD'en is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 11.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 11.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage GGD'en dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	78%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	76%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	11%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers	74%
Scholing van management en leidinggevenden	57%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	22%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	20%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	9%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	35%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	61%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	20%

\* Medewerkers staat ook voor professionele hulpverleners

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

Veel GGD'en (78%) zeggen dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 76% van de GGD'en in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig GGD'en (11%) krijgen de medewerkers feedback over de bereikte resultaten van de kwaliteitszorg. Nieuwe medewerkers blijken niet vaak in kwaliteitszorg te worden geschoold (9%).

### 11.2.2 Wordt voor GGD-medewerkers werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Percentage GGD'en dat voor medewerkers werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	94%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	30%
Werkbegeleiding/supervisie	57%
Gebruik van professionele standaarden	52%
Registratie in het kader van de Wet BIG	80%
Intercollegiale toetsing	65%
Participeren in verbeter-/kwaliteitsprojecten	63%
Ontwikkelen van richtlijnen en protocollen	91%
Het doen van interne audits	37%

---

Bij de ruime meerderheid van de GGD'en wordt tijd ingeroosterd voor vakinhoudelijke na- en bijscholing (94%). Ook voor het ontwikkelen van procedures en protocollen wordt vaak tijd ingeruimd (91%) en voor registratie in het kader van de Wet BIG (80%).

Minder GGD'en melden dat tijd is vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (30%).

## 11.3 Procedures en specifieke protocollen in het GGD

### 11.3.1 Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) - voor zover van toepassing - worden in uw GGD gebruikt?

Percentage GGD'en dat onderstaande protocollen hanteert (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichtingen	94%
Voorlichting aan patiënten/klantengroepen	37%
Voorbehouden handelingen	78%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	54%
Kritische momenten in het dienstverleningsproces	39%
Specifieke doelgroepen	37%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	46%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	52%

---

94% van de GGD'en zegt dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in het GGD.



### 11.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage GGD'en dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de GGD (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Informatieverstrekking aan derden	46%	13%
Crisisinterventie	35%	17%
Grensoverschrijdend hulpverleners gedrag	11%	7%
Klachtenopvang	94%	54%

Protocollen die in veel GGD'en aanwezig zijn betreffen de klachtenopvang (94%). In 46% van de GGD'en zijn protocollen aanwezig voor informatieverstrekking aan derden.

Protocollen voor grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag komen weinig voor (11%).

De percentages in de tweede kolom tonen dat in circa de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt getoetst of het protocol wordt toegepast of nageleefd.

### 11.3.3 Is er GGD-breed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage GGD'en dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	70%
Ja, er is wel een uniforme wijze	30%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	28%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	22%
– wie het protocol heeft vastgesteld	20%
– voor wie het protocol is bedoeld	28%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	17%

70% van de GGD'en hanteert GGD-breed geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. De GGD'en die dat wel doen (30%) vermelden bijna altijd de datum waarop het protocol is gemaakt en nagenoeg altijd voor wie het protocol is bedoeld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 17% van de GGD'en.

**11.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele GGD) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?**

Percentage GGD'en dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, er is geen protocollenbank	41%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	37%
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	28%
Voor de gehele GGD is er een protocollenbank	13%
Voor de gehele GGD gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	9%

---

Van de GGD'en geeft 41% aan dat er geen protocollenbank bestaat. In 37% van de GGD'en bestaan protocollenbanken voor sommige afdelingen.

In 9% van de GGD'en gelden in de gehele GGD procedures voor het actualiseren van de protocollen.

**11.3.5 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage GGD'en dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	35%
Ja, er zijn wel procedures	65%
<i>Namelijk:</i>	
- in een GGD-afdeling	20%
- in ongeveer de helft van de GGD-afdelingen	22%
- in alle GGD-afdelingen	20%

---

Volgens 65% van de GGD'en is in procedures beschreven hoe de primaire processen zijn georganiseerd. 20% van de GGD'en meldt dat dit in alle GGD-afdelingen geldt.

### 11.3.6 Wie zijn betrokken bij het opstellen van vakinhoudelijke richtlijnen of protocollen?

Percentage GGD'en waarbij de volgende functionarissen betrokken zijn bij het opstellen van vakinhoudelijke richtlijnen of protocollen (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Kwaliteitsfunctionaris	33%
Overige staf	28%
Leidinggevenden	80%
Artsen	85%
Verpleegkundigen	83%
Anderen	35%

Leidinggevenden, artsen en verpleegkundigen zijn het meest frequent betrokken bij het opstellen van protocollen en richtlijnen.

## 11.4 Deelsystemen en indicatoren

### 11.4.1 Vinden in uw GGD - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage GGD'en dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoordcategorieën:

- niet (of niet van toepassing)

- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing

- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorg/dienstverleningsdossiers	59	39	2	-
Commissies (bijv. voor calamiteiten)	63	24	11	2
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	17	76	7	-
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	54	37	7	2
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	9	39	52	-
Klachtenanalyse en -behandeling	20	39	39	2
Management informatiesysteem	26	48	22	4
Interne audits	59	20	20	2
Interinstitutionele toetsing/visitatie	94	7	-	-
Benchmarking	70	26	4	-
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familierraad	91	7	-	2
Meningspeiling onder gebruikers	50	41	7	2
Meningspeiling onder medewerkers	54	39	7	-
Meningspeiling onder verwijzers	67	24	7	2
Marktonderzoek onder (potentiele) gebruikers	78	17	2	2
Marktonderzoek verwijzers	85	13	-	2

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de functioneringsgesprekken (52%). Ook de resultaten van klachtenanalyse en behandeling worden in 39% van de GGD'en systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid.

De tweede kolom toont dat de resultaten van veel deelsystemen volgens de respondenten vaak nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 46% van de GGD'en gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. Bij 13% van de GGD'en zijn dat een of

twee verbeterprojecten. 22% van de GGD'en heeft in 1999 drie tot vijf projecten uitgevoerd. Eén GGD maakt melding van 20 kwaliteitsprojecten in 1999.

#### 11.4.2 Welke gegevens worden op GGD-niveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage GGD'en dat ook de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Klantentoetsingen, meningspeilingen onder klantengroepen	37%
Meningspeilingen onder medewerkers	46%
Exitinterviews onder cliënten	4%
Exitinterviews onder medewerkers	26%
Opvattingen van de cliëntenraad	7%
Opvattingen van ketenpartners	37%
Opvattingen van de financier	63%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	37%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	46%

De opvattingen van de financier worden door 63% van de GGD'en gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Daarnaast zijn het vooral de meningspeilingen onder de medewerkers en de resultaten van externe toetsingen of visitaties die voor evaluatie worden gebruikt (46%).

Weinig GGD'en zeggen dat gegevens uit exitinterviews onder cliënten voor evaluatiedoel-einden worden gebruikt (4%) en dat geldt ook voor opvattingen van een cliëntenraad (7%).

### 11.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage GGD'en dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	20%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	80%
<i>Namelijk:</i>	
- de productiecijfers	72%
- gegevens over uitkomsten van de dienstverlening	30%
- gegevens over het bereik/participatie van doelgroepen	17%
- klachten van patiënten/klanten(groepen)	65%
- toegangstijden/wachlijsten	26%
- ziekte en verloop van medewerkers	52%
- andere indicatoren	2%

---

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest gebruikte indicatoren in GGD'en zijn de productiecijfers (72%). Ook de klachten worden relatief vaak als indicator voor monitoring van de kwaliteit gebruikt (65%).

Weinig GGD'en (2%) hebben aangegeven dat ook nog andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 11.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 11.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van artsen / verpleegkundigen)?

Percentage GGD'en waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionele hulpverleners op de volgende wijze is geregeld (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Management en professionele hulpverleners.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	15%
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	26%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	44%
Anderen vormen	4%

In 44% van de GGD'en wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners.

Het komt ook voor dat het management en de artsen/verpleegkundigen elk hun eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (4%).

### 11.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in de dienstverlening?

Percentage GGD'en dat structureel overleg voert met ketenpartners over raakvlakken in de dienstverlening (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Over toegeleiding is structureel overleg met:</i>	
Ziekenhuis	44%
Thuiszorg	52%
Huisartsen	35%
RIAGG	44%
Justitie/politie	52%
Anderen	33%

De meest genoemde samenwerkingspartners voor GGD'en zijn de thuiszorg (52%) en justitie en politie (52%). Het minst vaak wordt melding gemaakt van structurele samenwerking met de huisartsen (35%).

### 11.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage GGD'en met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=46; desondanks worden percentages vermeld).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	65%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	30%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	13%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	26%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	15%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	17%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	9%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	7%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	2%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	2%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	2%

Van de GGD'en geeft 65% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (30%) dan gebeurt dat het meest frequent via het hanteren van gezamenlijke protocollen voor de overdracht van de cliënt (26%) en een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling (17%). Andere vormen worden minder frequent gemeld.

Van de GGD'en heeft 20% aangegeven (niet in de tabel) dat er gezamenlijke kwaliteitsbewaking is bij een tot twee zorgketens. 13% van de GGD'en noemt drie tot vijf zorgketens.



## 11.6 Participatie en inspraak van patiënten/klantengroepen

### 11.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden patiënten/klantengroepen of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage GGD'en waar patiënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	patiënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	70	2	20	-	8
Ontwikkelen van normen of criteria	87	-	4	2	7
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	85	-	4	-	11
Participatie in (kwaliteits)commissies	89	-	-	-	11
Opstellen van protocollen of standaarden	13	-	2	-	85
Participatie in verbeterprojecten	89	-	4	-	7

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of klantengroepen

Bij 20% van de GGD'en worden patiëntenorganisaties of klantengroepen betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie of de uitkomsten van satisfactie-onderzoek.

Van de GGD'en meldt 2% dat (ook) een cliëntenraad daarbij betrokken is.

### 11.6.2 Verstrekt de GGD standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie?

Percentage GGD'en dat standaard schriftelijke informatie aan cliënten verstrekt over hun rechtspositie (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	33%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	65%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste conform de WGBO	28%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	59%
- privacy bescherming	26%
- de cliëntenraad	-
- andere informatie	4%

---

65% van de GGD'en verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (59%). Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over de privacy bescherming (26%).

### 11.6.3 Zijn er pogingen gedaan om een cliëntenraad in het leven te roepen en hoe is dat verlopen?

Percentage GGD'en dat het volgende heeft ondernomen m.b.t. het instellen van een cliëntenraad (N=85)

---

	%
Nee, er zijn geen pogingen gedaan	87%
Er wordt binnenkort een pogingen gedaan	4%
Er zijn wel pogingen gedaan	9%
<i>Met als resultaat:</i>	
- er konden niet voldoende leden voor een cliëntenraad worden gevonden	2%
- er is een cliëntenraad	4%
- anders	2%

---

87% van de GGD'en heeft geen pogingen gedaan een cliëntenraad in het leven te roepen. Bij 4% is wel een cliëntenraad ingesteld.

#### 11.6.4 Op welke wijze hebben patiënten/klantengroepen en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage GGD'en waarin patiënten/klanten(groepen) en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

---

##### *Patiënten/klanten(groepen):*

Worden betrokken bij het opstellen van het hulpverlenings/dienstplan	11%
Bij afsluiting/overdracht wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	7%

##### *Cliëntenraad*

Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	2%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	-
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	2%

##### *Patiënten/consumentenorganisaties.*

Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	24%
Cliëntenorganisaties toetsen de GGD	2%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	22%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	15%

---

In 24% van de GGD'en is een vorm van inspraak geregeld via het periodieke overleg met een patiënten- of consumentenorganisatie. Aanbevelingen van deze organisaties worden in (nieuw) beleid vertaald in 22% van de GGD'en.

Andere vormen van inspraak of overleg met patiënten/klanten komen weinig voor.

## 11.7 Positieve en negatieve effecten

### 11.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage GGD'en dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Klanten</i>				
Toename van de klantgerichtheid	20	67	7	7
Toename van tevredenheid van klanten	13	67	4	15
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	11	74	2	13
Toename van de inzet van de medewerkers	15	54	20	11
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	15	72	7	6
Betere profilering van de instelling	17	63	7	13
Toename van tevredenheid van externe partijen	13	72	4	11
<i>Kwaliteit van dienstverlening</i>				
Verbeteringen in de dienstverleningsprocessen	24	63	4	9
Verbeteringen in resultaten van dienstverlening	7	80	7	7
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	13	41	30	15
Kostenbesparing in de eigen GGD	2	28	52	17
Kostenbesparing, maar niet in de eigen GGD	2	13	61	24

De eerste kolom laat zien dat relatief weinig GGD'en inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg hebben bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat de dienstverleningsprocessen verbeterd zijn (24%) en dat de klantgerichtheid is toegenomen (20%).

Het minst frequent zijn kostenbesparingen gerealiseerd (2%).

Wel verwachten de GGD'en veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.

### 11.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw GGD veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage GGD'en dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	61%
Formalisering van regels en procedures	44%
Bewaking van regels en procedures	54%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	41%
Betere toetsing van regels en procedures	35%
Verwijdering van regels en procedures	22%

In 61% van de GGD'en is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in ruim de helft van de GGD'en (54%) worden regels en procedures beter bewaakt.

Minder vaak melden GGD'en dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (22%).

### 11.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw GGD opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage GGD'en waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
De werkdruk is toegenomen	35%
De kosten zijn gestegen	28%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	2%
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	2%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	33%

In 35% van de GGD'en is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen in 28% brengt het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich mee.

Er zijn enkele GGD'en (2%) die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 11.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 11.8.1 Heeft uw GGD inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage GGD'en dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	63%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	20%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	33%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	15%
Geen inzicht in verbeterkosten	28%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	17%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	13%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (ISO, HKZ, etc.)	30%
Interne beoordelingen/interne audits	15%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	4%
Registratie van incidenten/complicaties	11%
Externe beoordeling door patiënten-/consumentenorganisaties	2%
Geen inzicht in beoordelingskosten	52%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	22%
Claims/schadevergoedingen	15%
Verlenging van behandelduur	2%
Verspilling van materiaal	2%
Dubbel werk/inefficiënt werk	2%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	2%
Geen inzicht in herstelkosten	67%

63% van de GGD'en heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 20% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel GGD'en hebben geen inzicht in herstelkosten (67%) of beoordelingskosten (52%).

Ruim de helft van de GGD'en (59%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 26% van de GGD'en bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**11.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in dat verband door u op dit moment gewerkt met een intern kostprijsstelsel?**

Percentage GGD'en met een kostprijsstelsel (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Onbekend	4%
Nee	7%
Ja	83%
<i>Onze GGD berekent de kosten van:</i>	
- per dienst of afdeling	48%
- per product (bijv. ambulancevervoer, GVO)	72%
- van het totale dienst/hulpverleningsproces	28%
- van alle verrichtingen binnen dat hulp/dienstverleningsproces	15%

Er zijn veel GGD'en (83%) die met een kostprijsstelsel werken.

Het meest frequent worden de kosten per product berekend (72%).

Het minst frequent worden de kosten van alle verrichtingen binnen een dienstverleningsproces berekend (15%).

## 11.9 Toekomstplannen en certificering

**11.9.1 Is uw GGD al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage GGD'en dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe beoordeling
Met behulp van visitatie	20%	9%
Met behulp van interinstitutionele toetsing via de LVGGD	4%	13%
Door een cliënten/consumentenorganisatie	2%	9%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	28%	30%
Andere vormen van beoordeling	15%	4%

28% van de GGD'en meldt dat de instelling reeds beoordeeld is door een externe instantie en 30% streeft de komende 3 jaar naar een (nieuwe) beoordeling.

### 11.9.2 Wordt in uw GGD gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage GGD'en dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een HKZ-certificaat	50	35	7	9
Een ISO-certificaat	50	9	28	13
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	7	2	91

35% van de GGD'en werkt aan het behalen van een HKZ-certificaat.

28% van de GGD'en bezit inmiddels een of meerdere ISO-certificaten. Daarvan bezit 22% (niet in de tabel) één certificaat; 7% heeft twee certificaten; 2% heeft 4 certificaten en bij eveneens 2% hebben zes GGD-afdelingen een certificaat.

### 11.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage GGD'en dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

		%
LVGGD	- Handboek Kwaliteitshandvesten	28
LVGGD	- Solide diensten, tevreden klanten: kwaliteitszorg bij GGD'en	28
LVSV /GGD	- Referentiekader verpleegkundigen	9
HKZ	- Certificatieschema Ambulancezorg	46
HKZ	- Certificatieschema WVG	26
HKZ	- Certificatieschema CAP	15
ISO	- International Standards of Organization	33
INK	- Instituut Nederlandse Kwaliteit	65
Anders		11

Het meest gebruikte model bij de opbouw van het kwaliteitssysteem zijn de verschillende HKZ-certificatieschema's (voor Ambulancezorg, WVG en CPA). Ook maakt 65% van de GGD'en gebruik van het INK-model.

Het Referentiekader verpleegkundigen wordt weinig gebruikt (9%).

63% van de GGD'en (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele GGD is gemaakt.



**11.9.4 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?**

Percentage GGD'en dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar) (N=46; desondanks worden percentages vermeld).

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	57%
Opstellen van procedures/richtlijnen	57%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	37%
Regionale afstemming en samenwerking	35%
Scholing in kwaliteitszorg	28%
Klantentoetsingen of meningspeilingen	41%
Interne coördinatie en afstemming	50%
Interne toetsingen c.q. audits	37%
Coördinatie en afstemming met ketenpartners	37%
Externe beoordeling of certificering	24%

De meest frequent genoemde prioriteit voor het komende jaar is het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (57%) en het opstellen van richtlijnen of procedures (57%).

Van de GGD'en heeft 24% aangegeven dat externe beoordeling of certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit is.

**11.9.5 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw GGD voor de komende vijf jaar?**

Percentage GGD'en dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=46; desondanks worden percentages vermeld).

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Samenwerking met andere zorgaanbieders	13%
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	39%
Medewerkers (werving en scholing)	4%
Vraag gerichtheid en cliëntgerichtheid	20%
Kwaliteitszorg algemeen	61%
Product vernieuwing of uitbreiding	2%
Fusie of de nasleep daarvan	11%
Bouw, verbouw of renovatie	-

In een openvraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

Voor 61% van de GGD'en is kwaliteitszorg in zijn algemeenheid de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied.

#### 11.9.6 Wat verwacht u van de LVGGD m.b.t. ondersteuning van kwaliteitszorg in GGD'en?

Percentage GGD'en dat het volgende verwacht van de LVGGD (N=46; desondanks worden percentages vermeld).

---

	%
– bevorderen van onderlinge uitwisseling tussen GGD'en	83
– afstemmen (of uniformeren) van prestatie-indicatoren	57
– het ontwikkelen van nieuwe HKZ-certificatieschema's voor GGD-afdelingen	61
– het organiseren van interinstitutionele toetsing vanuit de LVGGD	46
– het organiseren van benchmarking	50
– anders	9

---

Van de GGD'en verwacht 83% dat de LVGGD de onderlinge uitwisseling tussen GGD'en bevordert. 61% verwacht dat nieuwe HKZ-certificatieschema's voor de afdelingen worden ontwikkeld. 57% verwacht dat de LVGGD zich (eveneens) richt op het afstemmen of uniformeren van prestatie-indicatoren.

## 11.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 11.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

1 = hiërarchisch, centraal, enz.; 6 = plat, decentraal enz.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	4,0
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	2,9
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,8
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	3,8
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,4
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,2
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	4,3

Relatief veel GGD'en geven aan dat de besluitvorming in de instelling centraal geregeld is en niet decentraal. De communicatie wordt als meer als informeel dan als formeel bestempeld. Medewerkers hebben relatief veel binding met de GGD.

### 11.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	4,8
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	2,7
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	4,0
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	3,8
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,7
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	3,6

Relatief veel GGD'en zijn het eens met de stelling dat de werkdruk te hoog is. Relatief weinig respondenten vinden dat er teveel mensen op de wachtlijst staan.

**11.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen GGD'en. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage GGD'en dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=46; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	7%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	44%
- een formele en gestructureerde instelling	9%
- een productiegerichte instelling	37%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	-
- staat open voor veranderingen	41%
- benadrukt de regels	9%
- is meer coach en coördinator	44%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	2%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	20%
- zijn formele regels en afspraken	7%
- is het goed vervullen van je taken	61%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	15%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	26%
- continuïteit en stabiliteit	35%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	20%

Bijna twee derde van de GGD'en (61%) zegt dat de band die de organisatie bij elkaar houdt het goed vervullen van je taken is. Relatief veel GGD'en hebben zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (44%) en 37% typeert zich meer als een productiegerichte organisatie.

Er zijn weinig GGD'en die zichzelf als een formele instelling met de nadruk op regelgeving typeren.

## 12 PARTICULIERE THUISZORGINSTELLINGEN BTN

### 12.1 Beleid en strategie: tabellen m.b.t.:

12.1.1	Documenten m.b.t. kwaliteitszorg	284
12.1.2	Voorzieningen voor kwaliteitszorg	284
12.1.3	De 'trekkers' van kwaliteitszorg	285

### 12.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg: tabellen m.b.t.:

12.2.1	Personeelsbeleid en kwaliteitszorg	286
12.2.2	Vrijgemaakte werktijd voor kwaliteitszorg	287
12.2.3	Prioriteiten in de na- en bijscholing	287

### 12.3 Procedures en thuiszorg protocollen: tabellen m.b.t.:

12.3.1	Algemene protocollen en procedures	288
12.3.2	Specifieke thuiszorg protocollen	288
12.3.3	Uniforme wijze voor het opstellen van protocollen	289
12.3.4	Procedures voor het actualiseren van protocollen	290
12.3.5	Medewerkers die betrokken zijn bij het opstellen van protocollen	290
12.3.6	Procedures voor zorgplannen	291
12.3.7	Procedures voor de primaire processen	291

### 12.4 Deelsystemen en indicatoren: tabellen m.b.t.:

12.4.1	Deelsystemen	292
12.4.2	Gegevens voor evaluatie en bijstelling	293
12.4.3	Indicatoren voor monitoring	294

### 12.5 Samenwerking en ketenkwaliteit: tabellen m.b.t.:

12.5.1	Samenhang in het organisatorische en zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid	294
12.5.2	Structureel overleg met ketenpartners	295
12.5.3	Gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg	296

### 12.6 Participatie en inspraak van cliënten: tabellen m.b.t.:

12.6.1	Participatie van klanten	297
12.6.2	Informatie aan klanten over rechtspositie	297
12.6.3	Informatie over zorginhoudelijke zaken	298
12.6.4	Inspraak van klanten en hun organisaties	299

<b>12.7</b>	<b>Positieve en negatieve effecten: tabellen m.b.t.:</b>	
12.7.1	Positieve effecten	300
12.7.2	Veranderingen in regelgeving	301
12.7.3	Negatieve effecten	301
<b>12.8</b>	<b>Inzicht in kwaliteitskosten: tabellen m.b.t.:</b>	
12.8.1	Inzicht in kosten van kwaliteitszorg	302
12.8.2	Kostprijsstelsel	303
<b>12.9</b>	<b>Toekomstplannen en certificering: tabellen m.b.t.:</b>	
12.9.1	Externe beoordelingen	303
12.9.2	Certificaten en kwaliteitskeurmerken	304
12.9.3	Gebouwde kwaliteitsmodellen en systemen	304
12.9.4	Anticiperen op nieuwe zorgbehoeften	305
12.9.5	Prioriteiten op de korte termijn	305
12.9.6	Prioriteiten op de lange termijn	306
<b>12.10</b>	<b>Organisatiekenmerken en werkdruk: tabellen m.b.t.:</b>	
12.10.1	Organisatiestructuur	307
12.10.2	Werkdruk	307
12.10.3	Organisatiecultuur	308

## **12 PARTICULIERE THUISZORGINSTELLINGEN BTN**

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk. Hierna worden alle gegevens over de particuliere thuiszorg instellingen gepresenteerd, zonder dat de onderzoekers daar een eigen interpretatie aan geven.

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 20 enquêtes die zijn ingevuld door instellingen voor thuiszorg. De respons was 53%.

Van de enquêtes is 85% ingevuld door de directie of het management van de instelling en 15% is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris.

Van de instellingen meldt 80% in de vragenlijst dat BTN contact met de instelling mag opnemen om nadere informatie over de kwaliteitszorg in de instelling in te winnen.

In de hierna volgende tabellen worden altijd absolute percentages gepresenteerd. Dat betekent dat een percentage van 50% staat voor 50% van de 20 respondenten = 10 respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 tot 2% van de respondenten een vraag niet heeft ingevuld (missing).

In een aantal gevallen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Bij elke tabel wordt eerst de vraag vermeld, zoals deze in de enquête is gesteld. Daarna volgen de antwoorden op de vraag, en worden de hoogste en laagste scores benoemd.

### **Let op**

Ondanks de kleine aantallen (N=20) worden in de tabellen percentages vermeld, omdat dit in het gehele tabellenboek gebeurt. Het zou misverstanden kunnen geven indien alleen in dit hoofdstuk aantallen werden gepresenteerd.

Wel is bij elke tabel vermeld dat rekening gehouden moet worden met de kleine aantallen en moet rekening worden gehouden met de lage respons 53%.

## 12.1 Beleid en strategie

### 12.1.1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	10	20	70	-
Kwaliteitsjaarverslag	10	55	30	5
Kwaliteitsbeleid op schrift	10	40	50	-
Productomschrijvingen	5	20	60	15
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	-	40	45	15
Kwaliteitshandboek	15	45	35	5

i.o. = in ontwikkeling; missing = niet ingevuld

De tabel laat zien dat 70% van de instellingen een missie of visie op schrift heeft gesteld en deze is bij nog eens 20% van de instellingen in ontwikkeling.

Van de instellingen beschikt 60% over productomschrijvingen en 50% heeft een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van een kwaliteitsjaarverslag, namelijk door 30% van de instellingen.

### 12.1.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Een apart intern budget voor kwaliteitszorg	15%
Een stuurgroep of commissie(s) voor kwaliteitszorg	20%
Een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen aangesteld	40%
Een extern bureau of adviseur ingeschakeld	30%
Andere voorzieningen	20%
Geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg	10%

Het meest frequent hebben instellingen een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitscoördinator aangesteld. (40%). Relatief veel instellingen hebben ook een extern bureau of een externe adviseur ingeschakeld (30%). Weinig instellingen (10%) zeggen geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg te hebben getroffen.



### 12.1.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekkers' zijn van kwaliteitszorg (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
De stuurgroep of commissie(s)	15%
De kwaliteitsfunctionaris(sen)	35%
Een extern bureau of adviseur	20%
De professionele zorgverleners	20%
Directie of management	80%
Hoofden of leidinggevendenden	30%
Andere personen	-
Niemand in het bijzonder	5%

---

Volgens de respondenten is de directie of het management de motor achter de kwaliteitszorg in 80% van de instellingen. De kwaliteitsfunctionaris en de hoofden en leidinggevendenden spelen ook relatief vaak een stimulerende rol in de kwaliteitszorg.

In 5% van de instellingen is niemand in het bijzonder de trekker van kwaliteitszorg.

## 12.2 Medewerkers en tijd voor kwaliteitszorg

### 12.2.1 In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	85%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	65%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	50%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	60%
Scholing van management en leidinggevenden	55%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	50%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	60%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	25%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	70%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen of diensten	45%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	55%

---

\* Medewerkers staat ook voor professionals

\*\* Directie staat ook voor leiding en management

85% van de instellingen zegt dat medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen de medewerkers in 65% van de instellingen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten.

In relatief weinig instellingen worden nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg geschoold (in 25% van de instellingen).

**12.2.2 Wordt voor verpleging en verzorging werktijd ingeroosterd of vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?**

Percentage instellingen dat voor verpleging en verzorging werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	70%
Training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg	25%
Deel nemen aan patiëntbesprekingen	65%
Implementatie van richtlijnen	50%
Participeren in verbetereteams/projecten	30%
Intercollegiale toetsing	35%
Systematische toetsing door leidinggeevenden	45%
Ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	55%

Het meest frequent wordt gemeld dat de instellingen tijd vrijmaken voor het volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing (70%) en het deelnemen aan patiëntbesprekingen (65%). Relatief weinig instellingen hebben tijd ingeroosterd voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg (25%).

**12.2.3 Welke zorginhoudelijke aspecten hebben in 1999 de hoogste prioriteit in de na- en bijscholing? (N=20; desondanks worden percentages vermeld)**

	%
Verpleegkundige handelingen	30%
Medisch technische handelingen	45%
Zorg voor specifieke doelgroepen	30%
Methodisch werken - zorgplannen	40%
Zorgcoördinatie en afstemming	35%
Transmurale zorg	15%
Andere aspecten	35%

Volgens 45% van de respondenten is de hoogste prioriteit in de na- en bijscholing in 1999 toegekend aan medisch technische handelingen. Weinig instellingen (15%) hebben in de na- en bijscholing prioriteit gegeven aan transmurale zorg.

## 12.3 Procedures en specifieke protocollen in de thuiszorg

### 12.3.1 Wat voor soort protocollen (of werkinstructies) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Procedures/protocollen m.b.t.</i>	
Specifieke verrichtingen	70%
Voorlichting aan de cliënt	55%
Voorbehouden handelingen	55%
Het gebruik van (medische) hulpmiddelen	20%
Kritische momenten in het zorgproces	40%
Specifieke doelgroepen (of diagnoses)	30%
Routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting	60%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	65%

Van de instellingen zegt 70% dat er protocollen of werkinstructies bestaan voor specifieke verrichtingen. Zie de volgende tabel voor specifieke protocollen in de thuiszorg.

Het minst vaak wordt melding gemaakt van protocollen of werkinstructies betreffende het gebruik van medische hulpmiddelen (20%).

### 12.3.2 Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke (protocollen) wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande protocollen specifiek voor de thuiszorg (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de klant	65%	35%
Verpleegkundige handelingen	75%	25%
Medisch technische handelingen	60%	25%
Medicijnen verstrekken	35%	25%
Infectie-preventie	50%	20%
Melding van incidenten	70%	25%
Terminale zorg	30%	20%
Handelwijze bij overlijden	40%	15%

Protocollen die in veel instellingen aanwezig zijn betreffen de verpleegkundige handelingen (75%) en de melding van incidenten (60%).

Het minst zijn protocollen aanwezig voor terminale zorg (30%) en voor het verstrekken van medicijnen (35%).

De naleving van protocollen wordt relatief weinig onderzocht. In zijn algemeenheid blijkt dat in ongeveer de helft van de gevallen waarin een protocol aanwezig is, ook periodiek wordt onderzocht of het protocol wordt toegepast dan wel nageleefd.

### 12.3.3 Is er instellingsbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

Percentage instellingen dat een uniforme wijze hanteert voor het opstellen van protocollen (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, er is geen uniforme wijze	55%
Ja, er is wel een uniforme wijze	45%
<i>Er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten:</i>	
– de datum waarop het protocol is gemaakt	45%
– wie het protocol heeft ontwikkeld	45%
– wie het protocol heeft vastgesteld	35%
– voor wie het protocol is bedoeld	45%
– de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt	30%

55% van de instellingen hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Instellingen die dat wel doen (45%) vermelden altijd de datum waarop het protocol is gemaakt, wie het heeft ontwikkeld en voor wie het protocol is bedoeld.

Niet altijd wordt vastgelegd wanneer actualisering of revisie van het protocol dient plaats te vinden. Dat gebeurt in totaal 30% van de instellingen.

#### 12.3.4 Is er (op sommige afdelingen of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

Percentage instellingen dat een protocollen bank bezit en een procedure voor het actualiseren van protocollen (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, er is geen protocollenbank	50%
Op sommige afdelingen is er een protocollenbank	10%
Op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen	5%
Voor de gehele instelling is er een protocollenbank	20%
Voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	20%

---

De helft van de instellingen (50%) geeft aan dat er geen protocollenbank in de instelling bestaat. In 20% van de instellingen is er een protocollenbank voor de gehele instelling en zijn er procedures voor het actualiseren van de protocollen.

#### 12.3.5 Wie zijn betrokken bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen?

Percentage instellingen waarbij de volgende functionarissen betrokken zijn bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Hoofden of leidinggevenden	80%
Verpleegkundigen	45%
Verzorgenden - helpenden	55%
Stafverpleegkundige	20%
Kwaliteitsfunctionaris	40%
Anderen	25%

---

In 80% van de instellingen zijn hoofden of leidinggevenden betrokken bij het opstellen van protocollen. Ruim de helft van de instellingen (55%) geeft aan dat ook verzorgenden daarbij betrokken zijn. Het minst vaak zijn stafverpleegkundigen betrokken bij het opstellen van protocollen (20%).

**12.3.6 Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor zorg- of begeleidingsplannen en wat is daarin geregeld?**

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorg- en begeleidingsplannen (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	10%
Ja, er is er wel een systeem voor zorgplannen/dossiers	90%
<i>Daarin is geregeld:</i>	
- welke gegevens dienen te worden vastgelegd	75%
- welk kwalificatieniveaus voor de zorgverlening zijn vereist	70%
- het opstellen van het zorgplan in samenspraak met de klant	70%
- welke afspraken zijn gemaakt (aard, omvang, frequentie van de zorg)	90%
- de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd	70%
- de wijze waarop de verleende zorg wordt geregistreerd	60%
- de taakverdeling en afstemming met andere professionals	55%
- op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de klant plaatsvindt	75%
- op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd	45%

Nagenoeg alle instellingen (90%) zeggen dat een systeem van zorgplannen wordt gehanteerd. Ook op alle onderdelen bij deze vraag (zie de tabel) wordt positief geantwoord door de ruime meerderheid van de instellingen.

Bijna de helft van de instellingen (45%) meldt dat geregeld is op welke termijn en op welke wijze de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd.

**12.3.7 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

Percentage instellingen dat de primaire processen in procedures heeft geregeld (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, de primaire processen zijn niet in procedures geregeld	25%
Ja, er zijn wel procedures	60%
<i>Namelijk voor de volgende onderdelen van primaire processen:</i>	
- intake (op basis van de indicatiestelling door het RIO)	55%
- de zorg- of dienstverleningsprocessen zelf	55%
- beëindiging van de zorg- of dienstverlening	55%

Volgens 60% van de instellingen is in procedures vastgelegd hoe de primaire processen geregeld zijn.

## 12.4 Deelsystemen en indicatoren

### 12.4.1 Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing - onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert, met als antwoord-categorieën:

- niet (of niet van toepassing)
- gedeeltelijk: de resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja volledig: de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volledig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	10	30	60	-
Commissies (infecties, FONA, etc.)	65	20	10	5
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	50	30	15	5
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	50	30	15	5
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	5	35	60	-
Klachtenregistratie/behandeling	20	20	55	5
Management informatiesysteem	30	40	30	-
Interne audits	30	55	15	-
Interinstitutionele toetsing/visitatie	80	10	10	-
Benchmarking	35	35	30	-
<i>Cliënten en gebruikers</i>				
Cliëntenraad / familiaaraad	70	10	15	5
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	10	20	70	-
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	25	30	45	-
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	40	35	20	5
Behoeftesonderzoek onder (potentiele) gebruikers	60	15	25	-
Behoeftesonderzoek verwijzers	60	20	20	-

In de derde kolom van de tabel is te zien in welke mate de gegevens van een deelsysteem systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Het meest frequent zijn dat de meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken onder gebruikers (70%), gevolgd door de zorg- of begeleidingsplannen, namelijk in 60% van de instellingen en de gegevens uit functioneringsgesprekken (60%).

Bij de meeste andere deelsystemen zijn de respondenten van mening dat de gegevens nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.



Naast de hier genoemde deelsystemen wordt in 45% van de instellingen gewerkt aan een of meerdere verbeterprojecten of kwaliteitsprojecten. 20% van de instellingen zegt dat 1 of 2 projecten uitgevoerd zijn en 25% van de instellingen meldt dat in 1999 drie tot vier kwaliteitsprojecten werden uitgevoerd.

#### 12.4.2 Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Meningspeilingen/tevredenheidsmetingen onder cliënten	85%
Meningspeilingen onder medewerkers	70%
Exitinterviews onder cliënten	45%
Exitinterviews onder medewerkers	35%
Opvattingen van de cliëntenraad	15%
Opvattingen van ketenpartners	35%
Opvattingen van de financier	55%
Resultaten van interne toetsingen (audits)	30%
Resultaten van benchmarking	35%
Resultaten van externe toetsingen of visitaties	10%

Meningspeilingen onder cliënten worden door 85% van de instellingen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Daarna volgen meningspeilingen onder medewerkers (70%). Opvattingen van de financier worden door 55% van de instellingen voor bijstelling van het beleid gebruikt.

Relatief weinig instellingen zeggen dat gegevens uit externe toetsingen of visitaties worden gebruikt (10%).

### 12.4.3 Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Nee, er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	5%
Ja, er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	95%
<i>Namelijk voor:</i>	
- evaluaties van zorgplannen	75%
- overzichten van noodzakelijk geachte zorg versus gerealiseerde zorg	60%
- wachtlijsten/tijden	30%
- ziekte en verloop van medewerkers	50%
- incidenten	65%
- klachten	75%
- andere indicatoren	5%

---

Indien indicatoren voor monitoring worden gebruikt impliceert dat tevens dat de betreffende indicatoren gemeten worden.

De meest genoemde indicatoren betreffen de evaluaties van de zorgplannen (75%) en de klachtenregistratie (75%), direct gevolgd door gegevens over incidenten (65%). Weinig instellingen (5%) hebben aangegeven dat andere dan de hier genoemde indicatoren worden gemeten voor monitoring van de kwaliteit.

## 12.5 Samenwerking en ketenkwaliteit

### 12.5.1 Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?

Percentage instellingen waarbij de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals op de volgende wijze is geregeld (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Management en professionals.:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	-
Ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	30%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	65%
Andere vormen	-

---

In twee derde van de instellingen wordt een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkeld door het management en de professionele hulpverleners. In eenderde van de instelling ontwikkelen het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid.

### 12.5.2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

Percentage instellingen dat structureel overleg voert met ketenpartners over het primaire proces (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Huisartsen	60%
Ziekenhuis	45%
Verpleeghuis	35%
Verzorgingshuizen	30%
RIAGG	10%
Meerdere partners over transmurale zorg	35%

De meest genoemde samenwerkingpartners zijn de huisartsen, zo meldt 60% van de instellingen. 45% van de instellingen heeft ook structureel overleg met ziekenhuizen. Weinig instellingen (10%) hebben structureel overleg met de RIAGG.

### 12.5.3 Is er bij transmurale zorg of zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (= ketenpartners)?

Percentage instellingen met een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=20; desondanks worden percentages vermeld).

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	30%
Ja, er is gezamenlijke kwaliteitsbewaking	60%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- een gemeenschappelijke visie op papier	10%
- gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	40%
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	40%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	30%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	15%
- gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	20%
- een gemeenschappelijke klachtregistratie	5%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	5%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	10%

Van de instelling geeft 30% aan dat er geen **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt bij transmurale zorg of zorgketens. Indien er wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking plaatsvindt (60%) dan gebeurt dat het meest frequent via het opstellen van protocollen voor de overdracht van cliënten en via gemeenschappelijk overleg om de kwaliteit te evalueren (40%). Minder vaak wordt gemeld dat bij transmurale zorg een gemeenschappelijke klachtregistratie of cliëntenraadpleging plaatsvindt (beide 5% van de instellingen).

Van de instellingen die melding maken van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking zeggen 8 instellingen dat dit een zorgketen betreft. 2 instellingen melden 2 zorgketens en 1 instelling maakt melding van 3 zorgketens.

## 12.6 Participatie en inspraak van cliënten

### 12.6.1 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten of hun belangenorganisaties betrokken?

Percentage instellingen waar cliënten en/of hun organisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	nee n.v.t.	cliënten- raad*	cliënten- organi- saties**	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	25	25	20	10	20
Ontwikkelen van normen of criteria	45	20	15	-	20
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	30	40	10	-	20
Participatie in (kwaliteits)commissies	55	10	-	-	35
Opstellen van protocollen of standaarden	55	10	5	-	30
Participatie in verbeterprojecten	35	20	10	-	35

\* of (commissies van) cliënten in de instelling

\*\* of consumentenverenigingen

Minder dan de helft van de instellingen (40%) betreft de cliëntenraad bij het evalueren van de mate waarin de gestelde kwaliteitsdoelen zijn gehaald. Weinig instellingen (10%) melden dat cliënten betrokken zijn bij het opstellen van protocollen of participeren in verbeterprojecten.

### 12.6.2 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan nieuwe klanten over hun rechtspositie?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie aan nieuwe klanten verstrekt over hun rechtspositie (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	30%
Ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt	65%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)	15%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	60%
- de privacy-bescherming	45%
- de cliëntenraad	20%

65% van de instellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten omtrent hun rechtspositie. Het meest frequent betreft dat informatie over het klachtenmeldpunt (60%) en informatie over de privacy bescherming (45%).

Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over het toestemmingsvereiste conform de WGBO (15%).

### **12.6.3 Over welke van de hierna volgende zaken verstrekt uw thuiszorginstelling standaard informatie aan klanten?**

Percentage instellingen dat standaard informatie aan klanten verstrekt (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
Over inspraakmogelijkheden voor de klant	50%
Over het productaanbod en de leveringsvoorwaarden	70%
Over de continuïteit in doorlooptijd en personen	75%
Over de naam van de toegewezen zorgcoördinator/aanspreekpersoon	65%

---

75% van de instellingen verstrekt standaard informatie aan cliënten omtrent de continuïteit van de zorg in doorlooptijd en personen. Frequent wordt ook informatie gegeven omtrent het productaanbod en de leveringsvoorwaarden (70%). Minder vaak wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt over de inspraakmogelijkheden voor de klant (50%).

#### 12.6.4 Op welke wijze hebben klanten en hun belangenorganisaties inspraak in de zorg?

Percentage instellingen waarin klanten en of hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

<i>Individueel niveau</i>	
Klanten worden betrokken bij het opstellen van het hulpverleningsplan	70%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de klant gevraagd	80%
<i>Cliëntenraad</i>	
Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	15%
De directie heeft zich verplicht aanbevelingen van de cliëntenraad op te pakken	15%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	15%
<i>Cliëntenorganisaties/ouderenbonden etc.</i>	
Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	35%
Cliëntenorganisaties toetsen de instelling	25%
De directie heeft zich verplicht aanbevelingen van deze organisaties op te pakken	20%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	25%
<i>Benchmarking</i>	
Via benchmarking worden oordelen van klanten verkregen	40%
Deze oordelen worden voor bijsturing gebruikt	35%

---

In nagenoeg alle instellingen (80%) wordt bij de afsluiting van de zorg het oordeel van de klant gevraagd. In 70% van de instellingen hebben klanten inspraak bij het opstellen van het hulpverleningsplan. Relatief weinig instellingen (15%) maken melding van een cliëntenraad en het overleg met deze raad. Meer instellingen hebben wel overleg met cliëntenorganisaties (35%).

## 12.7 Positieve en negatieve effecten

### 12.7.1 Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	bereikt	verwacht	niet verwacht	missing
<i>Cliënten</i>				
Toename van de klantgerichtheid	40	50	-	10
Toename van tevredenheid van gebruikers	65	30	-	5
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	20	60	5	15
Toename van de inzet van de medewerkers	20	65	10	5
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	20	60	5	15
Betere profilering van de instelling	35	50	5	10
Toename van tevredenheid van externe partijen	55	30	5	10
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	30	55	5	10
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	35	55	-	10
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	25	55	10	10
Kostenbesparing in de eigen instelling	-	70	20	10
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	-	35	25	40

De eerste kolom laat zien dat meer dan de helft van de instellingen inmiddels positieve effecten tengevolge van de kwaliteitszorg heeft bereikt. Het meest frequent wordt gemeld dat tengevolge van de kwaliteitszorg de tevredenheid van gebruikers is toegenomen (65%) en dat ook de tevredenheid van externe partijen is toegenomen (55%). Niemand zegt dat kostenbesparingen zijn gerealiseerd.

Wel verwachten de instellingen veel positieve effecten van kwaliteitszorg, zoals de cijfers in de tweede kolom tonen.



**12.7.2 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Regelingen en procedures</i>	
Toename van regels en procedures	65%
Formalisering van regels en procedures	40%
Bewaking van regels en procedures	65%
De werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	45%
Betere toetsing van regels en procedures	55%
Verwijdering van regels en procedures	40%

In 65% van de instellingen is het aantal regels en procedures tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen en in evenveel instellingen (65%) worden regels en procedures beter bewaakt. Minder vaak melden instellingen dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd (40%).

**12.7.3 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?**

Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
De werkdruk is toegenomen	30%
De kosten zijn gestegen	55%
Verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	-
Demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	-
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	25%

In 30% van de instellingen is de werkdruk tengevolge van kwaliteitszorg toegenomen. 55% van de instellingen zegt dat het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg extra kosten met zich meebrengt.

Er zijn geen instellingen die zeggen dat kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers.

## 12.8 Inzicht in kwaliteitskosten

### 12.8.1 Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten?

Percentage instellingen dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	65%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	55%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	40%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	20%
Geen inzicht in verbeterkosten	20%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	15%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	30%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc.)	5%
Interne beoordelingen/interne audits	25%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	-
Registratie van incidenten/complicaties	-
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	15%
Geen inzicht in beoordelingskosten	50%
<i>Herstelkosten</i>	
Klachtenafhandeling	40%
Claims/schadevergoedingen	40%
Verlenging van verblijfs- of behandelduur	15%
Verspilling van materiaal	20%
Dubbel werk/inefficiënt werk	30%
Kosten t.g.v. incidenten of complicaties	5%
Geen inzicht in herstelkosten	30%

65% van de instellingen heeft inzicht in de kosten die gepaard gaan met scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg en 55% heeft inzicht in de kosten van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten.

Relatief veel instellingen hebben inzicht in kosten van klachtafhandeling en schadeclaims (40%).

Ruim de helft van de instellingen (55%; niet in de tabel) meldt dat de kosten van kwaliteitszorg intern onderwerp van discussie zijn en 40% van de instellingen bespreekt dit ook met externe partijen, bijvoorbeeld met de financier.

**12.8.2 Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw instelling gewerkt met een kostprijsstelsel?**

Percentage instellingen met een kostprijsstelsel (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Onbekend	15%
Nee	35%
Ja	35%
<i>Onze instelling berekent:</i>	
- de kosten per dienst of cluster (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)	20%
- de kosten per product (bijv. dagbehandeling, maaltijdvoorziening)	20%
- de kosten voor het totale zorg/dienstverleningsproces per cliëntencategorie	5%
- kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorg/dienstverleningsproces	30%

Er zijn evenveel instellingen die zeggen wel met een kostprijsstelsel te werken als instellingen die dat niet doen.

Het meest frequent worden de kosten van verrichtingen berekend (30%).

Het minst frequent worden de kosten van zorgprocessen berekend (5%).

## 12.9 Toekomstplannen en certificering

**12.9.1 Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En, streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

Percentage instellingen dat reeds extern is beoordeeld en/of streeft naar een (nieuwe) beoordeling (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	15%	-
Door een cliëntenorganisatie of RP/CP	20%	5%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	10%	30%
Andere vormen van beoordeling	35%	15%

20% van de instellingen zegt reeds beoordeeld te zijn door een cliëntenorganisatie, bijvoorbeeld een RP/CP. Er zijn meer instellingen (30%) die de komende drie jaar streven naar een vorm van externe beoordeling in het kader van bijvoorbeeld certificering.

### 12.9.2 Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

Percentage instellingen dat certificaten bezit of daaraan werkt (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit	missing
Een HKZ-certificaat	30	25	-	45
Een ISO-certificaat	30	20	5	45
Andere soorten certificaten of keurmerken	-	25	5	70

25% van de instellingen werkt aan het behalen van een HKZ certificaat. 20% werkt aan het behalen van een ISO-certificaat. Relatief veel instellingen hebben deze vraag niet ingevuld.

### 12.9.3 Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

Percentage instellingen dat onderstaande modellen of handleidingen gebruikt (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
HKZ - Certificatieschema Thuiszorginstellingen van de HKZ	20%
HKZ - Harmonisatiemodel van de SHKZ	15%
ISO - International Standards of Organization	30%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	-
MIK-V - Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen	-
NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	25%
Anders	35%

Het meest gebruikte model is het ISO-model (30%) en ook de kwaliteitscriteria van de NP/CF worden door 25% van de instellingen gebruikt. Daarnaast zegt 20% van de instellingen dat het HKZ-certificatieschema voor thuiszorginstellingen wordt gebruikt. 45% van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat inmiddels op directieniveau een keuze voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling is gemaakt.

#### 12.9.4 Anticipeert uw instelling op nieuwe zorgbehoeften in de samenleving?

Percentage instellingen dat niet of wel anticipeert op nieuwe zorgbehoeften (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
Nee	10%
Ja, wij gaan na aan welke nieuwe producten behoefte is	50%
Ja, wij vernieuwen de wijze waarop bestaande producten worden geleverd	35%
Ja, wij werken toe naar vraaggestuurde zorg	65%
Ja, wij werken toe naar belevingsgerichte zorg	20%

Er zijn veel instellingen (65%) die zeggen toe te werken naar vraaggestuurde zorg. 50% van de instellingen gaat na aan welke nieuwe producten behoefte bestaat. Minder instellingen (20%) werken toe naar belevingsgerichte zorg.

#### 12.9.5 Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

	%
<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	60%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	45%
Opstellen van protocollen of procedures	55%
Regionale afstemming en samenwerking	55%
Scholing in kwaliteitszorg	60%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	30%
Afstemming van zorgprocessen intern	50%
Interne toetsingen c.q. audits	50%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	35%
Externe beoordeling of certificering	35%

De meest frequent genoemde prioriteiten voor het komende jaar zijn het uitvoeren van kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (60%) en scholing in kwaliteitszorg (60%). Meer dan de helft van de instellingen (55%) geeft ook prioriteit aan het opstellen van protocollen en procedures. Bij evenveel instellingen (55%) heeft regionale afstemming en samenwerking de hoogste prioriteit.

### 12.9.6 Lange termijn: wat zijn de belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?

Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor de lange termijn (N=20; desondanks worden percentages vermeld)

---

	%
<i>Prioriteit op de lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Bedrijfsvoering en doelmatigheid	90%
Medewerkers (werving en scholing)	55%
Kwaliteitszorg algemeen	35%
Samenwerking met andere zorgaanbieders	5%
Vraag gerichtheid en klantgerichtheid	5%

---

In een open vraag was gevraagd naar de belangrijkste aandachtsgebieden, mede om te zien welke plaats kwaliteitszorg inneemt in alle activiteiten die in een instelling de aandacht vragen. Bijna alle instellingen zeggen dat alle aspecten van de bedrijfsvoering (organisatie, doelmatigheid, aansturing, financiën etcetera) de komende vijf jaar belangrijke aandachtsgebieden zijn. In meer dan de helft van de instellingen (55%) is het personeel daarnaast het belangrijkste aandachtsgebied, bijvoorbeeld werving, sociaal beleid en scholing.

Kwaliteitszorg is de komende vijf jaar het belangrijkste aandachtsgebied in 35% van de instellingen.

## 12.10 Organisatiekenmerken en werkdruk

### 12.10.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Typering van de organisatiestructuur (N=20)

1 = hiërarchisch, centraal, etc.; 6 = plat, decentraal etc.

	gemiddelde score
De organisatiestructuur is hiërarchisch (1) of plat (6)	4,8
De besluitvorming is centraal (1) of decentraal (6)	3,1
In de instelling is veel (1) of weinig (6) protocollair geregeld	3,5
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend (1) of flexibel (6)	4,7
De onderlinge communicatie is formeel (1) of informeel (6)	4,7
Medewerkers hebben weinig (1) of veel (6) binding met de instelling	4,7
Onze instelling is voorloper (1) of volgend (6) m.b.t. kwaliteitszorg	3,4

De besluitvorming is in de meeste instellingen meer centraal dan decentraal. Toch wordt de organisatiestructuur door veel instellingen getypeerd als een platte organisatie.

### 12.10.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling? Een lage score betekent veel wachtlijsten, werkdruk etcetera. Een hoge score betekent weinig wachtlijsten, werkdruk etcetera.

Gemiddelde score op vragen naar wachtlijsten, werkdruk etc. (N=20)

1 = helemaal mee eens; 6 is helemaal mee oneens

	gemiddelde score
<i>Wachtlijsten:</i> teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	4,3
<i>Werkdruk:</i> de werkdruk in onze instelling is te hoog	3,9
<i>Vacatures:</i> de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	4,0
<i>Fusies:</i> de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	5,3
<i>Concurrentie:</i> de instelling ervaart teveel concurrentie	4,3
<i>Ziekteverzuim:</i> het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	4,7

Relatief veel instellingen geven aan dat zij het eens zijn met de stelling: "de werkdruk in onze instelling is te hoog". De stelling waar de meeste instellingen het mee oneens zijn, is: "de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan".

**12.10.3 Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje d t type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein)**

Percentage instellingen dat de cultuur van de organisatie als volgt typeert (N=20)

	%
<i>Deze instelling is te typeren als:</i>	
- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie	20%
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten	55%
- een formele en gestructureerde instelling	10%
- een productiegerichte instelling	10%
<i>De leiding in deze instelling:</i>	
- is hartelijk en zorgzaam	30%
- staat open voor veranderingen	40%
- benadrukt de regels	-
- is meer coach en coördinator	25%
<i>De band die onze organisatie bij elkaar houdt:</i>	
- is trouw en traditie	20%
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling	50%
- zijn formele regels en afspraken	-
- is het goed vervullen van je taken	25%
<i>Deze instelling benadrukt:</i>	
- de waarde van het personeel en het belang van scholing	55%
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei	20%
- continuïteit en stabiliteit	20%
- prestaties en gestandaardiseerd handelen	-

Het meest frequent hebben instellingen zich getypeerd als een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten (55%), waarbij de leiding openstaat voor veranderingen (40%). Er is veel interesse in vernieuwing en ontwikkeling (50%) en veel instellingen (55%) benadrukken de waarde van het personeel en het belang van scholing.

Weinig instellingen typeren zichzelf als een formele instelling.





NIVEL  
nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel. 030 27 29 700  
fax 030 27 29 729  
e-mail: e.sluijs@nivel.nl

Sector 01

Code . . . .

Groep . . . .

---

## VRAGENLIJST NAAR KWALITEITSSYSTEMEN

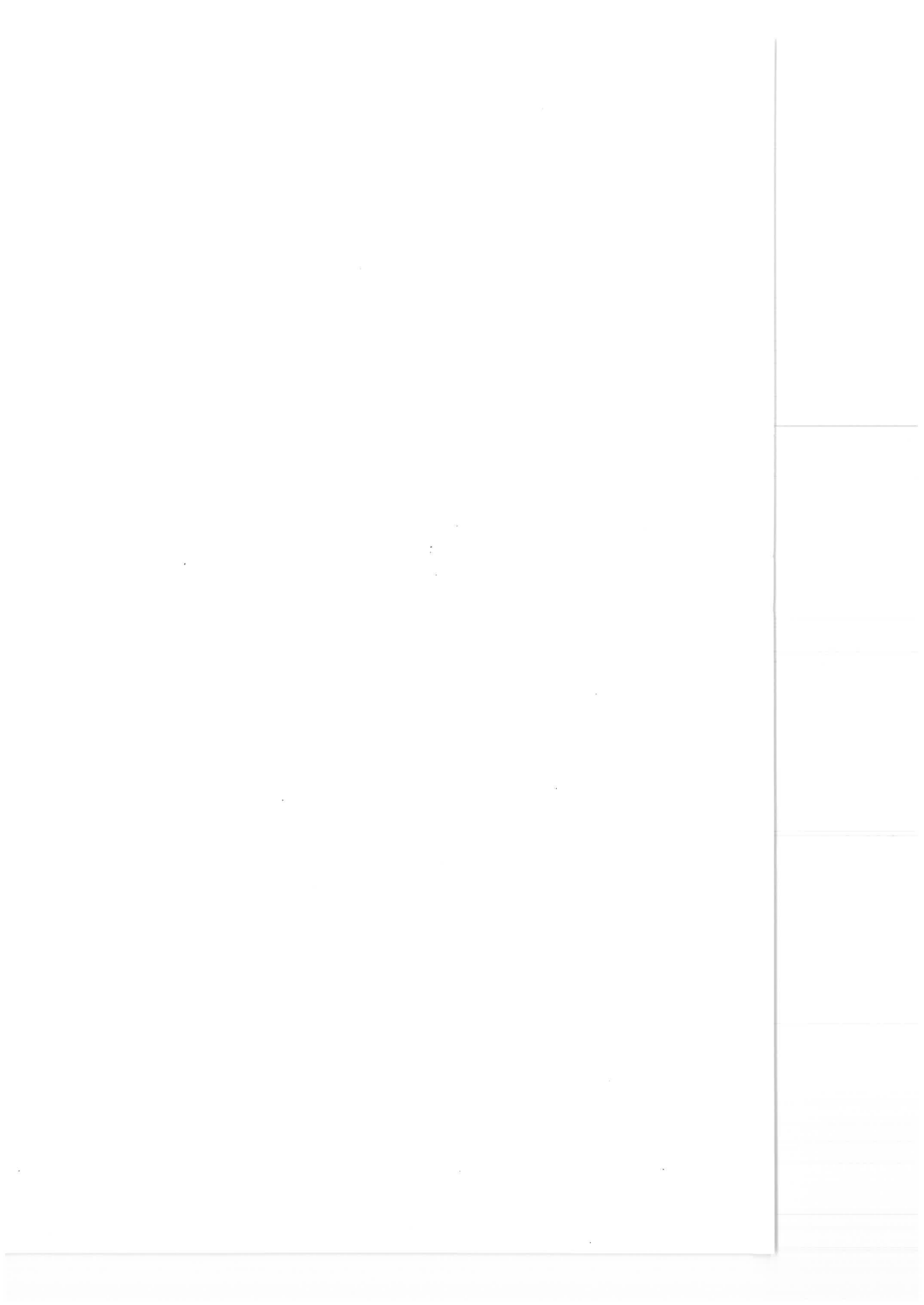
### in Thuiszorg-instellingen

---

**Inhoud:**

- **Beleid**
- **Medewerkers**
- **Procedures en protocollen**
- **Deelsystemen**
- **Samenwerking en ketenkwaliteit**
- **Cliënten**
- **Effecten**
- **Kwaliteitskosten**
- **Cultuur en structuur**
- **Toekomst**

*Bij nagenoeg alle vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk en kunt u dus meerdere alternatieven aankruisen.*



## BELEID EN STRATEGIE: DOCUMENTEN

### B1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

	nee of niet van toepassing	in ontwikkeling	ja, in bezit
<b>Missie op schrift:</b> de uitgangspunten en visie van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>'Product'omschrijvingen (productenboek):</b> gedetailleerde omschrijving van de zorg die de instelling aan de verschillende doelgroepen verleent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kwaliteitsbeleid op schrift:</b> een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau:</b> een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen om het kwaliteitsbeleid te realiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kwaliteitswerkplannen (ook verbeterplannen) op afdelingsniveau:</b> - voor sommige afdelingen - voor alle afdelingen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Kwaliteitsjaarverslag (of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag):</b> een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kwaliteitshandboek:</b> een kwaliteitshandboek bevat (referenties naar) alle procedures die in het kader van kwaliteitszorg worden gehanteerd en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B2. Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

- nee, geen extra voorzieningen  
 ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg  
 ja, er is een stuurgroep of commissie voor kwaliteitszorg  
 ja, er is een kwaliteitsfunctionaris/coördinator aangesteld  
 ja, er is een extern bureau/adviseur ingeschakeld  
 anders, namelijk .....

### B3. Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg uw instelling?

- niemand in het bijzonder  
 de stuurgroep/commissie  
 de kwaliteitsfunctionaris  
 een extern bureau/adviseur  
 de professionals (zorgverleners)  
 directie of management  
 hoofden/leidinggevenden  
 anders, namelijk .....

## MEDEWERKERS

### M1. In hoeverre is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

#### *Stimulering*

- medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen
- medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering
- medewerkers/professionals krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg

#### *Selectie en scholing*

- selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg
- scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevendenden/management
- scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals
- deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
- nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitszorg

#### *Sturing*

- het management(team) geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- het management(team) toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
- het management(team) bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen
- geen van bovenstaande activiteiten

### M2. Wordt voor verpleging en verzorging werktijd ingeroosterd/vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

#### *tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:*

- volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing
- training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg
- deelnemen aan patiëntbesprekingen
- participeren in verbeterteams/projecten
- intercollegiale toetsing
- ontwikkelen van richtlijnen/protocollen
- systematische toetsing door leidinggevendenden/inhoudsdeskundigen
- implementeren van richtlijnen/protocollen

### M3. Welke zorginhoudelijke aspecten hebben in 1999 de hoogste prioriteit in de na/bijscholing?

- verpleegkundige handelingen
- medisch technische handelingen
- zorg voor specifieke doelgroepen
- methodisch werken/zorgplannen
- zorgcoördinatie/afstemming
- transmurale zorg
- anders, namelijk .....

### M4. Functioneert er een verpleegkundige/verzorgende Adviesraad in uw instelling (VAR)?

- nee
- ja

## PROTOCOLLEN EN PROCEDURES

### P1. Wat voor soort protocollen of schriftelijke richtlijnen worden in uw instelling gebruikt?

protocollen voor het vakinhoudelijk handelen:

- gericht op specifieke verrichtingen
- voor de voorlichting aan de klant
- voor voorbehouden handelingen
- voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen
- voor kritische momenten in het zorgproces
- voor specifieke doelgroepen (of diagnoses)
- voor de routing van de klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg
- voor samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders

### P2. Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke wordt de toepassing periodiek onderzocht?

	protocol of richtlijn is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
protocollen voor:		
- bejegening van de klant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verpleegkundige handelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medisch technische handelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medicijnen verstrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- infectie-preventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- melding van incidenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- terminale zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- handelwijze bij overlijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### P3. Is er instellingsbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

- nee
- ja, er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten (*alleen aankruisen wat van toepassing is*):
  - de datum waarop het protocol is gemaakt
  - wie het protocol heeft ontwikkeld
  - wie het protocol heeft vastgesteld
  - voor wie het protocol is bedoeld
  - de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt

### P4. Is er (op sommige afdelingen of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?

- nee
- op sommige afdelingen is er een protocollenbank
- op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen.
- voor de gehele instelling is er een protocollenbank
- voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen.

### P5. Wie zijn betrokken bij het opstellen van zorginhoudelijke richtlijnen of protocollen?

- hoofden/leidinggevenden
- verpleegkundigen
- verzorgenden/helpenden
- stafverpleegkundige
- kwaliteitsfunctionaris
- anders, namelijk .....

## DEELSYSTEMEN

### D1. Vinden in uw instelling onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

1 = nee, of niet van toepassing in onze sector

2 = ja, de activiteit bestaat maar nog niet volledig cyclisch (resultaten worden nog onvoldoende voor bijsturing gebruikt)

3 = ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem (resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt)

1 2 3

#### Intercollegiale toetsing monodisciplinair:

beroepsgenoten werken groepsgewijze aan het toetsen en verbeteren van hun handelen (ook verbeterteams, kwaliteitscirkels)

#### Intercollegiale toetsing multidisciplinair:

verschillende disciplines werken gezamenlijk aan het toetsen en verbeteren van hun handelen

#### Gebruik zorgplannen:

in individuele zorgplannen wordt de verleende zorg vastgelegd en periodiek geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen

#### Commissies (bijvoorbeeld voor infecties, FOND/MIP, calamiteiten):

commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

#### Functionerings-/ beoordelingsgesprekken:

met medewerkers worden periodiek functionerings-, beoordelings- of loopbaangesprekken gehouden

#### Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem (interne audit):

periodiek wordt beoordeeld of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem werken zoals ze bedoeld zijn (c.q. wordt beoordeeld of alle procedures worden nageleefd en effectief zijn)

#### Interinstitutionele toetsing/visitatie:

collega-instellingen (of beroepsgenoten) beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen

#### Management-informatie-systeem:

een management-informatiesysteem verschaft periodieke overzichten van de verleende zorg en de uitkomsten daarvan. Op basis van deze gegevens wordt het (kwaliteits)beleid geëvalueerd en zonodig bijgesteld

#### Gebruikersraadpleging onder klanten:

periodiek wordt aan klanten een oordeel over de verleende zorg gevraagd (ook tevredenheids/waarderings-onderzoek)

#### Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners:

(ook tevredenheidsonderzoek of waarderingsonderzoek)

#### Raadpleging/meningspeiling onder medewerkers/ professionals:

periodiek wordt medewerkers/professionals gevraagd of zij tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts (ook tevredenheidsonderzoek of waarderingsonderzoek)

#### Marktonderzoek naar behoeften van (potentiele) gebruikers:

de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoeften zijn aan zorg of (nieuwe) producten

#### Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners:

de instelling gaat via marktonderzoek na wat verwijzers (of andere partijen) van de instelling verwachten

#### Klachtenanalyse:

overzichten van de klachtencommissie, de klachtenopvang en de klachtbemiddeling worden periodiek geëvalueerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

#### Clëntenraad:

op basis van periodiek overleg met de cliëntenraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd

#### Benchmarking:

de instelling spiegelt haar functioneren aan andere instellingen om verbeteringen te realiseren

**D2. Hoeveel multidisciplinaire verbeterprojecten zijn in 1999 in uitvoering? Het gaat hier uitsluitend om schriftelijk vastgelegde en door het management goedgekeurde projecten.**

- geen of niet van toepassing
- ..... (aantal verbeterprojecten vermelden)

**D3. Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor zorgplannen/dossiers en wat is daarin geregeld?**

- er is geen systeem van zorgplannen/dossiers op instellingsniveau
- er is wel een systeem van zorgplannen/dossiers op instellingsniveau daarin is onder andere geregeld (aankruisen wat van toepassing is):
  - welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd
  - welke kwalificatieniveaus voor de zorgverlening zijn vereist
  - de wijze waarop het zorgplan in samenspraak met de klant wordt opgesteld
  - welke afspraken er zijn gemaakt (aard, omvang, frequentie van zorg)
  - de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd
  - de wijze waarop de verleende zorg wordt geregistreerd
  - de taakverdeling en afstemming met andere professionals
  - op welke termijn en hoe evaluatie van de zorg met de klant plaatsvindt
  - op welke termijn en hoe de volledigheid van de zorgplannen wordt gecontroleerd

**D4. Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.**

- nee
- ja, er zijn procedures voor de volgende onderdelen van het primaire proces:
  - intake (op basis van de indicatiestelling door het RIO)
  - de zorgverleningsprocessen zelf
  - beëindiging van de zorg

**D5. Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en -bijstelling van het beleid?**

- meningspeilingen onder cliënten
- meningspeilingen onder medewerkers
- exitinterviews onder cliënten
- exitinterviews onder medewerkers
- opvattingen van de cliëntenraad
- opvattingen van ketenpartners
- opvattingen van de financier
- resultaten van interne toetsingen (audits)
- resultaten van externe toetsingen of visitaties
- bevindingen uit benchmarking

**D6. Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?**

- er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt
- er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt, namelijk.
  - evaluaties van zorgplannen
  - overzichten van noodzakelijk geachte zorg (indicatie) versus feitelijk gerealiseerde zorg
  - wachtlijsten/tijden
  - ziekte en verloop van medewerkers
  - incidenten
  - klachten
  - anders, namelijk .....

## SAMENWERKING EN KETENKWALITEIT

**S1. Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid (van de professionele hulpverleners)?**

*management en professionals:*

- ontwikkelen hun eigen kwaliteitsbeleid
- ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming
- ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid
- anders, namelijk .....

**S2. Zijn de zorginhoudelijke protocollen onderdeel van het kwaliteitssysteem van de instelling?**

- nee
- ja

**S3. Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?**

- met huisartsen
- met ziekenhuis
- met verpleeghuis
- met verzorgingshuizen
- met RIAGG
- met meerdere partners over transmurale zorg

**S4. Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)?**

- nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking
- ja, er is wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking, met de volgende elementen:
  - gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren
  - een gemeenschappelijke visie op papier
  - gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld
  - een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling
  - een methodiek van registratie van bijvoorbeeld uitkomsten van de zorg
  - gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens
  - een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging
  - een gemeenschappelijke klachtregistratie
  - een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging

**S5. Wilt u aangeven voor welke klantgroepen of diagnoses een dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking bestaat?**

- niet van toepassing
- deze gezamenlijke kwaliteitsbewaking is er voor: .....
- .....
- .....



## CLIËNTEN/KLANTEN

### C1. Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden klanten en/of hun belangenorganisaties betrokken?

	nee of n.v.t	ja, klanten of cliëntenraad wordt betrokken	ja, cliëntenorga- nisaties worden betrokken
- ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opstellen van protocollen/standaarden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- participatie in (kwaliteits)commissies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- participatie in verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C2. Verstrek uw thuiszorginstelling standaard schriftelijke informatie aan nieuwe klanten over hun rechtspositie?

- nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie gegeven
- ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie over rechtspositie gegeven, namelijk over:  
(aankruisen wat van toepassing is)
  - het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)
  - het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling
  - de privacy-bescherming
  - de cliëntenraad

### C3. Over welke van de hierna volgende zaken verstrekt uw thuiszorginstelling standaard informatie aan klanten?

- over inspraakmogelijkheden voor de klant
- over productaanbod en leveringsvoorwaarden
- over de continuïteit in doorlooptijd en personen
- over de naam van de toegewezen zorgcoördinator/aanspreekpersoon

### C4. Op welke wijze hebben klanten (en hun belangenorganisaties) inspraak in de zorg?

#### *individuele klanten*

- klanten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan
- bij afsluiting wordt het oordeel van de klant gevraagd (bijvoorbeeld exit-interviews)

#### *cliëntenraad*

- er is periodiek overleg met de cliëntenraad
- de directie heeft zich verplicht aanbevelingen van de cliëntenraad op te pakken
- aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

#### *cliëntenorganisaties/ouderenbonden etc.*

- er is periodiek overleg met cliënten/consumentenorganisaties (RP/CP, ouderenbonden etc.)
- cliëntenorganisaties toetsen de instelling
- de directie heeft zich verplicht aanbevelingen van deze organisaties op te pakken
- aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

#### *benchmarking*

- via benchmarking worden oordelen van klanten verkregen
- deze oordelen worden voor bijsturing gebruikt

## EFFECTEN

### E1. Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

	wordt niet verwacht	wordt wel verwacht	reeds bereikt
<i>klanten</i>			
- toename van klantgerichtheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van klanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>personeel</i>			
- toename van tevredenheid van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>organisatie</i>			
- toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betere profilering van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van externe partijen (bijvoorbeeld verwijzers, financiers, cliëntenorganisaties, enz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>kwaliteit van zorg</i>			
- verbetering van de zorgprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbetering van resultaten van de zorg (outcome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>rendement</i>			
- toename van de productiviteit van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing op lange termijn <b>in de eigen instelling</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing, maar <b>niet in de eigen instelling</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>anders:</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### E2. Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

- nee, geen invloed
- er zijn regels/procedures bijgekomen
- overbodige regels/procedures zijn verwijderd
- de regels/procedures worden beter bewaakt
- impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd
- de toepassing van regels/procedures wordt beter getoetst
- de werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd

### E3. Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

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

## KWALITEITSKOSTEN

**K1. Zijn de kosten voor verbeterprojecten intern of extern onderwerp van discussie?**

- nee
- ja, intern
- ja, extern met de financier/zorgverzekeraar

**K2. Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?**

- nee
- ja, alleen de kosten
- ja, kosten en baten
- anders, namelijk .....

**K3. Heeft uw instelling inzicht in kosten van hierna genoemde kwaliteitsactiviteiten (zogenoemde preventiekosten)?**

- geen inzicht
- wel inzicht, namelijk in de kosten van:
  - scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg
  - ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen
  - het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten
  - intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing
  - anders, namelijk .....

**K4. Heeft uw instelling inzicht in hierna genoemde beoordelingskosten?**

- geen inzicht
- wel inzicht, namelijk in de kosten van:
  - registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)
  - complicatieregistratie
  - interne beoordelingen/interne audits
  - meningspeilingen/waarderingsonderzoeken
  - interinstitutionele toetsing/visitaties
  - externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties
  - externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (LVT, ISO, INK etc)
  - anders, namelijk .....

**K5. Heeft uw instelling inzicht in hierna genoemde herstelkosten?**

- geen inzicht
- wel inzicht, namelijk in de kosten van:
  - klachtenafhandeling
  - claims/schadevergoedingen
  - verspilling van materiaal
  - dubbel werk/inefficiënt werk
  - verlenging van behandelduur
  - kosten t.g.v. diagnostiek en behandeling van complicaties
  - anders, namelijk .....

**K6. Voor het berekenen van kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Werkt uw instelling met een kostprijsstelsel?**

- onbekend
- nee
- ja, onze instelling berekent:
  - de kosten per dienst (bijvoorbeeld facilitaire dienst, verplegingsdienst)
  - de kosten per product (bijvoorbeeld dagbehandeling, maaltijdvoorziening)
  - de kosten van het totale zorgproces per patiëntencategorie (bijvoorbeeld CVA-patiënten)
  - de kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorgproces

## CULTUUR EN STRUCTUUR

### U1. Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

de organisatiestructuur is hiërarchisch of plat	hiërarchisch	plat
de besluitvorming is centraal of decentraal	centraal	decentraal
in de instelling is veel of weinig protocollair geregeld	veel	weinig
de houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	behoudend	flexibel
de onderlinge communicatie is formeel of informeel	formeel	informeel
medewerkers hebben weinig/veel binding met de instelling	weinig	veel
onze instelling is voorloper of volgend m.b.t. kwaliteitszorg	voorloper	volgend

### U2. Hieronder staan vier blokjes met vragen. In elk blokje staan vier typen instellingen. De vraag aan u is, in elk blokje dat type aan te kruisen waarmee uw organisatie de meeste verwantschap heeft (ook al is die verwantschap erg klein).

#### **s.v.p. niet meer dan één type aankruisen.**

Deze instelling is te typeren als:

- een persoonlijke instelling; het is net een grote familie.
- een actieve instelling met veel nieuwe activiteiten.
- een formele en gestructureerde instelling.
- een productiegerichte instelling.

#### **s.v.p. niet meer dan één type aankruisen.**

De leiding in deze instelling:

- is hartelijk en zorgzaam.
- staat open voor veranderingen.
- benadrukt de regels.
- is meer coach en coördinator.

#### **s.v.p. niet meer dan één type aankruisen.**

De band die onze organisatie bij elkaar houdt:

- is trouw en traditie.
- is interesse in vernieuwing en ontwikkeling.
- zijn formele regels en afspraken.
- is het goed vervullen van je taken.

#### **s.v.p. niet meer dan één type aankruisen.**

Deze instelling benadrukt:

- de waarde van het personeel en het belang van scholing.
- het aantrekken van nieuwe middelen en groei.
- continuïteit en stabiliteit.
- prestaties en gestandaardiseerd handelen.

**U3. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling**

		helemaal mee eens	helemaal mee oneens
<i>wachtlijsten:</i>	teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	----- ----- ----- ----- -----	
<i>werkdruk:</i>	de werkdruk in onze instelling is te hoog	----- ----- ----- ----- -----	
<i>vacatures:</i>	de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	----- ----- ----- ----- -----	
<i>fusies:</i>	de instelling is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	----- ----- ----- ----- -----	
<i>concurrentie:</i>	de instelling ervaart teveel concurrentie	----- ----- ----- ----- -----	
<i>ziekteverzuim:</i>	het ziekteverzuim in de instelling is te hoog	----- ----- ----- ----- -----	

## TOEKOMST

**T1. Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

	de instelling is reeds beoordeeld:	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling:
- met behulp van interinstitutionele toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met behulp van toetsing georganiseerd door de LVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een cliënten/consumentenorganisatie of RP/CP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2. Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?**

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit
- een kwaliteitskeurmerk/-label van de LVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een HKZ-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een ISO-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T3. Wat zijn de belangrijkste prioriteiten in de kwaliteitszorg voor het komend jaar?**

- scholing in kwaliteitszorg
- opstellen van procedures / richtlijnen / protocollen
- kwaliteitsprojecten / verbeterprojecten
- consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)
- waarderingsonderzoeken / meningspeilingen
- interne toetsingen (audits)
- externe beoordeling/certificering
- interne zorgcoördinatie/afstemming
- externe afstemming/coördinatie met ketenpartners
- regionale samenwerking
- anders, namelijk .....

**T4. Anticipeert uw instelling op nieuwe zorgbehoeften in de samenleving?**

- nee of niet van toepassing
- ja, wij gaan na aan welke nieuwe producten behoefte is
- ja, wij vernieuwen de wijze waarop bestaande producten worden geleverd
- ja, wij werken toe naar vraag gestuurde zorg
- ja, wij werken toe naar belevingsgerichte zorg

**T5. Lange termijn: wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw thuiszorginstelling voor de komende vijf jaar?**

- 1 .....
- 2 .....

**T6. Wilt u aankruisen volgens welk(e) model(len) het kwaliteitssysteem wordt ingericht en/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?**

- LVT - Lidmaatschapseisen
- HKZ - Certificatieschema Instellingen voor Thuiszorg van de SHKZ
- HKZ - Alg. Harmonisatiemodel van de SHKZ
- ISO - International Standards of Organization
- INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
- MIK-V - Model intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen
- NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief
- anders, namelijk .....

T7. Is er op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling?

- nee
- ja, er is gekozen voor .....

T8. Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling heeft?

..... fte in onze instelling

T9. Is uw instelling onderdeel van een zorggroep of stichting?

- nee
- ja, de naam daarvan is .....  
met in totaal ..... fte in de zorggroep of stichting

T10. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

- directie/management
- kwaliteitsfunctionaris
- anders, namelijk functie .....

T11. Geeft u toestemming om deze gegevens anoniem aan uw eigen branche-organisatie (de LVT) ter beschikking te stellen?

- nee
- ja

## Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Voor het terugzenden kunt u de antwoordenvolop gebruiken.  
Wij zouden het op prijs stellen als u een (kwaliteits)jaarverslag van uw instelling mee wilt sturen.

\* \* \* \* \*

T12. Verzoek van de LVT

Uw branche-organisatie wil graag inzicht krijgen in waardevolle initiatieven op het gebied van kwaliteitszorg.

Mag de LVT naar behoefte contact met u opnemen om nadere informatie in te winnen?

- nee
- ja, mijn naam en telefoonnummer is .....

